

Imago Hominis

BAND III/Nr. 4 • 1996 • PREIS ATS 120

EDITORIAL 217

AUS AKTUELLEM ANLASS

JOHANNES PAUL II.

Christliches Menschenbild und moderne Evolutionstheorien 219

G. EISENRING *Müssen angehende Hebammen das Abtreiben lernen?* 221

FOCUS

O. JAHN

Präventivmedizin in Österreich 225

SCHWERPUNKT Sozialmißbrauch?

W. MAZAL

Verantwortung im Gesundheitswesen 233

H. W. RÜDIGER *Arbeitsmedizinische*

Probleme des älteren Arbeitnehmers 239

E. H. PRAT *Solidarität und Subsidiarität im Gesundheitswesen* 243

DISKUSSIONSBEITRAG

J. STÖGER *Mißbrauchstendenzen im*

österreichischen Gesundheitswesen 252

FALLBERICHT

Medikamente für den Lebenswandel 256

M. PEINTINGER *Kommentar zum Fall* 257

TAGUNGSBERICHT

Österreichischer Ärztetag 1996 261

NACHRICHTEN 263

Symposium über die Enzyklika EVANGELIUM VITAE und das Recht • Holländische Euthanasiegesellschaft sammelt Beschwerden • „Posthume“ Befruchtungen verstoßen gegen Naturrecht • Minimierung der Risiken bei Xenotransplantation • Erste Anwendung des australischen Euthanasiegesetzes • Alkohol und andere Drogen: Studie im UK • Protest gegen RU 486 • Redeverbot für Ärzte • Tod durch Infektionskrankheiten infolge sozialer Ungeschütztheit • Zwangsabtreibung

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL 266

BUCHBESPRECHUNGEN 268

IMPRESSUM 274



DVR:002987(017)

IMABE

QUARTALSSCHRIFT DES INSTITUTS
FÜR MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK • WIEN 1021-9803

ISSN

Das Titelbild zeigt die „Skizze zum Gesicht des Adam“ aus der Sixtinischen Kapelle von Michelangelo (seitenverkehrt).

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes BONELLI
Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Schriftleitung

Notburga AUNER

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus ABBREDERIS (Innere Medizin, Dornbirn)
Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien)
Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien)
Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien)
Oswald JAHN (Arbeitsmedizin, Wien)
Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien)
Friedrich KUMMER (Innere Medizin, Wien)
Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien)
Theo MAYER-MALY (Bürgerl. Recht, Salzburg)
Günther PÖLTNER (Philosophie, Wien)
Hugo RAINER (Onkologie, Wien)
Mohammed RASSEM (Soziologie, Salzburg)
Gottfried ROTH (Neurologie, Wien)
Kurt SCHMOLLER (Strafrecht, Salzburg)
Dieter SCHWEIZER (Genetik, Wien)
Franz SEITELBERGER (Neuropathologie, Wien)

Das *IMABE – Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik* hat die Aufgabe, die Medizin in Forschung und Praxis unter dem besonderen Aspekt der Würde des Menschen auf der Grundlage des christlichen Weltbildes zu betreiben bzw. zu fördern. Das *IMABE-Institut* veranstaltet Symposien, Seminare und Vorträge über Themen, die sich mit bioethischen und medizinisch-anthropologischen Fragen beschäftigen, und fördert den Dialog mit Experten aus den Bereichen Medizin, Philosophie, Psychologie, Rechtswissenschaft, Demographie, Soziologie und Theologie, um so aktuelle medizinische Probleme interdisziplinär zu durchleuchten.

IMABE

QUARTALSSCHRIFT DES
INSTITUTS FÜR MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK • WIEN

ISSN
1021-9803

DARÜBER gibt es keine Zweifel, die Finanzierung des Gesundheitswesens liegt im argen. Maßnahmen, die eigentlich gesetzt werden müßten, sind gleichzeitig höchst unpopulär.

Im Zusammenhang mit der Reform wird immer wieder die Frage des sozialen Mißbrauchs aufgeworfen. Häufig heißt es, daß dies einer der Hauptgründe für die Überlastung des ökonomischen Systems wäre. Wir sind der Frage nachgegangen. Vielleicht mag es überraschen, daß der Mißbrauch aus ökonomischer Sicht weniger Bedeutung hat, als ihm allgemein zugesprochen wird. Die Sanierung des Gesundheitssystems muß sicherlich in erster Linie durch Umstrukturierungen erfolgen. Der Trend in diese Richtung kann ohnedies gut beobachtet werden. Daraus darf aber nicht der vorschnelle Schluß gezogen werden, daß der Sozialmißbrauch bedeutungslos wäre. Im Lichte der Ethik spricht man vom ungerechten Ausnützen der Solidargemeinschaft durch ihre Einzelmitglieder. Mißbrauch ist demnach ein Versagen des Individuums, das die von ihm mitbestimmten oder zumindest zugelassenen Regelungen der Solidargemeinschaft nicht einhält. Es ist kennzeichnend, daß es sich hierbei nicht um soziale Notfälle handelt, (für die es ohnehin ein Netz gäbe), sondern um „Entsolidarisierte“. Man meint nach jahrelangen Beitragszahlungen auch endlich einmal ein Recht auf eine Leistung des Gesundheitssystems zu haben. Das Anspruchsdenken der seit Jahren durch „Sozialleistungen“ verwöhnten Gesellschaft ist gleichsam fixiert. Durch eine ganze Reihe von Bestimmungen und Regelungen soll zweckwidriges Ausnützen zwar verhindert werden, im konkreten Einzelfall ist das aber nicht immer so leicht durchzuführen.

Aristoteles meinte vor mehr als 2000 Jahren, daß das „Richtige herauszufinden“ mehr erfordere, als bloß die Gesetzesbestimmungen zu ken-

nen. „Die Leute meinen, Recht und Unrecht zu erkennen, sei keine besondere Weisheit, denn es sei ja nicht schwer die Gesetze inhaltlich zu verstehen – und doch sind nicht die Gesetzesbestimmungen identisch mit ‚gerecht‘ (...); aber wie die einzelnen Akte vollzogen werden müssen und wie Verteilungen sein müssen, um gerecht zu sein, dies zu wissen ist eine größere Leistung, als Kenntnis von Heilmitteln zu besitzen (Aristoteles: Nikomachische Ethik, 1137a).“

Wieviel Unrecht wird unter dem Deckmantel der Legalität begangen? Wie leicht ist doch heute der Rekurs auf eine Vorschrift oder Regelung, die ursprünglich als Netz für sozial Schwache gedacht war, gerade für Personen, die offenkundig dieser Hilfeleistung nicht bedürfen! Der Arzt sieht sich mitunter in Situationen verwickelt, in denen er ungerechtfertigte Ansprüche anderer durch eine einfache Unterschrift quasi legitimieren soll. Und dabei wird in den meisten Fällen der gesetzliche Rahmen gar nicht verlassen. Die Errungenschaften des Sozialstaates werden von manchen zur unverschrämten Bereicherungsmöglichkeit pervertiert.

Wie aktuell erscheint da der Hinweis des antiken Denkers, der meint, daß die Gerechtigkeit die Weisheit verlange. Dabei ist jene Weisheit angesprochen, die mit Hilfe des gesunden Menschenverstandes erworben wird und die imstande ist, Recht und Unrecht vor jeder Entscheidung abzuwägen. Auch nach dem Handeln ist die Frage nach der Richtigkeit und Rechtheit des eigenen Tuns noch angebracht. Man könnte dieses Abwägen auch „Gewissen“ nennen. Der Appell an die Wahrhaftigkeit vor dem eigenen persönlichen Gewissen könnte mit Sicherheit so manchen sozialen oder rechtlichen Konflikt verhindern.

Wird es gelingen, das Anspruchsdenken in eine andere Richtung zu lenken? Nämlich weg vom Anspruch nach mehr „Haben“ zum höheren Anspruch des mehr „Seins“, weil man der ei-

genen Wahrhaftigkeit nicht entsagt? Diese Forderung ist hoch und es ist zweifelhaft, ob sich viele aufgrund der von Aristoteles verlangten „Weisheit“ dafür begeistern lassen. Wahrscheinlicher werden es andere Gründe sein, die zu einem Umdenken führen werden. Wer zu Unrecht von den anderen lebt, kann dies vielleicht eine Zeit lang tun. Möglicherweise kann es auch einem einzelnen gelingen, sein ganzes Leben auf Kosten der anderen zu führen. Auf die Gesamtheit der Gesellschaft gesehen, kann solches Unrecht – das mißbräuchliche Ausnützen der Gemeinschaft – aber nicht auf Dauer bestehen. Jedes soziale Gefüge besteht wesentlich aus gegenseitigem Geben und Nehmen, und das im Gleichgewicht. Nimmt das Nehmen überhand, ist der gemeinsame Topf bald entleert. Auch das versteht der „einfache“ Menschenverstand, der als erste Stufe der Weisheit angesehen werden kann.

In dieser letzten Nummer des Jahre 1996 finden sich einige Beiträge zur derzeitigen Situation in Österreich. Der Stand der Rechtslage und der Arbeitsmedizin sollen beleuchtet werden. W.MAZAL, H.W.RÜDIGER und O.JAHN haben Beiträge zu dieser Thematik geschrieben. E.H.PRAT setzt sich mit dem Problem aus der Sicht des Solidaritäts- und des Subsidiaritätsprinzipes auseinander. J.STÖGER gibt in seinem Diskussionsbeitrag einen interessanten Einblick in die Tätigkeit eines Arbeitsrichters.

Am Ende wollen wir unseren Lesern ein gesegnetes Weihnachtsfest wünschen und all jenen danken, die uns bisher die Treue gehalten haben. Das Jahr 1997 wird für uns bereits das vierte Jahr unseres Bestehens werden – daran haben wohl auch alle unsere Interessenten einen wesentlichen Beitrag geleistet!

(Die Herausgeber)

Christliches Menschenbild und moderne Evolutionstheorien

*Botschaft von Johannes Paul II. an die Vollversammlung der
Päpstlichen Akademie der Wissenschaften*

IN seiner Enzyklika *Humani Generis* aus dem Jahr 1950 hatte schon mein Vorgänger PIUS XII. dargelegt, daß die Evolution und das, was der Glaube über den Menschen und seine Berufung lehrt, nicht im Gegensatz zueinander stehen unter der Bedingung, daß man einige Fixpunkte nicht aus den Augen verliert (vgl. *Ada apostolica sedis* 42 1950, S 575-576).

Als ich am 31. Oktober 1992 die Teilnehmer der Vollversammlung Ihrer Akademie empfing, hatte ich meinerseits Gelegenheit, die Aufmerksamkeit im Zusammenhang mit Galilei auf die Notwendigkeit einer strengen Hermeneutik im Hinblick auf eine korrekte Interpretation des inspirierten Wortes zu lenken. Es gilt den eigentlichen Sinn der Schrift gut abzugrenzen und unzutreffende Interpretationen wegzulassen, die Dinge in sie hineindeuten, die sie nicht zu sagen beabsichtigt.

Um den Bereich ihrer Zuständigkeit klar abzugrenzen, müssen Exegeten und Theologen sich über die Ergebnisse, zu denen die Naturwissenschaften gelangen, auf dem laufenden halten.

Zum Stand der Forschung

In Anbetracht des wissenschaftlichen Forschungsstandes der Zeit und der Erfordernisse der Theologie betrachtete die Enzyklika *Humani generis* die Lehre vom „Evolutionismus“ als ernstzunehmende Hypothese, die es ebenso wie die gegenteilige Annahme verdiente, genauer untersucht und bedacht zu werden. PIUS XII. setzte zwei Bedingungen methodologischer Art hinzu: Man sollte diese Ansicht nicht so übernehmen, als ob es sich um eine gesicherte und bewiesene

Lehre handelte und als ob man ganz von der Offenbarung absehen könnte, was die von ihr aufgeworfenen Fragen betrifft. Er nannte ebenfalls die Bedingung, unter der diese Ansicht mit dem christlichen Glauben vereinbar ist, worauf ich noch zurückkommen werde.

Heute, beinahe ein halbes Jahrhundert nach dem Erscheinen der Enzyklika, geben neue Erkenntnisse dazu Anlaß, in der Evolutionstheorie mehr als eine Hypothese zu sehen. Es ist in der Tat bemerkenswert, daß diese Theorie nach einer Reihe von Entdeckungen in unterschiedlichen Wissensgebieten immer mehr von der Forschung akzeptiert wurde. Ein solches unbeabsichtigtes und nicht gesteuertes Übereinstimmen von Forschungsergebnissen stellt schon an sich ein bedeutendes Argument zugunsten dieser Theorie dar.

Welche Tragweite hat eine derartige Theorie? Diese Frage zu erörtern heißt, sich auf das Gebiet der Epistemologie zu begeben. Eine Theorie ist eine meta-wissenschaftliche Erarbeitung, unterschieden von den Beobachtungsergebnissen, aber mit diesen homogen. Durch sie kann ein Komplex voneinander unabhängiger Daten und Fakten in einen Zusammenhang gebracht und interpretiert werden. Die Theorie beweist ihre Gültigkeit in dem Maß, wie sie nachprüfbar ist; sie wird fortwährend am Stand der Tatsachen gemessen. Dort, wo sie für diese nicht mehr Rechenschaft geben kann, beweist sie ihre Grenzen und ihre Unangemessenheit. Dann muß sie überdacht werden.

Die Erarbeitung einer Theorie wie der Evolutionstheorie greift ferner auf gewisse Vorstellungen aus der Naturphilosophie zurück, ohne dabei das Erfordernis der Homogenität mit den Daten der Beobachtung außer acht zu lassen.

Genau genommen muß man eher von Evolutionstheorien sprechen als von der Theorie der Evolution. Diese Vielfalt entspricht einerseits den unterschiedlichen Ansätzen, die vorgeschlagen wurden, um den Mechanismus der Evolution zu erklären. Andererseits entspricht sie der Unterschiedlichkeit der Weltanschauungen, auf die man sich bezieht. So gibt es materialistisch-reduktionistische Lesarten und auch spiritualistische Lesarten der Evolutionstheorie. Das Urteil darüber gehört in die Kompetenz der Philosophie und darüber hinaus der Theologie.

Das Lehramt der Kirche ist unmittelbar von der Frage der Evolution betroffen, denn sie betrifft das Menschenbild. Die Offenbarung lehrt uns, daß der Mensch nach Gottes Ebenbild geschaffen wurde (vgl. Gen 1,27). Die Konzilskonstitution *Gaudium et spes* hat diese Lehre, die zum Zentrum des christlichen Denkens gehört, auf großartige Weise ausgeführt. Sie hat daran erinnert, daß der Mensch „auf Erden die einzige von Gott um ihrer selbst willen gewollte Kreatur ist“ (Nr.24). Mit anderen Worten: Der Mensch kann weder seiner Spezies noch der Gesellschaft als einfaches Mittel oder bloßes Werkzeug untergeordnet werden; er hat einen Wert an sich. Er ist Person. Durch seine Intelligenz und seinen Willen ist der Mensch in der Lage, in eine Beziehung der Gemeinschaft, der Solidarität und der Selbsthingabe mit seinem Mitmenschen zu treten. Der hl. THOMAS stellt fest, daß die Ähnlichkeit des Menschen mit Gott vor allem in seiner spekulativen Intelligenz begründet ist, denn seine Beziehung zum Gegenstand seiner Erkenntnis ähnelt der Beziehung Gottes zu seinem Werk (vgl. *Summa theologica*, I-II, q. 3, a. 5, ad 1). Aber mehr noch ist der Mensch aufgefordert, eine Beziehung der Kenntnis von Gott und der Liebe zu Gott selbst aufzubauen. Diese Beziehung wird nach der Zeit in der Ewigkeit ihre volle Entfaltung finden. Im Geheimnis des auferstandenen Christus werden uns die ganze Tiefe und die ganze Größe dieser Berufung offenbart (vgl. *Gaudium et spes*, 22). Eben weil sie eine Geistseele hat, besitzt die gesamte menschliche Person einschließlich des Kör-

pers eine solche Würde. PIUS XII. hat diesen wesentlichen Punkt betont: Der menschliche Körper hat seinen Ursprung in der belebten Materie, die vor ihm existiert. Die Geistseele hingegen ist unmittelbar von Gott geschaffen: „animas enim a Deo immediate creari catholica fides nos retinere iubet“ (Enzyklika *Humani generis*).

Folglich sind diejenigen Evolutionstheorien nicht mit der Wahrheit über den Menschen vereinbar, die – angeleitet von der dahinter stehenden Weltanschauung – den Geist für eine Ausformung der Kräfte der belebten Materie oder für ein bloßes Epiphänomen dieser Materie halten. Diese Theorien sind im übrigen nicht imstande, die personale Würde des Menschen zu begründen.

Mit dem Menschen befinden wir uns also vor einer Differenzierung ontologischer Art, vor einem ontologischen Sprung, könnte man sagen. Aber bedeutet der Ansatz einer solchen ontologischen Diskontinuität nicht auch ein Zugehen auf diese physische Kontinuität, die als roter Faden der Forschungen über die Evolution erscheint, und die schon begonnen hat auf der Ebene der Physik und der Chemie? Die Berücksichtigung der in den verschiedenen Ordnungen des Wissens verwendeten Methode erlaubt uns, zwei Standpunkte, die unvereinbar scheinen, miteinander in Einklang zu bringen. Die empirischen Wissenschaften beschreiben und messen mit immer größerer Genauigkeit die vielfältigen Ausdrucksformen des Lebens und schreiben sie auf der Zeitachse fest. Der Moment des Übergangs ins Geistige ist nicht Gegenstand einer solchen Beobachtung, die aber dennoch auf experimenteller Ebene eine Reihe wertvoller Hinweise über das Besondere am Wesen des Menschen zutage fördern kann. Aber die Erfahrung des metaphysischen Wissens, des Bewußtseins seiner selbst und der eigenen Fähigkeit zur Reflexion, die Erfahrung des sittlichen Gewissens und der Freiheit oder auch die ästhetische und religiöse Erfahrung gehören in den Bereich der philosophischen Überlegungen, während die Theologie deren letztendlichen Sinn nach dem Plan des Schöpfers herausstellt.

Müssen angehende Hebammen das Abtreiben lernen?

Zu den neuen Aufnahmebedingungen an der Hebammenschule in Zürich

Gabriela EISENRING

WER sich in Zürich zur Hebamme ausbilden lässt, muß bereit sein, bei Abtreibungen im Gebärsaal mitzuwirken. Dies hat der Kantonsrat von Zürich am 23. September dieses Jahres entschieden. Ein Postulat, das Ausnahmen aus Gewissensgründen verlangte, wurde mit 92 zu 48 Stimmen abgelehnt. Somit scheint eine über die letzten Monate hinaus sehr emotionsgeladene Diskussion in Zürich vorläufig beendet zu sein.

Die Ausbildung zur Hebamme im Kanton Zürich dauert 18 Monate und verlangt eine abgeschlossene Berufslehre in Krankenpflege, Berufserfahrung und, seit 1995 neu, die Bereitschaft, bei Schwangerschaftsabbrüchen im Gebärsaal mitzuwirken. Den Entscheid fällt die Aufnahmekommission der Hebammenschule in eigener Kompetenz; eine gesetzliche Grundlage besteht nicht. Dies löste in der Öffentlichkeit eine sehr heftige Diskussion aus, da bis zu diesem Zeitpunkt an der kantonalen Hebammenschule eine Jahresquote bestand, die es einigen Bewerberinnen möglich machte, trotz Verweigerung der Mitwirkung bei Abtreibungen dennoch Aufnahme zu finden. Pro Klasse mit 13 Schülerinnen wurde eine Frau aufgenommen, die aus Gewissensgründen bei Schwangerschaftsabbrüchen nicht assistieren wollte.

Die Abschaffung der Gewissensquote an der Zürcher Hebammenschule wurde einerseits mit den Fortschritten der pränatalen Diagnostik und den wegen verschiedener genetischer Krankheiten in den vergangenen Jahren ständig wachsenden späteren Schwangerschaftsabbrüchen gerechtfertigt: Da Fruchtwasserpunktionen erst in der 15. Woche möglich seien, würde ihr Resultat in der Regel in der 18. – 22.

Schwangerschaftswoche vorliegen. Nach der 16. Woche könne aber eine Schwangerschaft nicht mehr im Operationssaal beendet werden; und so müsse hormonell eine „Fehlgeburt“ im Gebärsaal eingeleitet werden. Aufgrund der pränatalen Diagnostik würden sich heute immer mehr Frauen für Spätabtreibungen entscheiden. Habe sich eine Frau für den Schwangerschaftsabbruch entschieden, so sei es Aufgabe der Hebamme, sie dabei zu betreuen und dabei zu sein, um ihr psychologisch zur Seite zu stehen; das Handwerk selbst sei dasselbe wie bei einer Frühgeburt. Andererseits rechtfertigte man die Abschaffung der Gewissensquote mit der Tatsache, daß der Widerstand von Schülerinnen, die aus Gewissensgründen nicht mehr bereit sind, an Abtreibungen mitzuwirken, in den letzten Jahren zugenommen hätte. Diese Entwicklung hätte zu einem immer stärkeren Zielkonflikt geführt und schließlich zur Abschaffung der Quotenregelung.

Der von der Aufnahmekommission 1995 gefällte Entscheid bewirkte in der Öffentlichkeit heftige Reaktionen, die im Kantonsrat (Kantonsparlament) zu einem kritischen Vorstoß von Vertretern dreier Parteien (Evangelische Volkspartei, Christliche Volkspartei und Grüne Partei) führten: Am 25. September 1995 wurde ein Postulat eingereicht, welches die Aufnahmebedingungen an der kantonalen Hebammenschule zur Diskussion stellte. Der Text lautete folgendermaßen: „Der Regierungsrat wird gebeten, sicherzustellen, daß Schülerinnen, die aus persönlicher Überzeugung an Abtreibungen nicht teilnehmen können, der Zugang zur Hebammenausbildung nicht verwehrt wird.“ Einige Monate später, am 20. Dezember, wurde auch im Nationalrat eine Inter-

pellation zur Hebammenausbildung in der Schweiz eingereicht. Der Bundesrat verwies in seiner Antwort auf die kantonale Zuständigkeit bezüglich der Regelung der Hebammenausbildung. Aus diesem Grund könne er keine Lösungen auf Bundesebene treffen. Er bestätigte aber, daß namentlich für Hebammen ein ethischer Konflikt besteht und daß niemand verpflichtet werden könne, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, wenn er dies aus Gewissensgründen nicht verantworten kann. Wieweit aber Kontingente an Schulen sich verwirklichen lassen oder wie mit anderen Lösungen auf die Glaubens- und Gewissensfreiheit der Hebammen Rücksicht genommen werden könne, sei nicht vom Bundesrat zu beurteilen.

Am 6. März dieses Jahres lehnte der Zürcher Regierungsrat das am 25. September eingereichte Postulat ab. Die Begründungen setzten sich aber nicht ernsthaft mit der Frage auseinander. Er gab zu, daß durch die Pränataldiagnostik auch die Zahl der nach Art. 120 Strafgesetzbuch „legalen“ Schwangerschaftsabbrüche zugenommen hätte. Bei allen diesen Schwangerschaftsbeendigungen sei der äußere Ablauf des Geschehens mit dem eines „natürlichen medizinischen Geburtsvorgangs“ vergleichbar. Jede Frau hätte Anrecht auf eine professionelle und kompetente Betreuung durch eine Hebamme. Es wurden somit Gründe der Praxisänderung angegeben, aber eigentlich wurde die Frage ethisch nicht beantwortet.

Aufgrund dieser Haltung der Regierung lancierte die Evangelische Volkspartei eine Petition, die rund 27.000 Personen unterzeichnet hatten. Es wurde auch ein Gutachten der Sozialethikerin Ruth BAUMANN-HÖLZLE beigelegt. Man forderte einerseits die Regierung auf, ihre Haltung im Hinblick auf die große Unterschriftenzahl nochmals zu hinterfragen und, wenn möglich, nochmals auf die Frage zurückzukommen. Vom Kantonsrat erhoffte man sich andererseits, daß er die Petition ernst nehme, das Postulat nun

unterstütze und damit eine Praxisänderung bei der Aufnahme von Hebammenschülerinnen einleite. Am 23. September wurde das Postulat nach einer im Kantonsrat heftig geführten Diskussion abgelehnt und somit eine endgültige Entscheidung getroffen.

Wie ersichtlich wirft dieser konkrete Fall einen schwerwiegenden ethischen und auch rechtlichen Konflikt auf: Die verfassungsmäßig garantierte Gewissensfreiheit verbietet einen Zwang zur Mitwirkung an einer Abtreibung. Die Aufnahmekommission der kantonalzürcherischen Hebammenschule verlangt aber seit 1995, daß zukünftige Schülerinnen ausnahmslos und ohne Einschränkung verpflichtet sind, an Schwangerschaftsabbrüchen teilzunehmen. So bleibt es diesen Schülerinnen versagt, sich auf ihre Gewissensnot zu berufen, wenn sie sich an einer Abtreibung nicht beteiligen möchten. Schülerinnen, die sich von vorneherein weigern, an Schwangerschaftsabbrüchen mitzuwirken, werden gar nicht zur Ausbildung zugelassen, was praktisch einem Berufsverbot gleichkommt.

Die Befürworter des Postulats begründen ihre Haltung damit, daß nach Lehre und Praxis die Glaubens- und Gewissensfreiheit des Art. 49 Abs. 1 der Schweizerischen Bundesverfassung alle Überzeugungen, die sich auf das Verhältnis des Menschen zum Göttlichen, zum Transzendenten beziehen und weltanschauliche Dimensionen haben, alle Bekenntnisse unabhängig von ihrem Inhalt, auch den Atheismus schütze. Zur geschützten religiösen Überzeugung gehöre bei dieser weiten Auslegung auch die Auffassung, daß das Kind im Mutterleib ab der Zeugung ein Mensch sei, dem Personencharakter zukomme. Durch die Glaubens- und Gewissensfreiheit sei außerdem die Überzeugung geschützt, daß das Auslösen menschlichen Lebens gegen das fundamentale Gebot „du sollst nicht töten“ verstoße und daß dem Ungeborenen im Rechtsstaat der Anspruch auf Beachtung seiner Würde als Mensch zukomme.

Von den Befürwortern des Postulats wird gefordert, daß an der kantonalen Hebammenschule Richtlinien geschaffen werden sollen, die auf die Gewissensnot einzelner Schülerinnen Rücksicht nehmen. Solche Richtlinien würden die Glaubens- und Gewissensfreiheit einschränken und Frauen, die sich zum Hebammenberuf hingezogen fühlen, vor einem ungerechten und willkürlichen Ausschluß von der gewünschten Ausbildung und damit vor einem faktischen Berufsverbot bewahren.

Die Diskussion im Kantonsrat hat gezeigt, wie unbefriedigend die Situation der Hebammenschülerinnen ist. Die Gegner des Postulats wandten ein, daß die Ausbildung von Hebammen wesentliche Aspekte der Berufsrealität nicht ausblenden dürfe. Berufsbilder würden sich aber ändern und passen sich an die gesellschaftlichen Realitäten an. Bei der Frage der Wertung dieser „gesellschaftlichen Realitäten“ entstand im Rat eine heftige Debatte. Die Meinungen waren oft auch innerhalb der Fraktionen geteilt. Die Befürworter erinnerten, daß auch die in der Verfassung garantierte Gewissensfreiheit eine gesellschaftliche Realität und ein hohes Gut sei. Die neue Aufnahmeordnung diskriminiere eine Minderheit und sei faktisch ein Ausbildungsverbot. Ein Mitpostulant appellierte an die gegenseitige Toleranz. Alle sogenannten gesellschaftlichen Fortschritte unkritisch mitzutragen sei ebenso fundamentalistisch. Primäre Aufgabe der Hebammen sei es nicht, Leben zu vernichten, sondern Leben auf die Welt zu bringen. Die Gegner hingegen argumentierten, daß praktisch heute keine Hebammenschülerin zu einer Abtreibung gezwungen werde. Wer will, könne sich dispensieren lassen, ohne daß dies Auswirkungen auf die Note hätte. Die Gesundheitsdirektorin Verena DIENER bestätigte diese „gelebte Toleranz“ am Arbeitsplatz. Andere wiederum argumentierten, daß eine Berufsausbildung zur Diskussion stünde, die nicht zwingend in Zürich gemacht werden müsse; später könne eine Hebamme ihren Beruf immer noch so ausüben, wie sie

wolle. Ein anderes Votum meinte, daß eine Gewissensdispens sich nicht mit einem Kontingent erfassen lasse. Die Zürcher Sektion des Schweizerischen Hebammenverbands gab am 23. September bekannt – nachdem sie noch im letzten Jahr von einem „schweren ethischen Konflikt für die Hebammen“ sprach – daß sie ein Gewissenskontingent für Hebammenschülerinnen ablehne. Primäre Aufgabe der Hebammen sei es, Frauen „in jeder Situation einer Geburt“ zu betreuen.

Trotz Veränderung der gesellschaftlichen Situation darf in diesem Fall aber folgendes nicht vergessen werden: Das Berufsbild der Hebamme hat als erste Aufgabe, die Frau durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bedingungslos zu unterstützen, damit das Kind heil zur Welt kommt. Die moderne Medizin bringt es aber immer mehr mit sich, daß die Hebammen heute bei den Schwangerschaftsabbrüchen im Gebärsaal mitwirken müssen. Daß jeder Schwangerschaftsabbruch in einem gewissen Widerspruch zum Selbstverständnis der Hebamme steht, bedarf keiner langen Erklärung.

Das Postulat ist vom Kantonsrat abgelehnt worden, die Antwort ist unbefriedigend. Die Regelung verletzt die Glaubens- und Gewissensfreiheit und ist für einen Staat unverständlich, der sich besonders als „pluralistisch-liberal“ versteht und darauf stolz zu sein scheint. Einige Kantone sind einen anderen Weg als Zürich gegangen: Sie haben Gesetzesbestimmungen eingeführt, die das Krankenpersonal vor solchen Gewissensproblemen schützen sollen. Andere befassen sich zur Zeit mit dieser Problematik, so der Kanton Thurgau. Dort wurde am 14. August eine Motion von Frau Dr. Marlies NÄF-HOFMANN, Kantonsrätin, eingereicht, die die Gewissensfreiheit der Personen in medizinischen Berufen aufgrund der Bundesverfassung Art. 49 Abs. 1 garantieren soll.

Das Problem ist noch keineswegs rechtlich gelöst und wird auch sicherlich in der Zukunft noch viel Diskussionsstoff aufwerfen. Ob-

schon für Bewerberinnen mit Gewissenskonflikten noch der Gang zum Bundesgericht bleibt, gewährt dieses natürlich nicht einen genügenden Rechtsschutz. Das im Kantonsrat ausschlaggebende Argument für die Ablehnung einer Gewissensklausel, daß nämlich heute keine Hebammenschülerin in der Praxis zu einer Abtreibung gezwungen würde, kann nicht überzeugen. Sicherlich würde auch eine Quotenregelung nicht eine rechtlich befriedigende Lösung sein. Es müßte hingegen gesetzlich garantiert werden, daß *niemand*

zu einer Abtreibung gezwungen werden darf. Kantonale Gesetzeszusatzbestimmungen für medizinisches Personal könnten dies erreichen. Es bleibt zu hoffen, daß in der Zukunft viele Kantone diesen Weg einschlagen werden. Sie würden somit dem Kanton Zürich zeigen, wie man dieses Problem gerechter hätte lösen können.

*Dr. Gabriela EISENRING, Scheuchzerstrasse 27,
CH- 8006 Zürich*

FOCUS

Präventivmedizin in Österreich Ist Prävention billiger als Krankenversorgung?

Oswald Jahn

ZUSAMMENFASSUNG

Medizinische Prävention kann auf drei Ebenen stattfinden: Primärprävention, eine Maßnahme, die eine Krankheit ausschließt und verhindern soll, Sekundärprävention, Aktionen bei Vorhandensein erster Störungen, und Tertiärprävention bei bereits eingetretener Schädigung, wobei die Krankheit behandelt sowie eine neuerliche Krankheit verhindert werden soll. In Österreich werden die „Gesundenuntersuchungen“ angeboten, die nur wenig genützt werden. Der Gesetzgeber sieht weiter vor, daß an Arbeitsplätzen mit besonderer Gefährdung die Arbeitnehmer erst nach ärztlicher Kontrolle ihre Arbeit aufnehmen können, wobei innerhalb bestimmter Zeiträume neuerliche Kontrollen erfolgen müssen. Insgesamt werden dem Österreicher eine Reihe von Präventivmaßnahmen angeboten, die nur teilweise genützt oder nicht konsequent verfolgt werden. Eine Verlängerung der biologischen Lebenszeit ist wohl kaum zu erzielen, doch kann vorzeitiger Tod vermieden und die Lebensqualität deutlich verbessert werden.

Schlüsselwörter: Prävention, Arbeitsmedizin, Kosteneinsparung, Lebensqualität

ABSTACT

Medical prevention can take place at three levels: Primary prevention as a means which should exclude or prevent an illness, secondary prevention when the first signs of an illness arise, tertiary prevention when damage has already been done where by the illness is treated and the outbreak of a new illness is to be prevented. In Austria the Health Insurance offers free checkups but they are unfortunately seldom taken advantage of. The law requires that employees can only be employed in work which is especially dangerous after having undergone a thorough medical checkup and that the checkup must be periodically repeated. Altogether the average Austrian is offered a number of medical preventive measures which are only partially used or not consequently followed. A lengthening of the biological lifespan can not be achieved, however an untimely death can be avoided and a definitely better quality of life can be reached.

keywords: prevention, occupational medicine, cost savings, quality of life

PRAE-VENIRE, vorher kommen, zuvorkommen, – heißt, medizinisch gesehen, Krankheiten verhindern und vermeiden – vorbeugen. „Vorbeugen ist besser als heilen“, ein bekanntes Sprichwort, die gestellte Frage lautet aber, ob dies billiger und billig sei. Versteht man hier unter „billiger“ nur den finanziellen Wert, dann ist diese Frage, auf den ersten Blick gesehen, mit nein zu beantworten, da Vorsorge primär eine zusätzliche Aktion ist und daher zusätzlichen Aufwand zur Folge hat. Es sei denn, man kann bestimmte Krankheiten gänzlich vermeiden. Selbst dann bleiben Probleme, wie Schmerz, Verkürzung der Lebenszeit, Arbeitsunfähigkeit, Behinderung, Kranksein, etc. finanziell nicht bewertbar, daher unbeantwortbar und im Raume stehen. Es bleibt jedoch die Verantwortung dem Einzelnen wie der Gemeinschaft über das Ausmaß und die Durchführung der Vorsorge überlassen, wie weit neben der Änderung der Lebensgewohnheiten auch finanzieller Aufwand vom Einzelnen bzw. der Gesellschaft, dem Staat, der Krankenversicherung etc. geleistet werden.

Unter medizinischer Prävention werden drei Ebenen (Arten, bzw. Stadien) verstanden, eine primäre, eine sekundäre und eine tertiäre Präventionsebene:

Primärprävention (Pränotivmedizin, Präkaption)⁶:

Eine Maßnahme bzw. eine Untersuchung oder eine Therapie, die vor Beginn einer Krankheit einsetzt, diese daher ausschließt oder von vornherein verhindert: z.B. allgemeine Maßnahmen des Einzelnen: eine Änderung von Lebensgewohnheiten, die einen Schaden, der später erwartet werden kann, verhindert. (Beispiel: Übergewicht reduzieren, Rauchen abstellen, Alkoholgenuß adaptieren, Bewegung...). Diese Maßnahmen sind ungezielt, ungenau und lassen lediglich ein Hinausschieben von endogen bedingten Krankheiten erwarten. Als Ergebnis

wäre die Antiraucherkampagne in Amerika anzuführen, bzw. die Aktivierung des Joggens, die ein zeitliches Hinausschieben von arteriosklerotischen Krankheiten zur Folge hatte. HATZIANDREU et al.² beschreibt, daß regelmäßiges körperliches Training bei 1000 Probanden 78% weniger koronare Herzkrankheiten und 1.138 Jahre in besserem Zustand erbrachte, sowie 11.300 \$ pro Jahr einsparte. Allerdings wurde der Zeitaufwand für das Training nicht gerechnet.

Gezielte Maßnahmen sind z.B. Schutzimpfungen, die sehr erfolgreich eingesetzt werden, die auch hinsichtlich der Kosten von den sozialen Einrichtungen getragen werden. Vor Auslandsreisen werden nicht unbeträchtliche Summen für Tropenkrankheitenprophylaxe ausgegeben, um dem Risiko einer Infektion zu begegnen. Gerade in der Arbeitsmedizin sind primärpräventive Maßnahmen zu erwähnen – als präventives Fach ist sie dazu verpflichtet, die „äußere und innere Belastung“ zu vermeiden, bzw. so gering zu gestalten, daß es zu keinen Krankheiten kommt.

Sekundärprävention, (Pränotivmedizin, Früherfassungsmedizin, Präkaption)⁶:

Sie umfaßt alle Maßnahmen, die das Vorhandensein einer ersten Störung, Abweichung, Frühreaktion, einer Gefährdung entdecken sollen, bzw. dagegen konkrete Schritte unternimmt, wobei eine Schädigung, eine Erkrankung, Invalidisierung verhindert bzw. deren Beginn hinausgeschoben werden soll. Als Beispiele wären anzuführen: hohen Blutdruck durch Reihenuntersuchungen entdecken und behandeln, Rückenleiden durch ergonomische Änderungen am Arbeitsplatz verhindern, Cholesterinscreening, etc. Hier ist der Bereich der Vorsorgeuntersuchungen einzuordnen, der eine Früherkennung von Krankheiten ermöglicht, die in Österreich unter dem Schlagwort „Gesundenuntersuchung“ bekannt ist. In den

Bereich der Arbeitsmedizin fallen Maßnahmen wie die Aufdeckung einer „inneren Beanspruchung“ etc.

Tertiärprävention (Beeinflussungsmedizin, Traktativmedizin):

sind Maßnahmen, die dann gesetzt werden, wenn bereits ein Schaden, eine Schädigung, eine Krankheit „passiert“, behandelt und gebessert ist, um dann eine neuerliche Erkrankung zu verhindern, bzw. den Kranken in das normale Leben zurückführen, ihn zu rehabilitieren. (Beispiel Kur nach Herzinfarkt mit Anpassung an die neuen Lebensumstände und Belastungen, ...)

Viele dieser Maßnahmen können nur wirksam werden, wenn das Ziel auch erreichbar und vor allem durch die aktive Mitarbeit des Betroffenen unterstützt werden. Gerade im Bereich der Primärprävention ist dies gefordert, die Kosten dafür gehen auch zu Lasten des Einzelnen und sind daher nicht immer beliebt. Dennoch können Modetrends, Reklame der Medien, Beispiel von Eltern, Freunden, Idolen wie Sportlern und Schauspielern, Lehrern, solche Maßnahmen fördern. Die Erreichbarkeit ist weiters begrenzt durch medizinische Gegebenheiten, die zugrunde liegende Disposition, die notwendige Zeit, Motivation durch mangelnde Information, Unerfahrenheit, Unwissenheit, ja auch Angst, Furcht vor dem Arzt oder der eigenen Situation, sodaß solche Maßnahmen nicht in Erwägung gezogen werden.

Auf allen diesen Ebenen ist Prävention eine sinnvolle und anstrengenswerte Maßnahme, sofern diese das Ziel auch wirklich erwarten bzw. erreichen läßt. Dazu wäre jedoch auch immer eine Bewertung des Risikos durchzuführen. Gerade Risiken werden ganz unterschiedlich von der Bevölkerung gewertet, bzw. durch die Medien präsentiert und vom Einzelnen auch unterschiedlich akzeptiert, z.B. Sport als Ursa-

che von Krankheit, ja selbst Tod, sind durchwegs akzeptiert und finden kaum die entsprechende Bewertung. Tod durch Radioaktivität, ein extrem seltenes Ereignis ist weit mehr gefürchtet und entsprechend geächtet. Maßnahmen gegen einen erhöhten Cholesterinspiegel⁵ oder bei Amalgamplomben sind meist Potemkinsche Dörfer bzw. Befundkosmetik, hinter deren Fassaden viele Interessen stehen, jedoch keine medizinisch begründbaren Maßnahmen. So ergab eine Studie über eine Schutzwirkung gegen Krebskrankheiten durch Medikation von Vitamin C, E, oder β -Caroten keinen positiven Effekt, bzw. war die Häufigkeit der Krebsfälle in der Therapiegruppe sogar höher!⁶

Wohl eine entscheidende Frage ist bei allen diesen Problemen: was kosten diese Therapien, wer zahlt dafür, wie stehen diese Kosten im Verhältnis zu den späteren Folgen? Negativ gesehen wäre alles sinnlos, denn letztlich stirbt jeder, und wenn, nach Eugen Roth, auch der Blitz alle Mühen, Plagen und Kosten der Prävention zunichte gemacht hätte! Doch Berechnungen, die eine erfolgreiche Nichtraucher-kampagne einbringt, ergeben eine Einsparung des Vierfachen der Summe, die durch die Besteuerung der Zigaretten dem Finanzminister zufließt! Und hier stellt sich die Frage, wer zahlt die Kosten einer Frühpension durch Invalidität, durch Myokardinfarkt nach exzessivem Nikotingenuß? Wer übernimmt die Kosten einer Lebertransplantation bei einem Alkoholiker mit Leberzirrhose? Schiebt der Österreicher diese Kosten nicht auf verschiedene Töpfe, wie z.B. Krankenstand oder Pensionierung? – Ganz abgesehen vom persönlichen Leid des Betroffenen.

Die gesetzlichen Krankenversicherungen fühlen sich für Primärprävention eigentlich nicht zuständig: eine Grippe-, FSME- oder eine Hepatitis-Impfung wird für die Durchschnittsbevölkerung nicht bezahlt, gelegentlich jedoch gefördert – bei bestimmten Aktionen. Auch hier ist die Akzeptanz relativ gering. – Dagegen wer-

den die Kosten für Krankenstand und Behandlung vom Arbeitgeber und der Sozialversicherung getragen. Umgekehrt wiederum bezahlt Herr und Frau Österreicher vor einem Urlaub in den Tropen gerne für alle möglichen Impfungen, –z.B. Havrix, Immunglobuline, Cholera, etc. Die Malariaphylaxe, die längere Zeit regelmäßig durchgeführt werden sollte, ist dagegen schon fraglich, da diese mehr Engagement und Beharrlichkeit bzw. konsequente Therapie bis zum Ende des notwendigen Zeitraumes erfordert.

Eine seit Jahren bestehende Präventivmaßnahme in Österreich ist die Jodierung des Kochsalzes zur Vermeidung von Schilddrüsenerkrankungen. Diskutiert wurde der Zusatz von Fluoriden zum Kochsalz, um die Anfälligkeit gegen Karies zu verringern. Versuche in der ehemaligen DDR, dem Trinkwasser Fluoride zuzusetzen, ergaben einen deutlichen Rückgang der Karies in der Allgemeinbevölkerung.

In Österreich wird weiters die „Gesundenuntersuchung“ angeboten, wobei ein Schema von Fragen, Laborteste (Blutfette, Blutzucker, Blut im Stuhl), bei Frauen ein Abstrich etc. inkludiert sind. Die Frequenz der Gesundenuntersuchung zeigt die Einstellung der Bevölkerung zur Prävention, die in Wien bei 2% liegt, in Vorarlberg jedoch deutlich höher ist! Diese Maßnahme zielt auf Risikogruppen ab, z.B. Patienten mit Diabetes, Hypertonie, Hyperlipidämie, aber auch Blutungen aus dem Magen-, Darmtrakt – also bösartige Erkrankungen aus diesem Bereich. Eine Erweiterung dieses Spektrums ist dann nur mit bedeutendem Mehraufwand möglich. Die Zahl der entdeckten Krankheitsträger steigt jedoch nicht mehr proportional zum Aufwand und die Sensitivität der dabei angewendeten Methoden ist nicht 100%. HALL et al.¹ konnten an Hand eines solchen Screenings zeigen, daß eine gute Anamnese ein viel besseres Screening erlaubt, bzw. lediglich 4% der Krankheitsträger durch eine Fragebogenanamnese nicht erfaßt werden! Die beste Präventivmaßnahme wäre demnach eine gut

durchgeführte ärztliche Anamnese, das ärztliche Gespräch – es kostet halt Zeit und Zuwendung – mit den entsprechend gezielt eingesetzten Folgeuntersuchungen und nicht eine Checklistenmedizin bzw. ein Gesundenuntersuchungsprogramm. PLANS⁴ findet einen Kosten-Nutzen-Quotienten für Mammographie von 8.000\$ pro entdeckter Brustkrebspatientin unter 100.000 Frauen, sodaß diese Untersuchung als Präventivmaßnahme empfohlen wird. Andererseits lassen große Firmen für leitende Angestellte ein jährliches Untersuchungsprogramm abspielen, das Gastro- und Coloskopie beinhaltet, in seltenen Fällen bis zur Coronariographie reicht und auch einen bedeutenden finanziellen Aufwand darstellt: eine Versicherung für diese Firma, daß die Leitungskonstanz erhalten bleibt. Dabei steht weniger das Präventivinteresse für die Person selbst im Vordergrund.

Als Präventivmaßnahme ist auch der Mutter-Kindpaß mit den Untersuchungen und Impfungen anzusehen, der für die Kinder und Mütter eine wesentliche, positive Errungenschaft darstellt. Ebenso sind Schüler- und Lehrlingsuntersuchungen als Präventivmaßnahmen zu sehen, die nicht nur für das Leben und Arbeiten in diesen Gemeinschaften notwendig sind. Leider werden deren Ergebnisse archiviert und kaum weitergegeben, sodaß oft erst bei der Musterung ein Leiden, eine Mißbildung oder eine Krankheit entdeckt wird. Es wäre eine sinnvolle Präventivmaßnahme, diese Ergebnisse zusammenzufassen und dem jeweiligen behandelnden Arzt zur Verfügung zu stellen. Die technischen Voraussetzungen wären durch die EDV gegeben, doch diese Kommunikation wird oft unter dem Vorwand des Datenschutzgesetzes nicht ermöglicht.

Auch für den arbeitsmedizinischen Bereich – Arbeitsmedizin ist ein vorwiegend präventives Spezialfach – hat der Gesetzgeber durch das Arbeitnehmerschutzgesetz, bzw. das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (Aschg) Schwerpunkte der medizinischen Prävention definiert. An Arbeitsplätzen mit besonderer Ge-

fährdung durch toxische Substanzen, belastende Arbeitsbedingungen, Staub, etc. dürfen nur Arbeiter, bzw. Arbeiterinnen erst nach ärztlicher Kontrolle ihre Arbeit aufnehmen. Diese Eignung gilt nur für eine bestimmte Zeit, innerhalb der eine neuerliche Kontrolle erfolgt.

Am Arbeitsplatz ist das Environment, die Umgebung des Arbeiters mit dessen Noxen, Einflüssen und Belastungen bekannt. Die Prävention kann daher in eine bestimmte Richtung eingesetzt werden und wird in drei Bereichen angewandt:

- a) die *äußere Belastung*: Die Gefährdung am Arbeitsplatz besteht in der Aufnahme von gefährlichen Arbeitsstoffen durch die Lunge, bzw. durch das Einatmen und durch die Resorption der Stoffe über die Haut. Die erste Schutzmaßnahme, die Primärprävention, wäre die gänzliche Ausschaltung einer Noxe, die „Nullexposition“ – man sollte dies wohl anstreben – technisch ist dies auch durchführbar. Es bedeutet aber auch unter Umständen einen „Nullarbeitsplatz“, den Verlust der Arbeit durch Stilllegung wegen hoher Kosten oder Transferieren des Arbeitsplatzes in andere Länder mit geringeren medizinischen und gesetzlichen Bedingungen. Für viele Stoffe wird in der MAK-Liste (Maximale Arbeitsplatz Konzentration) eine Luftkonzentration angegeben, die bei Einhaltung der Grenzen eine Schädigung bei Arbeitern und Arbeiterinnen ausschließt. Für krebserzeugende Stoffe kann kein Schwellenwert angegeben werden, dennoch sind in der TRK-Liste (Technische Richt-Konzentration) einzuhaltende Luftkonzentrationen angegeben, die Krebserkrankungen nicht zur Folge haben. Leider sind beide Grenzkonzepte nicht 100% Siebe, manche Arbeiter fallen dennoch „durch das Sieb“. Grund dafür ist die persönliche Empfindlichkeit, die Suszeptibilität, die Schädigungen und Krankheiten nicht ausschließt.
- b) die *innere Belastung*: Hier sind Parameter der Arbeitsstoffe im Blut oder Harn des Ar-

beiters zu nennen. Da die Aufnahme auch über die Haut erfolgt und Luftmessungen meist nur Momentaufnahmen sind, muß neben der Feststellung der äußeren Belastung das „biologische Monitoring“ zusätzlich erfolgen: Es wird die Konzentration des Schadstoffes im Blut oder Harn gemessen, zeitlich abhängig von der Exposition und der Halbwertszeit der Arbeitsstoffe. Lösemittel wie Toluol oder Xylol z.B. werden rasch abgeatmet- die Messung im Blut, im Harn oder in der Ausatemluft muß unmittelbar nach Ende der Arbeitsschicht erfolgen. Mit diesen Maßnahmen werden nicht nur die Aufnahme über die Atmung, sondern auch eine Hautresorption festgestellt.

- c) die *innere Beanspruchung*: Hier werden Laborparameter im Blut oder Harn herangezogen, die als Reaktion auf eine erhöhte Belastung bzw. auf eine beginnende Schädigung hinweisen, also eine Sekundärprävention darstellen. Für manche Substanzen, deren Bestimmung in entsprechender Zahl und über Gesamtösterreich nicht möglich ist – aus technischen oder organisatorischen Gegebenheiten sind solche Untersuchungen (z.B. Cholinesterase bei Arbeitern mit Alkylphosphat-Exposition) zielführend. Entscheidend ist, daß diese Veränderung keine Erkrankung, keine Schädigung, keine Invalidisierung darstellt und sich rasch nach Expositions-karenz wieder normalisiert.

Diese Methoden des biologischen Monitoring sind in einer eigenen Verordnung (auf Grund der §§ 6, 59, und 95 Abs. 2 des Arbeitnehmer-Innenschutzgesetzes 1994) definiert, ebenso wie die MAK-Liste, die vom Minister für Arbeit und Soziales meist jährlich ausgegeben wird. In dieser Verordnung sind auch die entsprechenden Grenzwerte angeführt, die eine Nichteignung, bzw. eine befristete Eignung zur Folge haben.

Am Beispiel der Bleibelastung soll dieser Vorgang aufgezeigt werden:

Blei wirkt bei gering erhöhter Belastung durch erhöhte Atemluftkonzentrationen am Arbeitsplatz auf die Enzymkette der Blutfarbstoffbildung. Die „äußere Belastung“ läßt sich also in der Raumluft am Arbeitsplatz durch Messung der *Bleikonzentration in der Luft* messen und quantifizieren. Für diesen Wert ist in der MAK-Liste (Liste der Maximalen Arbeitsplatz-Konzentration) ein Wert von $0,1 \text{ mg/m}^3$ vorgesehen. Die Einhaltung dieser Grenze erlaubt bei einer 40 Stunden Wochenarbeitszeit den Ausschluß einer gesundheitlichen Schädigung für einen Arbeiter, bzw. eine Arbeiterin. Man könnte also durch laufende Messung dieses Wertes am Arbeitsplatz eine Garantie abgeben und eine Bleierkrankung ausschließen, wenn.

- a) keine zusätzliche Belastung durch Hautkontakt und Resorption über die Haut bzw. eine orale Aufnahme erfolgt.
- b) wenn keine individuelle Überempfindlichkeit vorliegt, z.B. eine Protoporphyrrie, eine angeborene Enzymschwäche der Hämsynthetase; diese Personen reagieren schon auf geringste Blei-Belastungen.
- c) wenn eine kontinuierliche Luftmessung gewährleistet wäre. Da dies nicht der Fall ist, werden hier zusätzliche Überprüfungen und Untersuchungen notwendig.

Um die „innere Belastung“ zu prüfen, wird der *Bleispiegel im Blut* bestimmt; diese Untersuchung ist alle drei Monate vorgeschrieben. Der Grenzwert ist $45 \text{ } \mu\text{g/dl}$, für Frauen unter 45 Jahren $35 \text{ } \mu\text{g/dl}$. Wird dieser Wert überschritten, ist eine vorzeitige Kontrolle notwendig, liegt er über $70 \text{ } \mu\text{g/dl}$, bzw. bei Frauen unter 45 Jahren über $45 \text{ } \mu\text{g/dl}$, besteht Nichteignung. Diese Nichteignung kann aber nicht vom ermächtigten Arzt, sondern nur vom Arbeitsinspektorat ausgesprochen werden, um hier soziale Härten zu vermeiden und eventuell notwendige Schritte einzuleiten, die auch eine Umschulung des Betroffenen miteinschließt, wenn er nicht mehr an diesen Arbeitsplatz zu-

rückkehren kann (z.B. Allergie). Eine solche Umschulung wird auch durch die Unfallversicherung unterstützt. Eine wichtige Maßnahme des Betriebsarztes ist die Überprüfung des Arbeitsplatzes, um Störungen oder Fehlhandlungen zu entdecken und die nachfolgenden Arbeiter zu schützen.

Um die „innere Beanspruchung“, d.h. die Reaktion des Organismus zu kennen, wird bei Bleiarbeitern die Bestimmung der Metaboliten des Hämoglobins, die *delta-Aminolävulinsäurewerte* (ALA-U) und das *Koproporphyrin* im Harn vorgeschrieben, da Blei auf die Enzyme der Hämsynthese hemmend einwirkt. Würde man z.B. die Aktivität der delta-Aminolävulinsäure-Dehydratase als Kriterium heranziehen, wäre bei Blei-exponierten Arbeitern die Korrelation mit dem Bleispiegel im Blut und in der Luft nicht gegeben, da für die Arbeitsplatzbelastung eine zu große Schwankungsbreite besteht. Dagegen ist die Bestimmung dieses Enzyms bei umweltrelevanten Fragen ein brauchbarer Indikator. Als Grenzen für die ALA-U gelten 10 mg/l , bei Frauen unter 45 Jahren 6 mg/l . In Deutschland werden diese Werte als BAT-Werte (Biologische Arbeitsstoff Toleranz Werte) in der MAK-Liste angegeben. Nichteignung liegt bei Werten über 20 mg/l , bzw. für Frauen unter 45 bei 10 mg/l vor.

Für Blei-Exponierte besitzt man sowohl Belastungs- als auch Beanspruchungsparameter und kann daher die Situation genau abschätzen. Dennoch kommen Bleiintoxikationen vor, da sich nicht alle an diese gesetzlichen Untersuchungen halten, bzw. ein solches Risiko nicht erkennen oder richtig einschätzen. So werden z.B. bei Abbrucharbeiten, dem Zerschneiden von Stahlkonstruktionen, akute Bleiintoxikationen beobachtet, da in der Hitze des Schneidbrenners das im Minium, dem Rostschutz, vorhandene Blei verdampft und eingeatmet wird. Auch Altwarenhändler, die Autobatterien zerlegen, können solche Intoxikationen erleiden. Hier sind verkürzte Eignungsintervalle (4 Wochen) vorgesehen.

Neben den Grenzwerten und der Zeit zwischen den Untersuchungen sind in der Verordnung auch Krankheiten angegeben, die eine Nicht eignung bedingen, z.B. bei Blei: Erkrankungen des erythropoetischen Systems (es sind auch Grenzwerte für Blutbildwerte angegeben), der Nieren, des peripheren und zentralen Nervensystems, aber nicht Porphyrien. Zu bemerken ist im Falle der Bleibelastung, daß für Frauen unter 45 Jahren niedrigere Grenzen vorgesehen sind.

Neben Blei sind solche Untersuchungen für Quecksilber, organische Phosphorverbindungen, Arsen, Mangan, Kadmium, Chrom VI-Verbindungen, Benzol und -homologe, aromatische Nitroverbindungen, Halogenkohlenwasserstoffe, Schwefelkohlenstoff, Paraffin, Quarz- oder Asbest-haltigen Staub, Aluminium-, Hartmetall-, Baumwoll- und Flachsstaub, Fluor, Dimethylformamid und Isocyanate vorgesehen und vorgeschrieben. Solche Eignungsuntersuchungen werden auch bei Hitzebelastung, Lärm, Gasrettung vorgesehen. Diese Untersuchung kann nur von „ermächtigten Ärzten“ durchgeführt werden, welche durch den Minister für Arbeit und Soziales ernannt werden. Die Bezahlung dieser Untersuchungen erfolgt durch die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, bzw. die zuständige Unfallversicherung, ausgenommen jedoch Hitze und Atemschutz, die vom Arbeitgeber zu bezahlen sind. Laut dem Jahresbericht der Arbeitsinspektion 1994 wurden 77.983 Eignungsuntersuchungen durchgeführt, 21.861 wegen chemisch-toxischer Einwirkungen, 42.642 wegen Lärmexposition, 10.098 wegen Staubbelastrungen, 2.574 wegen Hitze und Atemschutz und 808 wegen Hautkrebsgefährdungen. Insgesamt waren Arbeiter und Arbeiterinnen aus 5.186 Betrieben betroffen. Bei 84 Fällen konnte keine Eignung ausgesprochen werden, bedingt durch chemisch-toxische Einwirkungen.

Der Aufwand für die Unfallprävention lag 1993 bei 330 Mio.S, der Rentenaufwand bei

4.400 MioS, für die Unfallbehandlung bei 2.822, für die Rehabilitation bei 500 Mio. S. Primär und Sekundärprävention liegen unter 4% der Gesamtausgaben der Unfallversicherung, der Verwaltungsaufwand ist das 2.5 Fache der Unfallverhütung. Hier stellt sich nicht die Frage, was die Prävention kostet, sondern was leistet man, was investiert man dafür?

Diese Verordnung wird derzeit neu überarbeitet und nach neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen, bzw. den Untersuchungsmöglichkeiten angepaßt. Diese Untersuchungen sind auch in den EU-Richtlinien vorgegeben, wobei sich die Verpflichtung dazu geändert hat: Für Arbeiter in Lärmbetrieben war z.B. eine Untersuchung nach jeweils drei Jahren vorgesehen, – diese ist jedoch derzeit auf freiwilliger Basis gestellt, bzw. es muß der Arbeitgeber eine solche Untersuchung in der Arbeitszeit gestatten und die Kosten dafür tragen. Hier wurde die strenge Verpflichtung zur Untersuchung in eine freiwillige Maßnahme des Arbeitnehmers umgewandelt. Wenn solche Tendenzen beibehalten werden, wäre dies ein deutlicher Rückschritt für die präventive Arbeitsmedizin. Besonders Zeiten der Restriktion mit der Angst um den Verlust des Arbeitsplatzes wären für diese Entwicklung förderlich, da öfter finanzielle und soziale Vorteile der Gesundheit geopfert werden. Auch fehlt bei manchen Gefährdungen die notwendige ärztliche Untersuchung, bei der das **ärztliche Gespräch** stattfinden kann, das trotz aller Laborkontrollen auch die psychische Belastung aufdecken sollte. Und psychische Probleme gewinnen zunehmende Bedeutung, wie z.B. Burn-out-Syndrom, Sick-building-Syndrom, Stress(?). etc. Letztlich sollte der Betriebsarzt, der diese Untersuchung durchführt auch für die sonstigen Krankheiten zumindest als Ratgeber fungieren dürfen.

Neue Eignungsuntersuchungen in dieser Verordnung sind Untersuchungen bei Nacharbeit, krebserzeugenden und speziellen biologischen Arbeitsstoffen.

An erster Stelle der Krankenstandstage stehen Erkrankungen, die unter „Verkühlungen“ subsummiert werden könnten, die durch Infektionen des Respirationstraktes verursacht werden. Die präventive Grippeimpfung bringt zwar eine Verringerung dieser Tage, wird jedoch nicht als Allgemeinprävention durchgeführt. Die an zweiter Stelle rangierende Gruppe sind „Rheumabeschwerden“, deren Prävention nur durch ergonomische Maßnahmen durchführbar ist, die aber nur selten konsequent erfolgen. Bisher sind diese jedoch in Österreich noch nicht als Berufskrankheiten anerkannt. Dagegen werden jedoch häufige Kuraufenthalte eingesetzt, die wohl akut eine Besserung zur Folge haben. Das Ziel, eine neuere Verschlechterung zu verhindern, wird jedoch selten erreicht, da am Arbeitsplatz die Situation nicht geändert wird, bzw. die empfohlenen Maßnahmen nicht weitergeführt werden.

Insgesamt werden dem Österreicher eine Reihe von Präventivmaßnahmen angeboten, die nur teilweise genutzt, bzw. nicht konsequent verfolgt werden. Eine Verlängerung der biologischen Lebenszeit ist wohl kaum zu erzielen,

doch kann vorzeitiger Tod vermieden und die Lebensqualität deutlich verbessert werden. Insofern lassen sich Kosten vermeiden, auf alle Fälle aber Leid verringern, die Lebensqualität verbessern.

Literatur:

- 1) HALL P., MOLIN L., JAHN O.: Die Bedeutung der Fragebogenanamnese bei einer automatisierten Patientenuntersuchung. *Methods Inf Med Suppl* 5: 183-93, 1971.
- 2) HATZIANDREU E.I., KOPLAN J.P., WEINSTEIN M.C. et al.: The cost-effectiveness analysis of exercise as a health promotion activity. *Am J Public Health* 78: 1417-21, 1988
- 3) OMENN G.S., GOODMAN G.E., THORNQUIST M.D. et al.: Effects of a combination of beta carotene and vitamin a on lung cancer and cardiovascular disease. *N Eng J Med* 334: 1150-55, 1996
- 4) PLANS P., CASADEMONT L., SALLERAS L.: Cost-effectiveness of breast cancer screening in Spain. *Int J Technol Assess Health Care* 12: 146-50, 1996
- 5) SIRTORI C.R.: il trattamento dell'ipercolesterolemia in prevenzione primaria e secondaria. *Ann. Ital. Med. Int.* 10 Suppl: 48S-52S, 1995.
- 6) VOELKEL O.: Angewandte Kybernetik in der Vorsorgemedizin Österr. *Ärztezeitung* 24: 647-56, 1969; *Österr. Ärztezeitung* 28.: 1363-66, 1973

SCHWERPUNKT SOZIALMISSBRAUCH?

Verantwortung im Gesundheitswesen Ein Beitrag zur Mißbrauchsdebatte

Wolfgang MAZAL

ZUSAMMENFASSUNG

Die politische Diskussion macht deutlich, daß die Entwicklung des sozialen Leistungsnetzes so wie bisher nicht mehr lange weitergehen kann. In der Problematik der Leistungsbegrenzung der Krankenversicherung spielt auch der Mißbrauch, als zweckwidriges Ausnützen legaler Möglichkeiten, eine relevante Rolle. Eine Reihe von rechtlichen und außerrechtlichen Faktoren begrenzen die Leistungen der Krankenversicherungen. Ein Problem stellt die Krankschreibung dar, weil der Arzt nur die Wahl zwischen einer totalen Arbeitsfähigkeit oder totalen-Unfähigkeit hat. Gäbe es die Möglichkeit einer differenzierten ärztlichen Beurteilung, gäbe es weniger Arbeitsunfähigkeitserklärungen. Mißbrauch läßt sich auch als Mangel an Verantwortung gegenüber der Solidargemeinschaft verstehen.

Schlüsselwörter: Mißbrauch, Krankenversicherungen, Krankschreibung, Arbeitsunfähigkeitserklärung

ABSTRACT

Political discussions make evident that the development in the social benefits systems can not continue the way it has in the past. Abuse, which is an inappropriate exploitation of the legal benefit possibilities, plays an important part among the problems of benefit limits in health insurance. A number of legal and non legal factors limit the benefits of the health insurance systems. One not unimportant problem is that the doctor has little choice when registering a person for sick leave since he can only decide between „totally able“ and „totally unable to work“. If he had the possibility to differentiate a little more, there would be fewer cases of paid sick leave. Abuse can also be understood as a deficiency in responsibility toward the rest of the solidarity group.

keywords: abuse, health insurance, paid sick leave, declaration of being unable to work

1. Einleitung

Die politische Diskussion zeigt, daß wir an einer Wegkreuzung der weiteren Entwicklung des Sozialstaats angekommen sind. Wir alle fühlen, daß die Entwicklung des sozialen Leistungsnetzes so wie bisher nicht mehr lange weitergehen kann, und wir verspüren gleichzeitig eine dumpfe unbehagliche Ahnung vor der Zukunft des Sozialstaats. Dabei ist neben der Finanzierung der Pensionsversicherung das derzeit aktuellste Problem die Finanzierung der Krankenversicherung. Rasch ist dabei von Mißbrauch die Rede: Glaubt man kleinformatigen Zeitungen, scheinen diverse Sozialschmarotzer aufs „Krankfeiern“ spezialisiert zu sein, den Arzt als Wärmestube, das Spital als Hotel zu mißbrauchen.

Befaßt man sich mit dem Mißbrauchsproblem, ist zwar immer ein Verhalten angesprochen, das mit einem Unwerturteil verknüpft ist; dennoch ist es wichtig, nicht bei dieser oberflächlichen Bedeutungszuordnung stehen zu bleiben, sondern zumindest den Versuch einer tiefergehenden Begriffsklärung vorzunehmen, weil der Terminus so vielschillernd ist, daß seine Reichweite die unterschiedlichsten sozialen Phänomene erfaßt: Versteht man beispielsweise unter Mißbrauch ein bewußtes rechtswidriges Ausnutzen vorgegebener Leistungsansprüche und Leistungsstrukturen, wird man Mißbrauch in der Krankenversicherung als *quantité négligable* ignorieren können. Anders ist es freilich, wenn man unter Mißbrauch ein zweckwidriges Ausnutzen legaler Möglichkeiten versteht: Damit wird der Mißbrauch zwar des Unwerturteils *rechtlicher* Verfehlung entkleidet, nach wie vor aber bleibt ein *moralisches* Unwerturteil haften. Es wird sich zeigen, daß im Rahmen der Krankenversicherung dieser zweite Mißbrauchs begriff Relevanz hat.

2. Leistungsbegrenzung in der Krankenversicherung

2.1. Allgemeines

Ein Blick auf die Entwicklung der sozialen Krankenversicherung zeigt, daß sich ihr sozio-ökonomischer Kontext massiv verändert hat. Die Krankenkassen hatten zu Anbeginn die Aufgabe, für relativ klar umrissene Großrisiken einzustehen, die den typischen Arbeiterhaushalt finanziell überforderten – nämlich die Rechnung von Arzt, Apotheker und Spital.¹ Alle Determinanten dieses Systems haben sich seither massiv verändert: Die Entwicklung der Medizin hat zu einer Explosion diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten geführt, die Kosten für Heilmittel und die Möglichkeiten ihres Einsatzes sind extrem gestiegen; das Anspruchsverhalten der Patienten hat sich massiv verstärkt. Gleichzeitig sind Teile dieser Risiken heute angesichts veränderter sozialer Umstände für den einzelnen durchaus verkraftbar: Immerhin könnte heute beispielsweise ein Großteil der Bevölkerung die Grundvergütung für die ärztliche Hilfe² aus Eigenem aufbringen. Auch die Zuzahlung einiger Schillinge aus Kassenkosten zu Luxusbrillenfassungen ist rational nicht mehr begründbar.

Nur punktuell verändert wurde freilich das Leistungsrecht. Blickt man auf die einschlägigen gesetzlichen Regelungen, verspricht das Krankenversicherungsrecht im Grunde genommen nach wie vor undifferenziert umfassende medizinische Versorgung. Dabei sind vor allem jene rechtlichen Faktoren, die zu einer Begrenzung des Leistungsrechts gegen ungerechtfertigte Inanspruchnahme dienen, gleichsam stumpf geworden. Als derartige Begrenzer fungieren beispielsweise der Krankheitsbegriff, die Beschreibung der Leistungen und eine ökonomische Aspekte ansprechende Wendung, nach der Krankenbehandlung „ausreichend, zweckmäßig und notwendig“ zu sein habe.

Gehen wir auf diese „Begrenzer“ ein wenig näher ein.

2.2. Begrenzende Faktoren der Inanspruchnahme

2.2.1. Rechtliche Begrenzungsfaktoren

Der Krankheitsbegriff ist im Normtext mit der Wendung, es handle sich um einen „regelwidrigen und behandlungsbedürftigen Körper- oder Geisteszustand“ beschrieben³. Dabei war es ursprünglich leicht, einen Zustand als regelwidrig, als dem Leitbild vom gesunden Menschen widersprechend⁴ zu qualifizieren, weil die hier zu transportierenden Wertungen in einer relativ homogenen Gesellschaft nicht weiter problematisch waren. In einer Gesellschaft allerdings, in der der Konsens über das, was regelhaft ist, schwindet, vermag eine Beurteilung nach der Regelwidrigkeit keine tragfähige Abgrenzung des Krankheitsrisikos mehr zu gewährleisten: Darüber, ob die Infertilität nach freiwilliger Sterilisierung als Krankheit anzusehen ist, mit der Konsequenz, daß die Krankenkassa die Refertilisierungsbehandlung zu zahlen hat, läßt sich in unserer Gesellschaft kein durchgehender Konsens mehr erzielen, weil die Vorstellung vom Regelhaften nicht mehr homogen ist.⁵

Ein weiterer Begrenzer ist die Berufung auf die vorgesehenen Leistungen. Im Krankenversicherungsrecht erfolgte eine Einschränkung der Leistungspflicht der Krankenversicherungen ursprünglich auch dadurch, daß sie nicht bei jeder Krankheit, sondern nur bei jenen Krankheiten Leistungen erbringen mußten, denen man unter anderem durch ärztliche Behandlung begegnen konnte. Ein Großteil der damals im Rahmen des Laiensystems⁶ erbrachten Heilkunst ist heute allerdings in den ärztlichen Bereich gleichsam „hineingewachsen“; und darüber, welche Behandlungsmethoden im Rahmen des ärztlichen Berufs ausgeübt werden

dürfen bzw. wo jene Methoden beginnen, die nicht mehr von der für den Arztberuf notwendigen Wissenschaftlichkeit getragen sind, besteht heute ebenfalls bekanntlich ebenfalls keineswegs mehr ein unzweideutiger Konsens.

2.2.2. Außerrechtliche Begrenzungsfaktoren

Ein besonders wichtiger Leistungsbegrenzer wurde schließlich durch die Einführung der Krankenversicherung selbst abgeschafft: die Kosten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Heute sind die Kosten des Gesundheitswesens für das Individuum nicht mehr unmittelbar bei Inanspruchnahme, sondern allenfalls im Umweg über eine hohe Besteuerung und Abgabenlast fühlbar. Dabei ist offensichtlich, daß der von direkten Kosten freie Zugang breiter Bevölkerungskreise zu Gesundheitsleistungen für die Hebung des Gesundheitszustandes der Gesamtbevölkerung von enorm hoher Bedeutung war und auch heute noch einen enormen sozialen Fortschritt darstellt; ebenso unverkennbar ist jedoch, daß durch die Kostenfreiheit eine Hemmschwelle gegen leichtfertige Inanspruchnahme wegfiel.⁷

Vergleichbar massiv wirkt sich die Anonymisierung der Inanspruchnahme der Gesundheitsleistung aus: War in einer kleinen sozialen Gemeinschaft oder in einer kleinen Versicherungsgemeinschaft die Inanspruchnahme von Leistungen der Solidargemeinschaft durch den Einzelnen noch überschaubar, entfällt heute im Grunde genommen jegliche Sozialkontrolle gegen leichtfertige oder gar ungerechtfertigte Inanspruchnahme. Dabei ist auch hier wiederum eine Ambivalenz offensichtlich: Es ist auf der einen Seite ein unbestreitbarer Fortschritt, sich nicht vor den Nachbarn, Betriebskollegen usw. rechtfertigen zu müssen, warum man denn schon wieder zum Arzt gehen mußte; nüchtern festzuhalten ist aber auf der anderen Seite, daß durch die Anonymität eine nicht unwirksame Hemmschwelle gegen Inanspruchnahme der ärztlichen Betreuung weggefallen ist.

2.2.3. Würdigung

Diese kurzen Ausführungen haben gezeigt, daß es sowohl rechtliche als auch außerrechtliche Faktoren gibt, die das Verhalten der Patienten bei der Inanspruchnahme von Krankenversicherungsleistungen indirekt steuern. Viele dieser Faktoren haben seit und infolge der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung ihre verhaltenssteuernde Wirkung zumindest teilweise eingebüßt. Daß all diese Faktoren außerdem in einer Zeit, in der die durch Ärzte ausgeübte Medizin einen im Vergleich zu heute klar abgegrenzten und noch dazu relativ bescheidenen Aktionsradius besaß und die Gesellschaftliche Bewertung von gesund und krank noch weitgehend homogen war, tauglicher waren, gegen ungerechtfertigte Inanspruchnahme vorzukehren als heute, liegt auf der Hand: So gesehen stellt das Krankenversicherungsrecht einer leichtfertigen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen heute kaum mehr hemmende Faktoren entgegen. Von einem wirklichen Mißbrauch der Inanspruchnahme der Krankenversicherungsleistungen kann man dabei im Grunde genommen allerdings nicht sprechen.

3. Das Problem der Krankschreibung

Ein weiteres Beispiel, das in den Medien und der Diskussion der Stammtische als Mißbrauchsfall gehandelt wird, ist die ärztliche Krankschreibung. Dabei ist die rechtliche Situation zunächst durchaus klar: Soweit ein Arbeitnehmer an der Leistung seiner Dienste krankheitshalber verhindert ist, gewährt ihm das Recht Entgeltfortzahlungsansprüche. Interessant ist daran, daß dieses Privileg an sich nur so weit reicht, als eine krankheitsbedingte Dienstverhinderung besteht: Letztlich ist das Maß des Fortzahlungsanspruchs aus einem Vergleich der Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkung mit der geschuldeten Tätigkeit zu gewinnen.⁸

In der Praxis wird freilich eine derart feine Differenzierung nicht gehandhabt, sondern der Arzt

hat nur die Wahl zwischen einer totalen Arbeitsfähigkeit und einer totalen Arbeitsunfähigkeit.

Dabei ist diese Praxis mit der soeben beschriebenen Struktur des gesetzlichen Entgeltfortzahlungsanspruchs nicht in Einklang zu bringen. Wenn dieser durch einen Vergleich medizinischer Aspekte – nämlich der gesundheitlichen Einschränkung des Arbeitnehmers – mit einer rechtlichen Maßgröße – nämlich dessen Arbeitspflicht – zu ermitteln ist, ist es bei rechtlicher Betrachtung falsch, wenn Ärzte in der totalen Arbeitsfähigkeits- oder Arbeitsunfähigkeitsbestätigung pauschal bestätigen und damit eigentlich eine Rechtsfrage beantworten.⁹ Zutreffenderweise müßte sich die ärztliche Bescheinigung auf ein medizinisches Kalkül beschränken, das etwa bescheinigt, daß ein Patient krankheitshalber nicht in der Lage sei, im Freien, im Sitzen, im Stehen zu arbeiten, oder daß Pausen einzuhalten seien; auch hier ist eine absolute Arbeitsunfähigkeit denkbar: wenn der Arzt nämlich feststellt, daß aus medizinischen Gründen überhaupt keine Erwerbsarbeit verrichtet werden kann. Auf diese Weise wird eine differenzierte ärztliche Beurteilung möglich, die es wahrscheinlich macht, daß absolute Arbeitsunfähigkeit seltener bestätigt werden wird, als wenn der Arzt nur die Möglichkeit hat, entweder totale Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen oder den Patienten für arbeitsfähig zu erklären. Daß ein Arzt sich im Zweifel dafür entscheidet, Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen, ist aus der Theorie des ärztlichen Entscheidungsvorgangs erklärbar;¹⁰ warum ihn die Praxis des Formularwesens zu diesem Vorgehen zwingt, ist mir unverständlich.

4. Mißbrauch als Verantwortungsproblem

Fassen wir diese kurzen Darlegungen zusammen, zeigt sich, daß sich jene Konstellationen, die wir im Bereich der Krankenversicherung im allgemeinen mit dem Mißbrauchsvorwurf verbinden, letztlich als Situationen nicht wahr-

genommener Verantwortung beschreiben lassen: als Situationen, in denen der Einzelne – durchaus im Rahmen des bestehenden Gesetzes – seinen eigenen Vorteil zu maximieren versucht, ohne in seinem Verhalten die Interessen der Solidargemeinschaft bzw. des Gesamtsystems zu wahren.

In dieser Form ist Mißbrauch freilich nicht nur bei jenen Personen festzustellen, die die Gewährung von Leistungen der Krankenversicherung gleichsam „ausreizen“, sondern auch bei anderen Akteuren:

In diesem Sinn ist es m.E. auch mißbräuchlich, wenn ein Politiker in Kenntnis sich wandelnder Parameter des Systems Adaptierungen verweigert, um nicht unpopulär zu sein und dabei seine Verantwortung für das Gesamtsystem nicht wahrnimmt.

In diesem Sinn handelt auch der Arzt mißbräuchlich, wenn er allzu rasch eine Krankheitsbescheinigung ausstellt, weil er die Unschärfe des Systems nutzt, um nicht Gefahr zu laufen, einen Patienten zu verlieren, und dabei die Interessen des Arbeitgebers nicht beachtet, der durch die Entgeltfortzahlung belastet ist.

Mißbräuchlich ist es schließlich auch von der Warte des Krankenhauses, Patienten bei Abgeltung nach Tagespauschalien aus betriebswirtschaftlichen Gründen länger im stationären Aufenthalt zu belassen, als es medizinisch notwendig ist.

Daß wenigstens an diesem Punkt durch die Umstellung zu einer Abgeltung nach leistungs-

bezogenen Merkmalen jüngst ein Versuch gestartet wurde, einem Mißbrauch entgegenzusteuern, ist erfreulich: Hoffen wir, daß nicht durch „upgrading der Diagnosen“ erneut mißbräuchliches Verhalten gesetzt werden wird!

Endnoten

1. Vgl. zur Entwicklung des Leistungsumfelds der Sozialen Krankenversicherung MAZAL, Krankheitsbegriff und Risikobegrenzung (Wien 1992), 176 ff, mit ausführlichen weiteren Nachweisen.
2. Bei Gebietskrankenversicherungen ca. öS 250 pro Quartal.
3. Vgl. § 120 Abs 1 Z 1 ASVG
4. So ein Topos aus der Judikatur des deutschen Bundessozialgerichts zur vergleichbaren Rechtslage in Deutschland etwa in Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSGE) 26,240 und BSGE 35,10.
5. Das deutsche Bundessozialgericht hat die Behandlung eines solchen Zustandes als Krankheit auf Kassakosten verweigert, BSGE 59,119.
6. Vgl. dazu z.B. SIEGRIST, Soziokulturelle Einflüsse auf die Krankheit, in: Blohmke/Schaefer (Hrsg), Handbuch der Sozialmedizin I, 300-315, mit ausführlichen weiteren Nachweisen.
7. Vgl. zu beiden Tendenzen erneut MAZAL, Krankheitsbegriff und Risikobegrenzung (Wien 1992), 176 ff, mit ausführlichen weiteren Nachweisen.
8. Vgl. z.B. § 8 Abs 1 und 2 AngestelltenG, oder § 1154b ABGB
9. Vgl. dazu die arbeitsrechtliche Literatur, z.B. MAZAL, Krankheitsbegriff und Arbeitsunfähigkeit, Zeitschrift für Arbeits- und Sozialrecht 1987, 164ff.; REBHAIN, Recht der Wirtschaft 1991, 185; TOMANDL, Alternativen zur Krankschreibung, ecolex 1991, 865
10. Vgl. dazu etwa ANSCHÜTZ, Ärztliches Handeln. Grundlagen, Möglichkeiten, Grenzen, Widersprüche (Darmstadt 1987)

Arbeitsmedizinische Probleme des älteren Arbeitnehmers

Hugo W. RÜDIGER

ZUSAMMENFASSUNG

Die zunehmende Verkürzung der Lebensarbeitszeit geht fast ausschließlich auf Kosten des älteren Arbeitnehmers, und ist im wesentlichen als Folge eines nicht reversiblen Strukturwandels zu sehen, welcher vor allem die Arbeitsplätze im Bereich der Produktion betrifft, aber kaum den Dienstleistungssektor. Dieser Strukturwandel ist gekennzeichnet durch eine drastische Veränderung von Arbeitsplätzen durch Automatisierung und gleichzeitig durch ein geändertes Leistungsprofil mit erheblich gestiegenen Leistungsanforderungen für den einzelnen Arbeitnehmer. Neben notwendigen politischen Maßnahmen, wie Anreize zum Wechsel in Dienstleistungsberufe und Anreize für die Betriebe zur Schulung und Umschulung von Arbeitnehmern, können auch Maßnahmen auf arbeitsmedizinischem Gebiet hier hilfreich sein, wie Verbesserung der beruflichen Rehabilitation, frühzeitige arbeitsmedizinische Begutachtung statt perpetuierter Krankschreibung und Verbesserungen in der Personalführung und in der Gesundheitsvorsorge in den Betrieben. Dies wird im einzelnen begründet und ausgeführt.

Schlüsselwörter: Verkürzung der Lebensarbeitszeit, Leistungsaufforderung, Arbeitsmedizin, Personalführung, Gesundheitsvorsorge

ABSTRACT

The increasing shortening of the number of years a person can remain active in professional life affects almost exclusively the older employee. The reason is mainly an irreversible change in structures especially in the field of production, whereas it is hardly noticeable in the service sector.

This change in structures is characterized by a drastic transition in the type and quality of employment i.e. automation, efficiency profile and an increasing demand regarding the performance of the individual employee. Beside necessary political measures, incentives to move to the service sector and stimulation for enterprises to train or retrain employees, one could consider the aid that modern employee health medicine could offer. These aids should include improved rehabilitation, early preventive medical examinations instead of perpetual sick leaves and improvement of staff guidance and company health provisions. These will be elucidated and explained in detail.

keywords: shortening of professional life, performance demand, occupational medicine, staff guidance, health provisions

Zur Situation

Während die durchschnittliche Lebenserwartung in allen Industrieländern, auch in Österreich, stark gestiegen ist und weiter ansteigt, nimmt die durchschnittliche Lebensarbeitszeit immer mehr ab. Es handelt sich hier um ein Problem von großer politischer Brisanz, weil auf diese Weise immer weniger Arbeitende immer mehr Rentner finanzieren müssen. An dieser Stelle soll nicht die in den letzten Jahrzehnten progressiv abgesenkte Grenze des Pensionsalters problematisiert werden, sondern die steigende Zahl von Frühpensionierungen, teilweise von Arbeitnehmern, die kaum das fünfzigste Lebensjahr überschritten haben. In der Regel setzen diese Frühpensionierungen den Schlußpunkt länger dauernder Krankenstände. Diesen Krankenständen geht wiederum in der Regel eine der folgenden Situationen voraus:

1. einschneidendes gesundheitliches Ereignis, z.B. Unfall oder Herzinfarkt
2. Verlust des Arbeitsplatzes
3. Motivationsverlust durch fehlende Aufstiegschancen, Gehaltsperspektiven oder Einengung des beruflichen Entfaltungsspielraums.

Die oben genannten eigentlichen Motive der Frühpension treten allerdings nie in Erscheinung, sondern es wird vielmehr ein Gesundheitsargument herangezogen, das in der Regel über einen jahrelangen, die Krankenversicherung finanziell belastenden Krankenstand mit Frustrationen des Arbeitgebers, der Unzahl eingeschalteter Ärzte und Gutachter bis hin zur Frustration des Rentenbegehrenden selbst eine kostenträchtige und unhaltbare Situation schafft, aus der die Frühberentung als der von allen Beteiligten mit Erleichterung aufgenommene Ausweg erscheint.

Da dergestalt alle Beteiligten die Frühpension als gemeinsames Ziel verfolgen, ist diesem Mißstand auch nicht dadurch zu begegnen, daß durch die Errichtung weiterer administrativer

Hürden der Prozeß der Frühpensionierung erschwert wird; es müssen sich vielmehr Bedingungen ändern, die diesem Prozeß zugrundeliegen. Diese sollen im folgenden beschrieben werden.

Die Arbeitswelt von heute ist zunehmend durch einen Panoramawandel im Anforderungsprofil gekennzeichnet

1. Erstens beobachtet man an fast allen Arbeitsplätzen eine Reduktion von Tätigkeiten, die rein mechanisch zu verrichten sind; solche Tätigkeiten werden heute kostengünstig automatisiert. Durch diesen Trend kommt es einerseits zu einer in diesem Ausmaß bisher unbekannten Umstrukturierung von Arbeitsplätzen, die mehr und mehr auf eine Überwachung und Steuertätigkeit automatischer Produktionsabläufe ausgerichtet sind. Bisherige, vielleicht über Jahrzehnte erworbene Fähigkeiten eines Arbeitnehmers, die diesen für den Betrieb bisher auch besonders attraktiv machten, werden damit wertlos.
2. Eine Steuer- und Überwachungstätigkeit stellt an den Einzelnen ganz andere Anforderungen hinsichtlich Vigilanz und Verantwortung als eine manuelle Tätigkeit. In der Regel führt der Stillstand einer automatischen Anlage durch Unaufmerksamkeit des Überwachenden zu Ausfällen, die sich auf Millionen von Schillingen pro Stunde summieren können. Während eine rein mechanisch verrichtete Arbeit auch einmal in un- ausgeschlafenem Zustand verrichtet werden konnte (Montag morgen) oder von einem Arbeitnehmer, der unter emotionellem Druck steht (z.B. häusliche Krise) oder im Zustand einer banalen Gesundheitsstörung wie Verkühlung, Kopfschmerzen, sind solche Einschränkungen an Arbeitsplätzen mit Steuer- und Überwachungstätigkeit in der Regel nicht kompensierbar. Dazu kommt

die Reduktion körperlicher Belastung und die relative Bewegungsarmut.

3. Steuer- und Überwachungstätigkeit ist in der Regel hoch spezialisiert und erfordert eine längere Einarbeitungszeit, die jedoch – anders als die bisherige Ausbildung – nicht für andere Produktionsvorgänge qualifiziert.

Die genannten Bedingungen begünstigen das Auftreten von Versagenszuständen (Burn Out Syndrom). Sie stellen große Anforderungen an die geistige Flexibilität des Arbeitnehmers, an seine Bereitschaft zur Schulung und Weiterbildung und an seine Allgemeinintelligenz. Die Erfahrung lehrt nun, daß bereits bei einem 40-jährigen Arbeitnehmer ohne besonderes geistiges Training (Hochschulabschluß etc.) insbesondere die Flexibilität, also die Bereitschaft und die Fähigkeit sich umzuorientieren und auf neue Gegebenheiten einzustellen, stark nachlassen kann.

Der beschriebene Strukturwandel betrifft fast ausschließlich die Arbeitsplätze in der Produktion, aber nicht den Dienstleistungssektor. Einem ähnlichen Trend folgend nimmt in der Produktion mit zunehmender Automatisierung die Zahl der Arbeitsplätze ständig weiter ab; das führt zu einem wachsenden Mißverhältnis zwischen Arbeitsplätzen und Arbeitssuchenden und erhöht den Kündigungsdruck. Gleichzeitig nimmt durch die Automatisierung aber auch das Leistungsniveau stark zu. Durch den Abbau von Arbeitsplätzen in der Produktion kommt es zu einer Verschiebung der Arbeit von der Produktion in den Dienstleistungssektor, dessen Arbeitsstruktur und Anforderungsprofil sich kaum geändert hat.

Konsequenz des veränderten Anforderungsprofils in der Produktion

1. Arbeitgeber haben die Tendenz, immer jüngere Arbeitnehmer einzustellen, bei denen man davon ausgehen kann, daß allfällige

Umstrukturierungen im Arbeitsbereich intellektuell noch bewältigt werden können.

2. Die Arbeitnehmer sind der Umstrukturierung ihres Arbeitsplatzes subjektiv und objektiv häufig nicht mehr gewachsen. Die oft erhobene Forderung einer Weiterbeschäftigung des Arbeitnehmers an einem seinen Fähigkeiten entsprechenden einfacher strukturierten Arbeitsplatz kann in der Realität jedoch kaum erfüllt werden, im wesentlichen aus zwei Gründen:

- Solche Arbeitsplätze gibt es kaum noch. Meist handelt es sich um Reinigungsarbeiten, Botengänge etc.
- Derartige Arbeitsplätze sind neben einem pekuniären immer auch mit einem sozialen Abstieg verbunden, den der Arbeitnehmer nicht hinnehmen will und emotional auch nicht verkraftet.

Damit bleibt als einziger Ausweg der Krankenstand als Zuflucht. Diese Flucht löst natürlich das Problem nicht, sondern macht es eigentlich dadurch irreversibel, daß mit zunehmender Dauer des Nichtarbeitens auch bisher trainierte Fähigkeiten verloren gehen und der Arbeitnehmer sich innerlich von seiner Arbeit verabschiedet.

3. Ein ähnlicher Prozeß der raschen inneren Entfremdung vom Arbeitsplatz wird auch durch schlechte oder fehlende berufliche Rehabilitation nach einem einschneidenden gesundheitlichen Ereignis in Gang gesetzt. Hier fehlt in unseren Rehabilitationszentren vielfach ausreichende arbeitsmedizinische Beratung und Hilfestellung zur zeitnahen Wiedereingliederung in den Betrieb im notwendigen Umfang, auch unter Ausnutzung der zahlreichen angebotenen Hilfen durch den Unfallversicherer oder den Staat.

Fazit und mögliche Auswege

Die Beschäftigungsprobleme bei älteren Arbeitnehmern sind wesentlich Folge eines

Strukturwandels in der Arbeitswelt, der nicht aufhaltbar ist, und der nicht rückgängig gemacht werden kann. Alle Maßnahmen müssen sich somit auf die veränderten Verhältnisse einstellen:

1. Der beruflichen Rehabilitation nach Krankheit muß mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden durch eine zeitnahe Wiedereingliederung, durch arbeitsplatzbezogene Feststellung der individuellen Leistungsfähigkeit und durch die Ausnutzung von Hilfen. Gerade der Panoramawandel in der Arbeitswelt mit der Reduktion reiner körperlicher Belastung erfordert hier ein Umdenken, weil körperliche Gebrechen als berufliche Einschränkungen weniger als früher ins Gewicht fallen sollten.
2. Die Weiterbeschäftigung älterer Arbeitnehmer an anders strukturierten Arbeitsplätzen muß für den Betrieb finanziell attraktiv sein, indem die teuren Kosten einer Einschulung dort bezahlt werden. Statt Krankengeld oder Frühpension zu bezahlen sollte es möglich sein, dieses Geld gezielt für Schulungen älterer Arbeitnehmer einzusetzen (während die Einschulung junger Arbeitnehmer vom Betrieb selber zu tragen wäre).
3. Der Reduktion von Arbeitsplätzen in der Produktion steht eine dramatische Zunahme von Arbeitsplätzen auf dem Dienstleistungssektor gegenüber, wo das Problem der Automatisierung kaum eine Rolle spielt. Arbeitnehmer, die geänderten Arbeitsbedingungen an ihrem Arbeitsplatz in der Produktion subjektiv oder objektiv nicht gewachsen sind, sollten in Dienstleistungsberufe überführt werden. Hierfür müßten Anreize geschaffen werden.
4. Die Perpetuierung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen muß stark erschwert wer-

den und zeitgerecht eine Umschulung bzw. berufliche Rehabilitation in Angriff genommen werden. Dazu ist die frühzeitige Einschaltung einer arbeitsmedizinischen Begutachtung hilfreich, in der das vorhandene Leistungsprofil festgestellt wird.

5. Im Rahmen einer kürzlich vorgestellten finnischen Studie (Ilmarinen, ICOH, Stockholm, 1996) wurden die Bedingungen untersucht, unter denen ältere Arbeitnehmer jenseits des 51. Lebensjahres von der dann zumeist auch subjektiv empfundenen Leistungseinbuße verschont bleiben. Als wichtigste Faktoren traten dabei zutage:
 - Ein hohes Ausmaß an Gestaltungsspielraum für die eigene Arbeit, der die besondere Fähigkeit gerade des Älteren fördert, seine Arbeit ökonomisch zu gestalten.
 - Die Motivation durch den Vorgesetzten, von der der ältere Arbeitnehmer in besonderem Maße abhängig sind.
 - Eine aktive Freizeitgestaltung. Jenseits des 50. Lebensjahres reicht offenbar die Arbeit selbst als Training zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit nicht mehr aus.

Diese Ergebnisse sollten zu denken geben, die Folgerungen für Verbesserungen in den Betrieben liegen auf der Hand.

Die Verkürzung der Lebensarbeitszeit, die fast ausschließlich zu Lasten des älteren Arbeitnehmers geht, erzeugt einen großen politischen Druck, der seinerseits offenbar dazu angetan ist, Aktionismus zu fördern, anstatt das Problem von der Ursache her anzugehen. Die Arbeitsmedizin kann sowohl zur Analyse der Situation hier, als auch zu ihrer Verbesserung vieles beitragen.

Solidarität und Subsidiarität im Gesundheitssystem

Zur Problematik von Ineffizienz und Mißbrauch

Enrique H. PRAT

ZUSAMMENFASSUNG

Beim Anstieg der Aufwendungen für die medizinische Versorgung in den westeuropäischen Ländern spielt der Mißbrauch nur eine untergeordnete Rolle. Für das gesamte System der sozialen Sicherheit können aber die Mißbräuche eine beträchtliche Bedeutung haben. Außerdem ist Fehlallokation der Ressourcen mindestens zum Teil systemimmanent. Ethisch gesehen ist aber der Mißbrauch immer eine gesellschaftlich relevante Größe. Die westeuropäischen Systeme der sozialen Sicherheit basieren auf dem Prinzip der Solidarität. Sie können deshalb nicht funktionieren, weil in unserer Gesellschaft ein Prozeß der Entsolidarisierung feststellbar ist. Die christliche Soziallehre bietet einen Lösungsansatz zu diesem Problem, indem sie die drei Prinzipien postuliert: das Gemeinwohlprinzip, das Solidaritätsprinzip und das Subsidiaritätsprinzip. Das letzte findet in den aktuellen Systemen der medizinischen Versorgung kaum einen Niederschlag. Eine Reform, die nicht nur eine Scheinreform sein will, wird vor allem auf die Verwirklichung des Subsidiaritätsprinzips hinzielen müssen.

Schlüsselwörter: Gesundheitskosten, Mißbrauch, Ressourcenallokation, Subsidiaritätsprinzip, Solidaritätsprinzip

ABSTRACT

When considering the increase of expenditures for medical care in Western European Countries, abuse plays only a subordinate role. On the other hand abuse could be of great importance with regard to the overall social security system. Besides that, wrong allocation of resources is often immanent in these systems. Seen ethically, abuse is always a relative factor in society. The Western European social security systems are based on the principle of solidarity. At present they can not function well because a process of de-solidarisation in society can be noted. The Catholic „Christian Social Teaching“ presents a solution to this problem in that three principles are postulated: the good of community principle, the solidarity principle and the subsidiarity principle. The latter principle is hardly ever found in the present medical care systems. A reform in this direction if it is not to remain just a sham reform, must have the implementation of this subsidiarity principle as its goal

keywords: medical expenditures, abuse, allocation of resources, subsidiarity principle, solidarity principle

GLÜCKLICHERWEISE gehören die Bürger Westeuropas zu jenem Fünftel der Weltbevölkerung, das im Wohlstand lebt, den sich unsere Ahnen nicht einmal erträumen hätten können. Entscheidend an diesem Wohlstand sind die Standards der medizinischen Versorgung. Dieser Tatsache zum Trotz breitet sich seit einigen Jahren in unserer Öffentlichkeit, in den meisten westeuropäischen Ländern¹ und auch in Österreich² ein starkes Unbehagen über die Entwicklung des Gesundheitssystems aus, und es wird mit zunehmender Intensität über die dringende Notwendigkeit seiner Reform diskutiert. Der konkrete Anlaß dazu ist die anhaltende Steigerung der Ausgaben und die daraus folgende zunehmende Belastung des Staatshaushaltes. Die geltenden Finanzierungssysteme scheinen tatsächlich nicht mehr in der Lage zu sein, alle Leistungen des Gesundheitssystems zu tragen.

I. Mißbrauch und Kostenexplosion

In diesem Zusammenhang wird auch immer wieder vom Mißbrauch des Krankenversorgungssystems gesprochen, als ob dieser in der letzten Zeit zugenommen hätte, ja sogar, mitunter ein gewichtiger Faktor bei der Kostenexplosion gewesen wäre. Man kann Mißbrauch verschieden definieren. Hier wollen wir ihn als den absichtlichen und bewußten, zweckentfremdenden Verbrauch von jenen Ressourcen ansehen, welche die Solidargemeinschaft für die Gesundheit ihrer Mitglieder bereitgestellt hat, d.h. als die Mißachtung der von ihr festgelegten und dem Prinzip der Gerechtigkeit folgenden Grundsätze und Verteilungsregeln bzw. als die eigennützige Ausnutzung von Regelungslücken, die den Grundsätzen und dem Geist der Regulierungen widersprechen. Simplifizierend kann man folgende zwei idealtypische Mißbräuche anführen: a) Bewußte Verschwendung von Mitteln, z.B. unnötige Verschreibung von Krankenhausaufenthalten,

Erbringung von diagnostischen oder therapeutischen Leistungen bei fraglicher oder sogar fehlender Indikation; b) Die schwer kontrollierbare Mißachtung der von der Solidargemeinschaft festgelegten Bestimmungen über Begünstigung; z.B. ungerechtfertigte Krankenschreibung bis hin zur Invaliditätserklärung. Obwohl die Mißbrauchsdefinition ziemlich eindeutig ist, wird in der Praxis die Grenze zwischen Mißbrauch und richtiger Verwendung ziemlich unscharf, d.h. objektive und subjektive Faktoren lassen eine große Grauzone zu, innerhalb derer sehr schwer zu sagen ist, ob ein Sachverhalt Mißbrauch ist oder nicht. Aber hier geht es uns primär um die These, daß der Mißbrauch eine gewichtige Rolle bei der Kostenexplosion spielt. Dies wollen wir prüfen.

Kostenexplosion?

Vorerst sollte aber klargestellt werden, daß eine sachliche Analyse der Entwicklung der Aufwendungen im Gesundheitswesen den Schluß von Kostenexplosion nicht zuläßt³. Die Daten belegen zweifelsohne einen kontinuierlichen Anstieg dieser Aufwendungen sowohl in absoluten Zahlen, wie auch in der Relation zu der Gesamtheit der mit Geld bewerteten Leistungen einer jeden Volkswirtschaft. Der Anstieg ist meistens höher als das Wirtschaftswachstum, hält sich aber in Grenzen (siehe Tabelle). Man sollte deshalb den Tendenzen der Emotionalisierung des Themas vor allem durch die Massenmedien entschieden entgegenreten, sonst wird es die Gesundheitspolitik sehr schwer haben, sachliche und zielführende Strategien zu entwickeln.

Um diese Entwicklung richtig einzuschätzen, muß aber die Steigerung der Ausgaben in ihrer Relation zu zusätzlichen Leistungen, und zwar nicht nur zu materiellen hergestellt werden. Vor kurzem hat MATZNER in diesem Zusammenhang ganz richtig darauf hingewiesen, daß häufig übersehen wird, daß mit den Staatsaus-

Anteil der Gesundheitsangaben am Brutto-Inlandsprodukt (in %)				
	1965	1975	1985	1995
Österreich	4,7	7,3	8,1	9,6
Belgien	3,9	5,9	7,4	8,0
Dänemark	4,8	6,5	6,3	6,5
Finnland	4,9	6,4	7,3	8,2
Frankreich	5,2	7,0	8,5	9,9
Deutschland	5,1	8,1	8,7	9,6
Griechenland	2,6	3,4	4,1	5,2
Irland	4,2	7,6	7,8	7,9
Italien	4,3	6,2	7,0	7,7
Niederlande	4,3	7,6	7,9	8,8
Norwegen	3,6	6,2	5,9	7,3
Spanien	2,6	7,6	5,7	7,6
Schweden	5,5	7,9	8,9	7,7
Schweiz	4,5	7,0	8,1	9,6
Großbritannien	4,1	5,4	5,6	6,9
USA	5,8	8,2	10,7	14,5

Tabelle: Quelle: OECD Health Systems, OECD Paris und eigene Berechnungen

gaben ein positive Leistung bezweckt wird, nämlich, „die Produktion von Sicherheit (...), die Produktion von öffentlichen Gütern“, die Reduktion von „public bads“, die Produktion von materieller Sicherheit angesichts subjektiver Unsicherheit von existentieller Bedeutung (wie Eintritt von Krankheit oder Arbeitslosigkeit)“⁴. Diese Sicherheit, die in der Finanzwissenschaft als ein Schlüssel zur Erklärung der Zunahmen der Staatsausgaben im Wohlfahrtsstaat betrachtet wird, hat ihren Preis, dem oft keine konkreten materiellen Leistungen gegenübergestellt werden können.

Gründe der Kostensteigerung

Eine Analyse der Ursachen der Steigerung der Ausgaben für die medizinische Versorgung der meisten westeuropäischen Länder in Anlehnung an ARNOLD⁵ zeigt, daß hier sowohl soziokulturelle wie institutionell-organisatorische Faktoren ins Treffen geführt werden können. Die vier soziokulturellen Faktoren sind:

- 1) Die demographische Entwicklung: Die Überalterung, ein allgemeines Phänomen in Europa (mit Ausnahme Irlands), das durch den Rückgang der Geburten und durch

- gleichzeitige Erhöhung der Lebenserwartung zustande kommt, bewirkt eine erhöhte Inanspruchnahme des Versorgungssystems.
- 2) Morbidität: Durch den Rückgang der Infektionskrankheiten und den entscheidenden damit zusammenhängenden Anstieg der mittleren Lebenserwartung sind die chronischen Krankheiten zunehmend in den Vordergrund getreten.
 - 3) Der technische Fortschritt: das Spektrum der verfügbaren Verfahren und das Leistungsvolumen haben sich unglaublich rasch erweitert.
 - 4) Erwartungen an eine Medizin, die alles kann, und an ein Versorgungssystem, das dem einzelnen alle Leistungen zugänglich machen muß. Dies impliziert sowohl bei Patienten wie bei Ärzten eine Mentalität, daß bei Entscheidungen die tatsächlichen Kosten keine Rolle spielen.
Die institutionell-organisatorischen Faktoren der Kostenzunahme sind:
 - 5) Systeminhärente ökonomische Anreize. Alle Ausgaben im Gesundheitssystem sind gleichzeitig Einnahmen. Jedes Subjekt des Gesundheitssystems, Patient oder Leistungserbringer, ist auch einzelwirtschaftlich im Rahmen der vorgegebenen sozioökonomischen Bedingungen um eine Nutzenmaximierung bemüht.
 - 6) Umfang des Angebots. Der wissenschaftliche Fortschritt, der ständig neue und bessere Methoden entwickelt, und die Sorge um die ausreichenden Kapazitäten führen tendenziell zu Überkapazitäten.
 - 7) Zuwachs der Leistungsansprüche im Zuge des Ausbaus des Wohlfahrtsstaates. Den Versicherten werden Ansprüche auf neue Leistungen (z.B. Untersuchungen zur Prävention und zur Erkennung von Krankheiten) eingeräumt.

Nun läßt sich sagen, daß der erste von den oben angeführten Mißbrauchstypen – Verschwendung von Mitteln – vor allem mit den Faktoren

4, 5 und 6 zusammenhängen. Wenn keine Überkapazitäten vorhanden wären, wäre es zumindest nicht so leicht, Leistungen bei fraglicher oder mangelnder Indikation zu erbringen. Die Erwartungen, die Überkapazitäten und die Anreize führen zweifellos zur Ineffizienz in der Allokation der Ressourcen. Die Frage ist, ob das gleich als Mißbrauch im Sinne einer Entscheidung zur bewußten und beabsichtigten Zweckentfremdung von Ressourcen bezeichnet werden kann. Erstens ist oft die Frage der Indikation nicht so eindeutig, mindestens solange keine bindenden Standards gelten. Zweitens, wenn die Kapazitäten (Betten, Apparate und Personal) schon vorhanden sind, sind die Zusatzkosten für ihre Ausnutzung (die Fixkosten müssen so oder so gedeckt werden) minimal. Die entscheidende Frage für den Kostenanstieg ist also, ob es Überkapazitäten gibt oder nicht. Diese dürfte es in Europa in beträchtlichem Ausmaß geben. Die Überkapazitäten – das leere Bett und der unausgelastete Apparat – verursachen Kosten⁶ und wirken als Anreiz für die Nachfrage auch bei fehlender Indikation: Eine Auslastung ohne effiziente Wirkung. Diese ineffiziente Auslastung von noch vorhandenen Kapazitäten verschleiert die wahre Nachfrage und erschwert folglich eine langfristige Investitionsstrategie, die darauf hinzielt, die Kapazitäten an den realen Bedarf anzupassen. Man kann also sagen, daß in der Regel nicht von einem Mißbrauch von Ressourcen durch den einzelnen – Arzt oder Patient – gesprochen werden kann, aber doch von einer systeminduzierten Fehlallokation der Ressourcen. Hierin liegt eine klare Schwäche des Systems: die geltenden einheitlichen und obligatorischen Gesundheitssysteme bauen auf Solidarität, aber entziehen dem einzelnen die Mitverantwortung für das System. Der Arzt z.B., der zu einer ökonomisch effizienten Haltung durch geeignete Anreize des Systems gefordert werden könnte, ist im derzeitigen System meistens besser dran, wenn er sich nicht um die ökonomische Effizienz kümmert. Wenn er anders handeln würde, würde ihn das System sogar strafen.

Obwohl es auch beim zweiten oben erwähnten Mißbrauchttyp – Mißachtung der Bestimmungen bzgl. der Begünstigungen – eine Grauzone gibt, die nicht immer die eindeutige Bestimmung des Sachverhaltes als Mißbrauch erlaubt, wird dabei die Solidargemeinschaft mit Kosten belastet, die mit der medizinischen Versorgung nur indirekt etwas zu tun haben, weil sie allein durch das bewußte oder unbewußte ethische Versagen einzelner Mitglieder – Trittbrettfahrer⁷ und Entsolidarisierte – entsteht, die Regulierungslücken ausnützen oder schwer kontrollierbare Übertretungen begehen.

Aus den Ausführungen ist also zu schließen, daß beim Anstieg der Aufwendungen für die medizinische Versorgung in den westeuropäischen Ländern der Mißbrauch im eigentlichen Sinne eine ziemlich geringfügige Rolle spielt. Für das gesamte System der sozialen Sicherheit können aber die Mißbräuche eine beträchtliche Bedeutung haben. Außerdem ist eine Fehlallokation der Ressourcen mindestens zum Teil systemimmanent. Darauf wird in den folgenden Abschnitten noch eingegangen werden.

II Der Mißbrauch aus ethischer Sicht

Individualethik und Mißbrauch

Aus individualethischer Sicht ist der bewußte Mißbrauch ein Versagen des Individuums, das die von ihm mitbestimmten oder zumindest zugestimmten Regelungen der Solidargemeinschaft nicht einhält. Man kann nicht leugnen, daß viele Fehlallokationen im Gesundheitsbereich aus solchem ethischen Versagen entstehen. Man kann aber berechtigterweise davon ausgehen, daß die meisten Ressourcenverschwendungen deshalb vorkommen, weil der einzelne wegen der Komplexität der Zusammenhänge nicht in der Lage ist, zu beurteilen, ob es sich hier tatsächlich um Verschwendung handelt oder nicht.

Natürlich kann man an das ethische Bewußtsein der Mitglieder der Solidargemeinschaft appellieren und darin eine Lösung des Problems erblicken, aber man muß sich vor Augen halten, daß bei komplexen sozialen Zusammenhängen weder rechtliche Vorschriften noch bürokratische Maßnahmen einen Mißbrauch verhindern dürften, wenn die systemimmanenten selbstregulierenden Marktmechanismen oder Steuerungsersatzlösungen fehlen⁸. Deshalb werden solche Appelle, so notwendig sie auch immer sind, niemals ausreichen, um die Systemmängel zu beheben. Es ist dagegen die genuine Aufgabe der Gesundheitsökonomie, Steuerungsmechanismen zu entwerfen und vorzuschreiben, die trotz fehlendem Markt zur optimalen Allokation führen. Die Gesundheitsökonomie bezweckt, die Mittel – Geld und Ressourcen – in diesem Bereich effizient einzusetzen⁹, sie befaßt sich allerdings nicht mit der Frage, wieviel eine Gesellschaft und ihre Bürger für Krankheitsvorsorge und Heilung ausgeben sollten. Dies ist eine Frage, die rein politisch ist.

Sozialethik und Mißbrauch

In sozialethischer Hinsicht ist der Mißbrauch immer ein Bruch des Solidaritätsvertrages, der eine Gesellschaft zusammenhält. Es gibt in der letzten Zeit klare Anzeichen dafür, daß sich trotz zunehmenden Wohlstandes solche Vertragsbrüche häufen. Zweifelsohne sind die sozialen Netze der westeuropäischen Länder derzeit besonderen Belastungen ausgesetzt: die hohe Arbeitslosigkeit, die Überalterung der Gesellschaft, die Welle der Frühpensionierungen und die Steigerung der Kosten der medizinischen Versorgung. Man spricht davon, daß man die Grenze der Finanzierbarkeit erreicht hat.

Die westeuropäischen Systeme der sozialen Sicherheit basieren auf dem Prinzip der Solidarität. Sie wurden bis jetzt als Triumph der solidarischen Vernunft über den irrationalen Individualismus gefeiert. Die Grundidee lautet: nur

wenn alle solidarisch zusammenhalten, können alle Risiken effizient gedeckt und Ungerechtigkeiten und Härten aus der Welt geschafft werden. Eine optimale und effiziente Allokation der Ressourcen war nie ein Anliegen dieser Systeme, weil sie davon ausgegangen sind, daß die Gesundheit der erste Wert unserer Gesellschaft sei und daher die absolute Priorität in der Verteilung der Ressourcen hat. So lange die Mittel ausreichen, gab es keine Probleme und man hat die Annahme, daß es für Gesundheit keine Knappheit gibt, bestätigt gefunden. Erst als die oben erwähnten Faktoren, die zu einer anhaltenden Steigerung der Kosten geführt haben, klar zu Tage getreten sind, ist man sich bewußt geworden, daß die Ressourcen knapp werden und nicht alles finanzierbar ist. Nun wird diese Solidarität auf die Probe gestellt. Eine rein bedarfsorientierte Versorgungsregelung, welche die Eigenleistung der Begünstigten in keiner Weise mit ihren Anrechten in Beziehung bringt, scheint dazu zu führen, daß jeder vorsorglich für den Bedarfsfall das System überbeansprucht. Wenn eine Versorgungsgesellschaft, die keine oder nur wenige Begrenzungen vorsieht, funktionieren sollte, müßte sie eigentlich von ihren Mitgliedern, die heroische freiwillige Solidarität einfordern, auf Vorsorge zu verzichten. Dies führt zur Frage: Wie solidarisch ist unsere Gesellschaft wirklich?

Risse in der Solidargemeinschaft

Es gibt in unserer Zeit eine ganze Reihe von solidarischen Phänomenen, die es früher, zumindest in dem Ausmaß, nicht gegeben hat: Multinationale Gesellschaften, Internationale Organisationen und Vereinigungen, übernational agierende Netze aller Art sind in den letzten Jahrzehnten entstanden. Es wird immer stärker vom Phänomen der Globalisierung dieser Welt gesprochen. Tatsächlich ist die Internationalisierung eine klare Besonderheit unserer Zeit, die durch die Revolution auf dem Kommunikationssektor ermöglicht wurde. Der

Trend zum interkulturellen Zusammenschluß deutet auf eine Stärkung der Solidarität hin. Aber auf der anderen Seite verbirgt sich hinter einer durch immer mehr telematische und sonstige Netze zusammengehaltenen Fassade eine Welt, die zunehmend auseinanderfällt. Es ist ein Phänomen mit umgekehrten Vorzeichen, das die Soziologie als Fragmentierung bezeichnet. TAYLOR, der dieser Tatsache besondere Aufmerksamkeit geschenkt hat, beschreibt sie wie folgt: „Eine fragmentierte Gesellschaft ist eine Gesellschaft, deren Angehörigen es immer schwerer fällt, sich mit ihrer politischen Gesellschaft als einer Gemeinschaft zu identifizieren. Dieser Mangel an Identifikation spiegelt vielleicht eine atomistische Einstellung wider, bei der die Menschen dahingelangen, die Gesellschaft rein instrumentell zu sehen. Außerdem trägt dieser Identifikationsmangel aber zur weiteren Verfestigung des Atomismus bei, denn durch das Fehlen wirksamen gemeinsamen Handelns werden die Menschen auf sich selbst zurückgeworfen“¹⁰. Diese Fragmentierung zeigt sich in vielfältigen und weltweit ausgebreiteten Phänomenen wie Regionalismus, Nationalismus, Entstehung neuer Subkulturen, emanzipatorische Bewegungen, inflationäres Aufkommen von „Ismen“ aller Art, Sekten und zahllosen alternativen Gruppierungen.

Durch die Fragmentierung schrumpft der Zusammenhalt der Gesellschaft ein, deren Mitglieder sich vor allem innerhalb ihrer Gruppierung solidarisch verhalten, aber in Konkurrenz zu anderen Gruppierungen treten. Dadurch entsteht jene immer stärker von Politikern und Kulturkritikern, aber vor allem von Kirchenvertretern beklagte Entsolidarisierung, die zu neuen Gesellschaftskonflikten und auch zum zunehmenden Mißbrauch von bestehenden Institutionen führt. Es sprengt den Rahmen dieser Arbeit, das Phänomen der Fragmentierung zu analysieren. Hier ging es darum, zu zeigen, daß wir auf eine multikulturelle und äußerst pluralistische Gesellschaft zusteuern. Die Institutionen in dieser Gesellschaft können nicht

ausschließlich auf das Solidaritätsprinzip abgestellt sein, weil es die Solidarität in der geforderten Form nicht gibt.

III Ansätze für eine neue Ordnung aus den Prinzipien der christlichen Soziallehre

Es fällt auf, daß in der Diskussion um die Lösung dieses Problems sehr häufig auf die Christliche Soziallehre und ihre Prinzipien Bezug genommen wird, auch dann, wenn sonst keine ausgesprochen christlichen Positionen vertreten werden¹¹. Besonders wird auf jenes Prinzip, das wirklich Markenzeichen¹² der Katholischen Soziallehre ist, hingewiesen: Das Subsidiaritätsprinzip. Tatsächlich gibt die Christliche Soziallehre eine konkrete und klare Antwort auf die anstehenden Fragen, indem sie drei Prinzipien für die richtige Ordnung der Gesellschaft und ihrer Institutionen vorschreibt: das Gemeinwohlprinzip, das Solidaritätsprinzip und das Subsidiaritätsprinzip¹³. Durch das erste wird der einzelne verpflichtet, am Gemeinwohl mitzuwirken, dem prinzipiell und unter Wahrung der unaufgebbaren Würde der Person Vorrang vor dem Einzelinteresse einzuräumen ist. Das Prinzip der Solidarität besagt wechselseitiges Verbunden- und Verpflichtetsein unter den Menschen. Das Subsidiaritätsprinzip hat die Enzyklika „Quadragesimo anno“ folgendermaßen definiert: „Wie dasjenige, was der Einzelmensch aus eigener Initiative und mit seinen eigenen Kräften leisten kann, ihm nicht entzogen und der Gesellschaftstätigkeit zugewiesen werden darf, so verstößt es gegen die Gerechtigkeit, das, was die kleineren und untergeordneten Gemeinwesen leisten und zum guten Ende führen können, für die weitere und übergeordnete Gemeinschaft in Anspruch zu nehmen; zugleich ist es nachteilig und verwirrt die ganze Gesellschaftsordnung... Je besser durch strenge Beobachtung des Prinzips der Subsidiarität die Stufenordnung der verschiedenen Vergesellschaftungen innegehalten wird, um so stärker stehen

gesellschaftliche Autorität und gesellschaftliche Wirkkraft da, um so besser und glücklicher ist es auch um den Staat bestellt“¹⁴. Das richtig verstandene Subsidiaritätsprinzip besagt nicht nur, daß der Staat zum Dienst am Bürger verpflichtet ist, sondern auch, daß der Bürger ein Anrecht auf Freiräume und Förderung der eigenen Fähigkeiten hat, damit er Initiativen entfalten kann.

Diese drei Prinzipien bilden eine Einheit, d.h. entweder treten sie zusammen auf oder sie entarten. Ohne das Gemeinwohlprinzip haben die anderen zwei – Solidarität und Subsidiarität – keinen Sinn, und umgekehrt Solidarität und Subsidiarität sind Garanten der Verwirklichung des Gemeinwohls. Ohne Solidarität rutscht die Gesellschaft in einen wilden Individualismus und ohne Subsidiarität besteht die Gesellschaft vorwiegend aus entmündigten Bürgern. Mit anderen Worten, und das ist die Aussage der christlichen Soziallehre, die Gesellschaft und ihre Institutionen (z.B. die Gesetze) müßten in ihrer Organisation und Funktionsweise von diesen drei Prinzipien geprägt werden.

Im Lichte dieser Aussage fällt deutlich auf, daß in den europäischen Systemen der sozialen Sicherheit das Subsidiaritätsprinzip sehr mangelhaft, wenn überhaupt, umgesetzt wird. Das System fordert vom einzelnen Bürger einen fast einheitlichen finanziellen Beitrag, der mit der Zeit kaum mehr gespürt wird, dafür hat er im Bedarfsfall ein Anrecht auf nahezu alles, was die Medizin kann. Es gibt zwar einige Begrenzungen, die jedoch mehr formell als real sind. Was dementsgegen die meisten sachlichen Vorschläge fordern, ist ein System, in welchem der einzelne nicht mehr einfach alles erwarten kann, sondern auch im Rahmen seiner eigenen realen Möglichkeiten für seine eigene Gesundheit vorbeugend und kurativ Verantwortung tragen muß. Für eine Stärkung des Subsidiaritätsprinzips im Gesundheitssystem sprechen nicht nur ökonomische Faktoren, sondern auch kulturelle. In der pluralistischen, multi-

kulturell stark fragmentierten Gesellschaft müssen eine Vielfalt von moralischen und kulturellen Werten koexistieren. Die individuell sehr unterschiedlichen Prioritäten im Hinblick auf soziale Güter und Lebensziele können am besten berücksichtigt werden, wenn die verschiedenen Gruppierungen auch die Möglichkeit erhalten, Initiativen zu entfalten und Verantwortung im Rahmen des gesamten Systems zu tragen¹⁵.

Im Grunde ist kaum daran zu zweifeln, daß an der Stärkung der Subsidiarität kein Reformweg vorbeigehen kann. Es geht vor allem um die Finanzierbarkeit der aktuellen Versorgungsstandards. Dies kann einerseits durch Effizienzsteigerung und andererseits durch Aufbringung von neuen finanziellen Mitteln gelingen. Die Gesundheitsökonomie sagt eindeutig, daß beide Ziele weniger durch eine Zentralverwaltung als durch eine geordnete, aber dezentral geführte Organisation erreicht werden können. In dieser soll auf keiner Entscheidungsebene (Staat, Krankenhaus, Arzt-Patient) Verantwortung übernommen werden, die auch von darunterliegenden Ebenen übernommen werden könnte. Durch ein ausgewogenes Zusammenspiel von Eigeninteressen, Eigenverantwortung und Eigenleistungen der Subjekte des Gesundheitssystems können diese Ziele zustande kommen. Auf der einen Seite herrscht darüber ein allgemeiner Konsens, daß das Gesundheitssystem nicht mit reinen Marktmechanismen zu regeln ist. Dies ist schon deshalb nicht möglich, weil Gesundheit nicht am Markt kaufbar ist. Abgesehen von ethischen Überlegungen, die ein Handeln mit Gütern und Leistungen, welche die Gesundheit betreffen, sehr einschränken würden, existiert ein solcher Markt nicht, weil in ihm der Patient nicht als souveräner, sondern als abhängiger Käufer auftreten würde¹⁶. Aber auf der anderen Seite hat die Wirtschaftswissenschaft eindeutig erwiesen, daß kein Mechanismus, jedenfalls sicher nicht der Staatsapparat, die Allokation der knappen Ressourcen so effizient regelt wie

der Markt selbst. In Anlehnung an den Nobelpreisträger K.J. ARROW¹⁷ hat neulich STREIßLER in Wien überzeugend dargelegt¹⁸, daß im Gesundheitssystem der Markt als alleiniger Entscheidungsmechanismus versagen muß. Aber auch der Staat alleine versagt. Genausowenig können die Einzelentscheidungen innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung ohne weitere Steuermechanismen die Effizienz und Verteilungsgerechtigkeit des Systems garantieren. Man sollte daraus schließen, daß nur ein Mischsystem, das in manchen Bereichen des Gesundheitswesens einen kontrollierten Wettbewerb und eine marktähnliche Organisation zuläßt, und ein soziales Netz mit marktähnlicher Struktur die Effizienz garantiert, allen Anforderungen des Gesundheitswesens optimal zu entsprechen.

Dieses Mischsystem ist gemeint, wenn man von Spaltung in eine Grundkrankenversicherung und eine Privatkrankenversicherung (privatwirtschaftlich geführt), die nicht zu wechseln ist mit der aktuellen Zusatzversicherung, spricht¹⁹. Dieses nach der oben erwähnten Triade der Christlichen Soziallehre konzipierte System ist das gerechtere System²⁰, denn es erlaubt gemäß der Gesundheitsökonomie die bessere Ressourcenallokation und so wird die Mißbrauchsmöglichkeit verhindert bzw. stark eingeschränkt, d.h. das Wohl des einzelnen und das Gemeinwohl wird optimiert. Darüber, daß es für die Schwachen und sozial Bedürftigen weiterhin einen Halt in der Solidargemeinschaft geben muß, gibt es einen unerschütterlichen Konsens.

Referenzen

1. Vgl. QUINTANA O. und INFANTE A. „Setting Priorities in the Spanish Health Care System“; TER MEULEN R.J.J. „Limiting Solidarity in Netherlands : a Two Tier Health System on the Way“; VAN DER WILT G.J. „Towards a Two Tier System in Netherlands: How to put Theory into Practice“; HOLM S. „Socialized Medicine, Resource Allocation and Two-Tiered Health Care – The Danish Experience“; NORHEIM O.F. „The

- Norwegian Welfare State in Transition: Rationing and Plurality of Values as Ethical Challenges for the Care System"; CASSEL D. u. BOROCH W. „Free Choice of Sickness Funds: Economic Implications and Ethical Aspects of the 1992 Health Care Reform in Germany“; EDGAR A. „Enterprise Association or Civil Association? The UK National Health Service“, alle in *The Journal of Medicine and Philosophy*, Vol 20, 1995, OECD Health System, Facts and Trends, 1960-1961, ROSLEFF F. und LISTER G. „Europäische Trends im Gesundheitswesen: In Richtung Managed Care“, Cooper & Lybrand, 1995
2. Für Österreich Vgl. KOHMAIER F. „Pension in Not. Das österreichische Sozialsystem vor dem Zusammenbruch“, Signum Verlag, Wien, 1995 und „Das Ende der Illusion vom Wohlfahrtsstaat“ in „Conturen“ Nr. 17 A/ 1984, 52 – 65.
 3. ARNOLD M. „Solidarität 2000. Die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende“, Enke, Stuttgart, 1995, 17 ff
 4. MATZNER E. „Die Krise des Wohlfahrtsstaates. Eine Neubetrachtung (frei) nach Schumpeter und Morgenthau“, 1996, S. 3. Zitiert aus der noch nicht veröffentlichten Fassung des Vortrages vor dem internationalen Symposium „Challenges to the Welfare State“ (Paris/ Pamplona), 23.-26.Mai 1996.
 5. ARNOLD M. „Solidarität 2000“, 19 – 24
 6. Die Studie von ROSLEFF F. und GRAHAM L. „Europäische Trends im Gesundheitswesen: in Richtung Managed Care“, (1996), hat errechnet, daß die angebotbedingten Faktoren, darunter fällt die Überkapazität, für mehr als die Hälfte des Kostenanstieges verantwortlich sind (vgl. S. 7)
 7. Unter Trittbrettfahrermentalität (auch als Rationalitätsfall bekannt) ist jene gemeint, die zum Fehlverhalten des einzelnen führt. Ressourcen werden über ein sachlich notwendig hinausgehendes Ausmaß – so schwierig dies auch zu bestimmen sei – beansprucht, mit der Begründung, daß dadurch das System als Ganzes praktisch nicht belastet wird. Unter „Entsolidarisierten“ sind hier jene gemeint, die ernsthaft davon überzeugt sind, nach jahrelangen Einzahlungen ein Anrecht auf jede Leistung des Systems zu haben.
 8. ARNOLD M. „Warum stellt sich das Thema „Ethik der Gesundheitsökonomie?““ in J.MOHR Ch.SCHUBERT (Hrsg.) „Ethik der Gesundheitsökonomie“, Springer Verlag, 1992, 1-9
 9. GRAF-BAUMANN T. „Lebensqualität: gesundheitsökonomische Folgerungen“, J.MOHR Ch.SCHUBERT (Hrsg.), Ethik der Gesundheitsökonomie, Springer Verlag, 1992, 12
 10. TAYLOR Ch. „Das Unbehagen an der Moderne“, Suhrkamp, Stuttgart, 1995, 131.
 11. Vgl. SASS H.M. „The new triad: responsibility, solidarity and subsidiarity“, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1995, 20: 587-594 und ARNOLD M. „Solidarität 2000“ 1995, 27 – 30
 12. SPIEKER M. „Das Menschenbild der katholischen Soziallehre“ in E.H. PRAT (Hrsg.) „Ökonomie, Ethik und Menschenbild“, Verlag Faßbaender, Wien, 1993, 62
 13. Vgl. Enzyklika „CENTESIMUS ANNUS“, (1991), nn. 48 und 49, und HÖFFNER J. „Christliche Gesellschaftslehre“, Butzon & Brecker, Kevelaer, 1995, 42 – 55, KLOSE A. „Unternehmer Ethik“, Veritas, Linz, 1988, 42 – 52.
 14. Enzyklika „QUADRAGESIMO ANNO“ (Pius XI), 1931, nn. 79 und 80
 15. Vgl. SASS H.M. „Wer trägt eigentlich die Verantwortung für die Gesundheit?“ in J.MOHR Ch.SCHUBERT (Hrsg.) Ethik der Gesundheitsökonomie, Springer Verlag, 1992, 55-59
 16. HORISBERGER B. „Das ökonomische Prinzip der Honorierung im Gesundheitssystem“ in J.MOHR Ch.SCHUBERT (Hrsg.) „Ethik der Gesundheitsökonomie“ Springer Verlag, 1992, 26
 17. ARROW, K.J. „Uncertainty and the Economics of Medical Care“, *AER*, Vol. 53, 1963, 941 ff.
 18. STREIBLER E. „Was darf die Gesundheit kosten?“ Noch unveröffentlichter Vortrag beim Österreichischen Ärztetag, Wien, 19.11.96.
 19. ARNOLD M. „Solidarität 2000“, 195
 20. SCHÖNE-SEIFERT B. „Was sind „gerechte“ Verteilungskriterien?“ in J.MOHR Ch.SCHUBERT (Hrsg.) „Ethik der Gesundheitsökonomie“ Springer Verlag 1992, 34-44

Mißbrauchstendenzen im österreichischen Gesundheitswesen aus der Sicht des Arbeits- und Sozialrichters

Johannes STÖGER

Seit geraumer Zeit wird öffentlich – nicht nur in Österreich – lebhaft darüber diskutiert: Unser System der Sozialversicherung, insbesondere der Pensionsversicherung ist in Gefahr!

Grundsätzliche Beiträge zu dieser Diskussion haben Tendenzen aufgezeigt, die zu Mißbräuchen führen oder beitragen; mehrere Vorschläge befassen sich mit Änderungen in der Gesetzgebung und in den Institutionen.

Mein Beitrag ist rein praktisch. Ich will praktische Erfahrungen aus meinem Berufsalltag berichten, die zur Diskussion über die Gefährdung bzw. zur notwendigen Sicherung des Systems des Sozialstaates beitragen können.

Die Arbeits- und Sozialgerichtsbarkeit besteht in Österreich seit 1987. Sie wird von den Landesgerichten ausgeübt, in Wien von einem eigens dafür errichteten Gerichtshof, dem ich seit Errichtung angehöre. Sie setzt die Judikatur der Arbeitsgerichte, der Schiedsgerichte der Sozialversicherung und der Einigungsämter fort. Die Verfahrensvorschriften wurden aber teilweise geändert. Aus Gründen des Datenschutzes berichte ich keine konkreten Fälle, wohl aber Tatsachen und Problemfelder, die aus konkreten Fällen gewonnen sind, ohne Anspruch auf systematische Vollständigkeit. Unser System der Sozialversicherung ist ein Solidarsystem. Jeder Mißbrauch belastet die Versichertengemeinschaft. Unter Mißbrauch verstehe ich einen unrichtigen Gebrauch, ohne den Vorwurf des Vorsatzes oder der betrügerischen Absicht in jedem Fall. Besondere Überlegung verdienen die Auswirkungen von Mißbräuchen auf die Versichertengemeinschaft

durch die Schwächung der Solidarität und der gemeinsamen Überzeugung. Mißbräuche können das System nicht nur finanziell, sondern auch durch der Schwächung der notwendigen solidarischen Grundhaltung gefährden. Diese Auswirkungen treten uns in den Verfahren besonders deutlich entgegen.

Zunächst zur Sozialgerichtsbarkeit:

Die Pensionsversicherungsanstalten (auf diese beschränke ich mich hier) erhalten Anträge ihrer Versicherten auf Gewährung von Sozialleistungen z.B. Invaliden- oder Berufsunfähigkeitspensionen, Waisenpensionen, Ausgleichszulagen, Pflegegelder u.a. Ein beträchtlicher Teil dieser Anträge erfordert eine medizinische Begutachtung, die durch Gutachterärzte vorgenommen wird. Auf Grund dieser Gutachten erläßt die Anstalt einen Bescheid, der in vielen Fällen dem Antrag stattgibt. Nur die Versicherten, deren Antrag abgewiesen wurde, wenden sich an uns. Wenn sie bei uns klagen und so das Gerichtsverfahren einleiten, tritt der Bescheid außer Kraft. Wir untersuchen den behaupteten Anspruch von Grund auf neu durch eigene Gutachterärzte. Diese kommen in vielen Fällen zu denselben medizinischen Kalkülen wie die Gutachter der Pensionsversicherungsanstalt, wenn sich der Gesundheitszustand des Versicherten nicht in der Zwischenzeit geändert hat. Ein abweisendes Urteil kann beim Oberlandesgericht und dessen Urteil wieder beim Obersten Gerichtshof bekämpft werden.

Die Verfahren sind für den Versicherten unentgeltlich, ebenso eine Vertretung durch Inter-

essenvertreter (Kammern, Gewerkschaft) oder durch Rechtsanwälte, die im Rahmen der Verfahrenshilfe beigegeben werden. Dies kann dazu führen, daß solche Verfahren auch ohne Berechtigung geführt oder in die Länge gezogen werden. Eine Vielzahl von Gutachten wird beantragt, ohne daß sie medizinisch notwendig sind oder zum behaupteten Anspruch etwas beitragen können. Die Kapazitäten an Gutachtern und Gerichtspersonen werden überbeansprucht, die Versicherten müssen auf ihre Termine immer länger warten. Es kann der Eindruck entstehen, die Verfahren würden zu oft mißbräuchlich geführt oder weitergeführt. Ein solches Vorurteil ist aber ungerecht gegenüber Anspruchswerbern, die im Recht sind. Mißbräuchliche Inanspruchnahme dieser Verfahren schadet daher am meisten den Anspruchswerbern, die ein rasches Verfahren am dringendsten brauchen würden.

Aber auch die Durchführung an sich entbehrlicher Verfahren ist sehr oft verständlich:

- 1) Pensionswerber erleben ab einem gewissen Alter, daß sie am Arbeitsmarkt kaum mehr vermittelbar sind („Wer nimmt mich noch?“). Sie können nicht verstehen, daß sie dennoch keine Pension bekommen, nur weil ihre Gesundheit nicht schlecht genug ist.
- 2) Sie beziehen Sozialleistungen (z.B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe u.a.) und werden von den Trägern dieser Sozialleistungen aufgefordert, die Pension zu beantragen. Einer solchen dringenden Aufforderung kann sich der Bezieher von Sozialleistungen nicht entziehen.
- 3) Dazu kommt, daß viele Versicherte in ihrem Bekanntenkreis Personen erleben, die nicht kränker (oder sogar weniger krank) sind und dennoch die Pension beziehen.
- 4) Diese Überzeugung wird durch die Medien verstärkt. Jeder konkrete Fall einer angeblich mißbräuchlichen Sozialleistung (insbe-

sonders an einen Politiker), der in den Medien dargestellt wird, erschwert unser Verfahren.

- 5) Aber auch Arbeitgeber drängen ihre in einem aufrechten Arbeitsverhältnis stehenden Beschäftigten, die Pension anzustreben, insbesondere wenn die Arbeitnehmer öfter einen Krankenstand in Anspruch nehmen.
- 6) Eine besondere Dimension hat das Verfahren über das neu eingeführte Pflegegeld. Das Gesetz sieht sieben mögliche Pflegegeldstufen vor. Nicht nur die Pflegebedürftigen oder deren Angehörige, die die Pflege besorgen, sondern immer öfter die Pflegeheime (oder deren Trägereinrichtungen) versuchen, höheres Pflegegeld zu bekommen. Auch diese Verfahren sind unentgeltlich und können beliebig oft wiederholt werden (ausgenommen eine eingeschränkte einjährige Sperrfrist unter bestimmten Bedingungen).

Gerade der Umstand, daß Versicherte in ein Verfahren gedrängt werden, führt immer öfter dazu, daß sie Untersuchungstermine einfach nicht wahrnehmen. Auch diese Kosten des Gutachters, der vergeblich wartet, trägt die Sozialversicherungsanstalt. Erst eine zweite nachweisliche Ladung, die einen ausdrücklichen Hinweis auf die Rechtsfolgen enthält, wenn der neue Termin ohne Entschuldigung wieder nicht wahrgenommen wird, berechtigt uns, von diesem Gutachten Abstand zu nehmen.

Eine auf unbestimmte Zeit gewährte Sozialleistung kann nur bei nachweislich wesentlicher Besserung entzogen werden. Zum Glück sind es nicht viele Fälle, in denen die Leistung zu Unrecht gewährt wurde und eine Entziehung deshalb nicht möglich ist, weil ein guter Gesundheitszustand sich nicht wesentlich bessern kann. In der Öffentlichkeit wird immer wieder behauptet, daß in einzelnen Bereichen das Pensionsalter wesentlich niedriger ist als in anderen Bereichen. Dazu hat das Gericht keine Wahrnehmungen. Tatsache ist aber, daß Österreich einen besonders hohen Anteil an Frühpensionisten hat und daß – auch in unseren

Verfahren – das Alter der Pensionswerber kontinuierlich sinkt.

Noch kurz zur Arbeitsgerichtsbarkeit:

Zunächst stellt sich die Frage, wieso das Arbeitsrecht mit möglichen Mißbräuchen im Gesundheitswesen zu tun haben kann. Tatsächlich gibt es aber eine Vielzahl von Anknüpfungspunkten.

Hier einige besonders häufige Problemfelder:

Der größte Teil der Verfahren betrifft Arbeitsverhältnisse, die zu Ende gegangen sind. Folgender Sachverhalt ist immer wieder gegeben:

- 1) Ein Arbeitnehmer kommt einige Tage nicht zur Arbeit. Er wird schriftlich oder nach seinem neuen Arbeitsantritt fristlos entlassen. Nunmehr weist er eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vor, die zwar keine Diagnose enthalten darf, aber genau den Zeitraum abdeckt, in dem er abwesend war.
- 2) Ein Teil dieser Bescheinigungen bestätigt die Arbeitsunfähigkeit auch rückwirkend.
- 3) In einigen Fällen tritt sogar zu Tage, daß der Arbeitnehmer einen Urlaub wollte, dieser verweigert wurde und der Arbeitnehmer privat geäußert hat, „dann gehe er halt in Krankenstand“.
- 4) Ausländische Arbeitnehmer – besonders aus sehr weit entfernten Ländern – kehren aus dem Urlaub erst nach Wochen zurück und legen Bestätigungen eines Arztes oder einer Klinik dieses Landes vor, wonach sie unmittelbar nach Ablauf der Urlaubszeit bis zur Rückkehr erkrankt sind.
- 5) Arbeitnehmer haben hohe Resturlaube. Sie vereinbaren den Konsum dieses Urlaubs bei Kündigung in der Kündigungsfrist, legen aber nach Ablauf der Frist eine ärztliche Bescheinigung vor, wonach sie während der vereinbarten Zeit des Urlaubskonsums erkrankt waren. Sie verlangen die Urlaubsentschädigung, weil Krankheit den Urlaubskonsum verhindert.

- 6) Zur Verhandlung geladene Zeugen kommen nicht. Sie lassen sich telefonisch wegen Krankheit entschuldigen und senden über Aufforderung eine ärztliche Bestätigung ein, die für den Tag der Ladung Krankheit bescheinigt.
- 7) Dasselbe tun Parteien, die ein Interesse haben, die Verfahrensdauer zu verlängern.

Welche Folgen haben diese – und eine große Zahl noch auffälligerer – Vorkommnisse?

- 1) Nicht nur beim Arbeitgeber, sondern zumindest ebenso stark bei den Arbeitskollegen entstehen Vorurteile gegenüber Arbeitnehmern, die wegen Krankheit abwesend sind.
- 2) Solche Vorurteile schlagen auch Arbeitnehmern entgegen, die wirklich krank sind.
- 3) Das kann dazu führen, daß Arbeitnehmer nicht wagen, in einen Krankenstand zu gehen, obwohl es medizinisch angezeigt wäre.
- 4) Es entsteht ein Mißtrauen gegenüber der Richtigkeit ärztlicher Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen.
- 5) Dadurch wird auch das Vertrauen in andere ärztliche Gutachten geschwächt, z.B. in Sozialrechtsverfahren, was uns immer wieder gesagt wird.
- 6) Ehrliche Arbeitnehmer bekommen das Gefühl, „die Dummen zu sein“.
- 7) Verstärkt wird das noch dadurch, daß wirksame Kontrollen fehlen. Kontrollen sollen ja nicht nur konkrete Mißbrauchsfälle aufdecken, sondern vielmehr Mißbrauch vorbeugen und dadurch das Vertrauen erhöhen.
- 8) Folgerichtig kann es vorkommen, daß in einem Gespräch eingeflochten wird, „wenn eine bestimmte Forderung nicht erfüllt wird, gibt es ja noch die Möglichkeit eines Krankenstandes“.
- 9) Dadurch, daß in den Gerichtsverfahren Arbeitsunfähigkeitbescheinigungen fast immer zum Prozeßerfolg führen, neigen Arbeitgeber als Prozeßpartei nicht nur zur Resignati-

on, sondern zur Überzeugung „ohnehin nicht Recht zu bekommen“.

10) Beispiele dieser Art verlocken zur Nachahmung.

Natürlich sind Vorurteile immer unrichtig, weil allgemein. Aber eine ausreichende Zahl von Mosaiksteinchen erzeugt ein Bild, das das Vertrauen entscheidend schwächen und die Bereitschaft zur Solidarität zerstören kann. Das beste System muß scheitern, wenn zu viele es mißbrauchen, sei es auch nur nach allgemeiner Überzeugung.

Ein konkretes Beispiel dazu, wohin eine solche Einstellung führen kann: ein Arbeitnehmer (im öffentlichen Dienst) wird gekündigt, weil er die Arbeit nicht mehr ausreichend leistet (er hat Schwierigkeiten mit Alkohol). Er ficht die Kündigung an und beruft sich auf seine Arbeitskollegen als Zeugen, daß er die Arbeit tadellos machen kann. Vor Abschluß des Verfahrens entschließt er sich dazu, die Pension anzustreben. Er läßt das Verfahren über die Kündigung ruhen und beruft sich auf dieselben Zeugen nunmehr dazu, daß er die Arbeit aus gesundheitlichen Gründen überhaupt nicht mehr leisten kann.

Zusammenfassend möchte ich sagen, davon überzeugt zu sein, daß die Einstellung der Teilnehmer an einem Solidarsystem die entscheidende Grundlage für dessen richtiges Funktionieren ist.

Selbstverständlich müssen dringend Verbesserungen gesucht und eingeführt werden. Diskutiert werden der Umfang der versicherten

Leistungen, Begrenzer, Selbstbehalte, ein Markt im Gesundheitswesen, wirksame Kontrollen etc.

Das beste System wird aber versagen, wenn zu viele einen schlechten oder extrem seine Schwächen ausnützenden Gebrauch davon machen, wenn die Verfahren unnötig vermehrt und verlängert werden. Eine besondere Verantwortung haben die Ärzte als Gutachter oder bei Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit. Vertrauen auf die Richtigkeit der Angaben des Patienten wird dafür nicht ausreichen. Ein zumutbarer Kostenbeitrag des Versicherten zu den Verfahren könnte helfen, deren unnötige Ausdehnung zu vermeiden. Dies könnte denen zugute kommen, die eine rasche Erledigung besonders brauchen. Das Vertrauen in die gesamte Abwicklung könnte wieder steigen und die Bereitschaft zur Solidarität zunehmen, wenn die allgemeine Überzeugung bestünde, daß die Leistungen nur berechtigt in Anspruch genommen werden. Derzeit werden wesentlich höhere Krankenstände in Großbetrieben in Anspruch genommen als in Kleinbetrieben, mehr in Großstädten als in Kleinstädten. Ein gerechter, fairer, solidarischer Gebrauch von Sozialleistungen, eine gewissenhafte, korrekte und vertrauensweckende Abwicklung würde auch zur finanziellen Sanierung beitragen. Damit könnte das so wichtige Sozialsystem weiter allen zur Verfügung stehen.

Dr. Johannes STÖGER, Vizepräsident des Wiener Arbeits- und Sozialgerichtes, 1082 Wien, Wickenburggasse 8.

„Medikamente für den Lebenswandel“

Es begann mehr zufällig anlässlich einer Blutspende beim Roten Kreuz. Bei dem Mitt-Dreißiger wurde ein deutlich erhöhter Blutdruck festgestellt und dem Mann ein Arztbesuch nahegelegt. Bei der ersten Befundaufnahme zeigt sich ein 127 Kg schwerer und 182 cm großer Patient mit einem Ruhetonus von 230/120. Die Stoffwechselproben deuten auf eine Hyperuricämie und eine Hyperlipidämie des Typ IV nach FREDERICKSON. Alkoholgenuß verneint der als begeisterter Kraftfahrer beruflich tätige Patient, gibt aber zu, 20-60 Zigaretten pro Tag zu rauchen, denn es sei ihm auf den langen Fahrten und zuweilen bei Stehzeiten an den Grenzen oft langweilig und zudem verscheuchten die Zigaretten Müdigkeit und Appetit. Während des Erstgesprächs wird dem Patienten seine gefährliche gesundheitliche Lage vor Augen geführt, drohender Herzinfarkt, Schlaganfall und Zuckerkrankheit werden erwähnt und ihm erklärt, daß eine kontrollierte Gewichtsabnahme und Nikotinverzicht für ihn fürs erste das Wichtigste wären. „Aber, Herr Doktor“, kommt es ihm über die Lippen, „wie stellen Sie sich das vor? Bei meinem Beruf: Nachtfahrten, Streß, Gasthausessen – was kann i dafür! Sie müssen mir was geben, wenn’s glauben, daß i krank bin. Weh tut mir ja nix“. Da auf Grund dieser Aussage eine nachhaltige Änderung des Lebenswandels nicht möglich schien, erhielt der Patient eine Tablettenkombination gegen seinen Bluthochdruck, sowie eine Medikation für die Stoffwechselstörung.

Mehrere Versuche mit unterschiedlichen Medikamenten waren nötig, um ein befriedigendes Ansprechen der Therapie zu erreichen. Da der Patient aber die Medikamente immer wieder aussetzte und nicht zu den vorgesehenen Kontrolluntersuchungen erschien, blieb letztlich auch der medikamentösen Therapie ein nachhaltiger Erfolg versagt. Nach einigen Monaten schließlich konnte der Patient zu einem Tabakverzicht motiviert werden, mit dem Erfolg freilich, daß das Körpergewicht jetzt gänzlich außer Kontrolle geriet. Auf Grund dieser Schwierigkeiten wurde nunmehr ein Kurantrag für ein Herz-Kreislaufzentrum gestellt und prompt bewilligt. Unter den Bedingungen des Kurheilverfahrens gelang es, den Blutdruck des Patienten auf normale Werte einzustellen, die Stoffwechselstörung auszugleichen und eine deutliche Gewichtsabnahme zu erreichen. Der Patient wurde angewiesen, die erprobten Terrainkuren und die erlernte Diät auch zu Hause fortzusetzen. Während der ersten Monate nach dem Kuraufenthalt konnte der Patient noch einige weitere Kg abnehmen und hielt auch an seinem Nikotinverzicht fest, auf Grund der belastenden Arbeitsbedingungen aber kam es bald wieder zu einer mangelhaften Compliance bei der Medikation mit Verschlechterung der Blutdruckwerte. In der letzten Zeit hat der Patient auch wieder an Gewicht zugenommen und es droht sich derselbe Zustand einzustellen, wie er vor dem Kuraufenthalt gewesen war.

Kommentar zum Fall: „Therapieversager und Gesundheitspflicht“

Michael PEINTINGER

WER hat nicht schon so einen ähnlichen Fall in der eigenen Praxis erlebt, hat nicht – je nach Temperament – zähneknirschend, frustriert oder achselzuckend zur Kenntnis nehmen müssen, daß das – ich unterstelle einmal! – beste und umfassendste Aufklärungsgespräch, der volle Einsatz empathischer Fähigkeiten, die Berufung auf Statistiken und die Beschreibung von „worst case“-Szenarien von Patienten ebenso geduldig zustimmend aufgenommen wie anschließend konsequenzlos unterlaufen wurde! Wer hing nicht nach abendlichem Ordinationsschluß geheimen paternalistischen Phantasien zur Bekehrung solcher „Therapieversager“ nach! Doch wie jedes Problem zeigt auch dieses wesentlich mehr Facetten als Therapieineffizienz und die mögliche Frustration des Therapeuten. Es seien daher anhand dieses konkreten Falles einige der vielen möglichen Reflexionen zur ethischen Problematik vom Standpunkt des Patienten und des Mediziners sowie – als alles Umhüllende und Bedingende – aus gesellschaftlicher Sicht durchgeführt.

I. Der Patient:

Zunächst soll durchaus darauf verwiesen werden, daß die Handlung des Patienten, die schließlich zur Diagnosefindung führte, sozial war: Als Akt der Solidarität spendet er Blut (wobei wir eigennützige Motive, die gelegentlich zu solcher „Freiwilligkeit“ führen, z.B. Gewährung eines freien Tages für Grundwehrdiener ausklammern!). Diese Interpretation mag dann zum Tragen kommen, wenn später-

hin womöglich vorschnell von mangelnder gesellschaftlicher Solidarität mit der Gemeinschaft (Erhöhung des finanziellen Aufwandes der Allgemeinheit für eine zukünftige eventuelle Krankheits-Therapie) gesprochen werden sollte.

Auch im Verlauf des Erstgesprächs muß die Ehrlichkeit des Patienten durchaus gewürdigt werden, wenn er seine fehlende Krankheitseinsicht („Weh tut mir ja nix“) ebenso wenig verschweigt wie sein Gefühl, daß angesichts seines Berufes eine Änderung der Lebensweise nicht vorstellbar ist. Wie viele Patienten neigen in solchen Situationen viel eher dazu, zuzustimmen, um auf diese Weise das Gespräch ohne Widerstand auslaufen zu lassen!

Ebenso darf die anfänglich bestehende und offenbar durch Monate aufrechterhaltene Kooperationswilligkeit nicht übersehen werden: „Mehrere Versuche mit unterschiedlichen Medikamenten zur befriedigenden Einstellung“ bedingen zunächst die vom Arzt bestätigte grundsätzliche Befolgung der Therapie (sonst wäre der unbefriedigende Wirkungsgrad der zuvor verordneten Tabletten aufgrund mangelnder Einnahme nicht verifizierbar gewesen!), zweitens beweisen sie die Einhaltung von Kontrollen und Arztterminen, ohne die der Umstieg auf eine andere Kombination wohl kaum sinnvoll bewerkstelligt worden wäre.

Interessant ist ferner festzustellen, daß nach geraumer Zeit laufender Therapieversuche der Patient sogar noch willens ist, auf den Tabakkonsum zu verzichten. Neben einem so zu würdigenden positiven Willen zur Sanierung ist auch die Willenskraft festzustellen, derer es zur Durchführung dieses Vorsatzes bedarf!

(Wie dieses Konzept seitens des Therapeuten zu werten ist, soll im Punkt II besprochen werden!)

Schließlich muß hervorgehoben werden, daß sogar nach Ende des erfolgreichen Kuraufenthaltes und der „Anweisung zur Weiterführung der Therapie“ der Patient einige Monate(!) imstande ist, sowohl sein Gewicht zu halten, seinen Nikotinverzicht fortzusetzen und offenbar auch die Tabletteneinnahmen sorgfältig zu befolgen, ehe es zu einer Trendumkehr kam.

II. Der Arzt

Der Rat zu kontrollierter Gewichtsabnahme und Nikotinverzicht – so naturwissenschaftlich richtig und allgemein einleuchtend er ist! – sollte stets mit Rückbezug auf den sozialen Kontext besprochen werden, soll er nicht Gefahr laufen, zu einer farblosen Mahnung zu verkommen.

Gerade in den Ordinationen mag es allzuoft geschehen, daß allgemein formulierte Ratschläge hinsichtlich der Sanierung sozialer Umstände – oft mehr als Aperçu zur Ausstellung eines Rezeptes – gegeben werden, die – wenngleich auch logisch und in sich richtig – so doch zumindest ein wenig weltfremd sind. Im gegenständlichen Fall entspricht der Rat zu weniger Stress, Konsum gesünderen Essens und risikoärmerer Lebensgewohnheiten eher einem frommen Wunsch als einer tatsächlich praktikablen Maßnahme. Hier gilt unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit die Frage, wie realistisch die Forderung ist, bzw. ob eine anschließend sehr schnelle Zuhilfenahme der Modediagnose „mangelnde Compliance“ nicht vielmehr die Kehrseite einer in der Lebensgeschichte des Betreffenden unrealistisch wirkenden „Verordnung“ darstellen kann.

„Mangelnde Compliance“ wäre somit grundsätzlich aus beiderseitiger Sicht der Arzt-Patientenbeziehung zu hinterfragen: Ärztliche Compliance-Defizite, wenn durch ausschließli-

chen Rückbezug auf Fakten und Statistiken ein konstruktiv beratendes Einlassen in die konkrete Lebensgeschichte des kranken Menschen vermieden wird, sowie die mangelnde Compliance des Patienten, wenn er – wiewohl krankheitseinsichtig – an seine Situation adaptierte „Verordnungen“ nicht selbständig in seine Lebensgeschichte zu integrieren vermag und in der Folge kaum mehr praktiziert.

Aufgrund der Erfolglosigkeit eines auf den Alltag zugeschnittenen Therapiekonzeptes (mit Ansätzen zu einer sinkenden Beteiligungswilligkeit des Patienten) wird der Einsatz eines Kurheilverfahrens angestrebt und letztlich durchgeführt. Wenn diese Vorgangsweise möglicherweise als ein „Befreiungsschlag“ aus einer therapeutisch unbefriedigenden Situation gedacht war, erscheint sie jedoch m.E. so, als ob doch bloß eine andere neue Medikamentenkombination versucht würde. Die befriedigende Wirkung der nachfolgenden Kur darf wohl zuallererst in der atypischen Lebenssituation in Kur- und Rehabilitationszentren gesucht werden: So ist der positive Trend in den Blutdruckwerten und die befriedigende Entwicklung der zu Risikofaktoren erhobenen chemischen Serumparameter wohl hauptsächlich auf die Streßminimierung und den Ersatz des Gasthausessens durch die Kurküche zurückzuführen.

Daß sich dieses Konzept unter den „In-vitro-Bedingungen“ einer kurbedingten Lebensweise bewährt, mag kaum verwundern. Um so problematischer erscheint die aus der Fortführungsempfehlung herauszulesende Annahme, ein Erfolg „in vivo“, also unter den Alltagsbedingungen (die letztlich zur Problematik geführt hatten!) sei grundsätzlich zu erwarten! Wenn es auch zweifellos einem Teil der im Rahmen eines Kuraufenthaltes geschulten (vor allem Post-Infarkt-Rehabilitations-) Patienten gelingen mag, die dort erlernten Verhaltensweisen auf lange Sicht fortzuführen, so darf doch davon ausgegangen werden, daß aufgetragene Maßnahmen in der Mehrzahl der Fälle durch

die Wiederkehr des Alltags (inclusive eines ungleichmäßigeren Tagesablaufes) zusehends vernachlässigt werden. Die Kur ohne lerneffektive, langzeitige Wirkung mutiert so zu einer Form gesunden, gesellschaftlich gebilligten (und finanzierten) Urlaubes, auf den – gerade in der jetzigen finanzierungsbedingten Diskussionsphase deutlich – die Menschen aus manchen Gründen sogar einen Anspruch zu haben glauben.

III. Die Gesellschaft

Die Art und Weise, wie die Gesellschaft selbst in diese Problematik eingebunden ist, reicht von der vergleichsweise einfachen Implikation der überwiegenden Kostenübernahme für Medikamente (weshalb die regelmäßige Einnahme und bestmögliche Wirksamkeit auch gefordert werden darf), über die solidarische Finanzierung des Kuraufenthaltes bis hin zur komplexen Problematik der Gesellschaft als mögliche „Mit-Verursacherin“ der vorbestehenden sozialen Bedingungen, die die vielfältigen Formen der Streßantworten auf allen Daseinsebenen des Patienten provozieren. Unausgesprochen, aber ebenso bedeutsam ist das Einwirken gesellschaftlicher Gegebenheiten in das Verhältnis zwischen Patienten und Arzt, selbst wenn letzterer sich in seiner eigenen Verhaltensweise bewußt den augenblicklich vorherrschenden oder zumindest sanktionierten Trends verweigert.

Aus dieser Einbindung versteht sich daher auch die ethische Frage der Gesellschaft, inwieweit sie beispielsweise ihren eigenen Mitgliedern eine Gesundheitspflicht auferlegen könne bzw. dürfe.

Wenn man sich dieser Frage nähert, muß untersucht werden, welcher Argumente sich unsere (demokratische) Gesellschaft gegebenenfalls bedienen könnte, sollte ihr das Recht zur „Verordnung einer Gesundheitspflicht“ zuerkannt werden, da die Charakteristik der Mittel zwei-

fellos einige wertvolle Hinweise auf die Behandlung der Gesamtfrage zu liefern imstande ist, bzw. in der Betrachtung konkreter Auswirkungen auf das gesellschaftliche Zusammenleben Fehlentwicklungen wesentlich nachdrücklicher aufzuzeigen imstande wäre.

Argumentationsstrategien für eine von der Gesellschaft verordnete Verpflichtung, Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit zu erfüllen, basieren zumeist auf Paternalismus, auf Fairneßargumenten und dem Argument des Gesamtnutzens (utilitaristische Argumentation).

IV. Conclusio

Zusammengefaßt soll festgestellt werden, daß in den vielfältigen Auffassungen von privater und staatlicher „Gesundheitspflicht“, die zwischen der Ambivalenz gegenüber öffentlicher Bevormundung und der Resignation über unbeeinflussbare, weil hedonistisch orientierte Einzelinteressen schwanken, daher ein möglicherweise erfolgversprechender *dritter Weg* begangen werden sollte: Die selbsttätige, zunächst nicht eine Pflicht Einzelner einfordernde, sondern als gemeinschaftlichen Auftrag verstandene aktive Gesundheitspflicht des Staates im Rahmen forcierter Bildungsinitiativen!

Diese sollten nicht erst in den höheren Schulstufen vorgesehen werden. Von den Kindergartenjahren angefangen über die Pflichtschulzeit bis hin zum jeweils gewählten Schulabschluß ließen sich altersadäquate Informationen und Gesundheitsauffassungen vermitteln: Vom derzeit bereits gelegentlich praktizierten spielerischen (Kindergarten-)Einstieg in die Zahnhygiene über die – der Verkehrserziehung in den Volksschulen mehr als ebenbürtigen! – Propagierung gesunder Verhaltensweisen bis hin zu naturwissenschaftlich fundierten (und prüfbar!) Kenntnissen (vgl. SLANY) sowie deren praktischen Folgerungen in den höheren (Pflichtschul-)Klassen stünden der Bildungsof-

fensive alle Möglichkeiten offen. Selbstverständlich nicht ohne auch geeignete Mechanismen festzulegen, die der „Übermedikalisierung“ der Gesellschaft nachdrücklich gegensteuern. Dies könnte in Form breitest angelegter Beratergremien verwirklicht werden, in denen Mediziner, Medizinethiker, Pädagogen, Sozialinstitutionen, Gesundheitspolitiker und selbstverständlich auch Kirchen wesentliche Gesundheitswerte und deren didaktische Transportabilität herauszuarbeiten hätten.

Unter Zugrundelegung der dort erarbeiteten Auffassungen wäre der Gesellschaft parallel dazu die Möglichkeit zur (als schwach paternalistisch bewerteten) prohibitiven Steuerung gewisser Werbekampagnen (z.B. Zigarettenwerbung) einzuräumen, zu der sie meines Erachtens angesichts des massiven auch finanziellen Einsatzes zur Durchführung des „dritten Weges“ wohl berechtigt wäre.

Dieser beschriebene didaktische Versuch zur Bildung der Vernunft der nächsten Generation, deren Motivationsfähigkeit ich weitaus weniger pessimistisch beurteilen möchte, als es derzeit in der öffentlichen Meinung geschieht, stellte darüber hinaus, ergänzt durch eine in diesem Bereich engagierter als bisher agierende Kirche, womöglich auch eine Chance zur Entwicklung tragfähiger Handlungs- Alternativen zu jenen sozialen Problemen (z.B. Sterbehilfe, Euthanasie, etc.) dar, die in naher Zukunft noch für umfassende Diskussionen sorgen werden.

Weiterführende Literatur:

1. ALT, Th.: Ethik des Rauchens; in: „Zeitschrift für medizinische Ethik“, 40. Jg 1 1994, S. 41-47;
2. BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F. (Hg): Principles of Biomedical Ethics. New York, Oxford 1989
3. ILLICH, I.: Die Nemesis der Medizin, Hamburg 1987
4. IRRGANG, B: Grundriß der medizinischen Ethik, München, Basel, 1995
5. Katechismus der Katholischen Kirche, Oldenbourg, Benno, Paulusverlag, Veritas 1993 (KKK)
6. MALHERBE, J.-F.: Medizinische Ethik, Echter, Würzburg, 1990
7. MARSHALL, Mary F.: Clinical Reasoning gone wrong. The unholy alliance between health care and criminal justice; Vortrag gehalten bei „Philosophy of the Health Sciences. From Disease Prevention to Health Promotion“: 10th. Annual Conference of the European Society for Philosophy of Medicine and Health Care (in coop. with. IEM, Hans-Jonas-Gesellschaft, 14-17. August 1996)
8. Päpstlicher Rat für die Seelsorge im Krankendienst, Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen, Vatikanstadt, 1995
9. PATZIG, G.: Gibt es eine Gesundheitspflicht? (Originalarbeit) in Zeitschrift: „Ethik in der Medizin“, Bd 1,1 1989; Seite 3-12;
10. RAWLS, J.: Gerechtigkeit und Fairneß. (Ü: J. SCHULTE), Freiburg, München 1977
11. SASS, H.-M.: Ethik und öffentliches Gesundheitswesen, Springer, 1988
12. SCHOCKENHOFF, E.: Die Verantwortung für das eigene Leben: Gesundheit und Krankheit (5. Kapitel); in: S. E.: „Ethik des Lebens“ Mainz, 1993
13. SLANY, J.: „Den Einsatz der Thrombolyse gezielt forcieren.“ in Ärzte-Woche 10. Jg Nr. 29 v. 28. August 1996, S.1-2
14. THEURL E., (Hg), Tödliche Grenzen. Rationierung im Gesundheitswesen. Dokumentenband zum 13. Hochschulkurs aus Gesundheitsökonomik der Österreichischen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie in Zusammenarbeit mit dem Institut für Finanzwissenschaft der Universität Innsbruck. APIS Theorie 4; Alfred & Söhne, Verleger, Meran, 1995
15. VEATCH, R.M.: Lebensstil, Gesundheitsrisiko und Solidarität in: Buch: SASS, Hans-Martin (Hg.): „Medizin und Ethik“, Universal-Bibliothek Nr. 8599 [5]; Stuttgart, 1989; [Orig: Robert M. Veatch: Voluntary Risks to Health: The Ethical Issues. In: Journal of the American Medical Association 243 (4. Januar 1980); S.50-55]

OA. Dr. Michael PEINTINGER, FA f. Anästhesie, Vorsitzender der Ethikkommission des Krankenhauses „Göttlicher Heiland“, Dornbacher Straße 20-28, A-1170 Wien, Mitglied d. Akademie für Ethik in der Medizin, Göttingen, wissenschaftl. Mitarbeiter des Institutes für Ethik in der Medizin, Universität Wien.

Österreichischer Ärztetag 1996: Was darf Gesundheit kosten?

DER Österreichische Ärztetag 1996 (23. Oktober) hat sich der Frage gewidmet: Was darf die Gesundheit kosten?. Politiker, Journalisten, Krankenkassen und Beamte diskutieren seit Jahren über dieses Thema in der Öffentlichkeit, während die Ärzteschaft bis jetzt eher zurückhaltend dazu Stellung genommen hat. Die Angehörigen des medizinischen Berufes, immer noch etwas verblüfft, können nicht fassen, daß man plötzlich Gesundheit mit Geld messen will. Schließlich und endlich sei der Wohlstand, den wir heute haben – so argumentieren sie zurecht – in erster Linie dem medizinischen Fortschritt zu verdanken, der die Menschen von vielen Sorgen befreit hat. Wie kann es möglich sein – fragen sich erstaunt die Ärzte –, daß sich die Gesellschaft nun gegen die Medizin wendet? Der deutsche Philosoph Odo MARQUARD, der unsere Zeit besonders aufmerksam beobachtet, hat dieses nicht nur auf die Medizin beschränkte Phänomen beschrieben: „die Befreiung von Bedrohlichem – gerade sie – läßt das Befreiende bedrohlich erscheinen“, was angewandt auf die Medizin bedeutet, „je mehr Krankheiten die Medizin besiegt, desto größer wird die Neigung, die Medizin selber zur Krankheit zu erklären“.

Es war schon fällig, daß der Ärztetag dieses Thema aufgreift, und es ist sehr angebracht gewesen, daß gleich zwei Experten der Wirtschaftswissenschaft und der Ethik eingeladen wurden. Der international anerkannte Wiener Nationalökonom, Prof. Erich STREIßLER, und der Ethiker Prof. Gerhard LUV, der eigentlich mehr als Rechtsphilosoph einen Namen über die Grenzen unseres Landes hinaus hat, sollten dieses für Ärzte fremde Thema beleuchten. Sicherlich haben die Ausführungen dieser Fach-

leute dazu beigetragen, die Berührungsängste zwischen Ärzten und Ökonomen zu vermindern. Denn es wurde klar gezeigt, daß diese Ängste auf ein Mißverständnis zurückzuführen sind, denn mit der Frage „Was darf die Gesundheit kosten?“ sollen in keiner Weise die großen Verdienste der Medizin und des Fortschritts negiert werden. Alle wollen, daß sie uns erhalten bleiben. Das Problem liegt darin, daß wir jahrelang in der Illusion gelebt haben, mit einer Medizin zu rechnen, die alles kann oder zumindest bald alles können wird, und daß es bei der medizinischen Versorgung keine Ressourcenknappheit gibt. Wir haben unser Versorgungssystem auf diese beiden Illusionen abgestellt und sind alle sehr enttäuscht, wenn wir jetzt daraufkommen, daß weder das eine noch das andere stimmt.

Die Ärzte sind in dieser Frage besonders sensibel, weil sie sie quasi als Mißtrauen der Gesellschaft auffassen bzw. als Auftrag deuten, es billiger zu machen. Hoffentlich hat die Tagung als erstes dazu beigetragen, zu zeigen, daß diese aktuelle Diskussion nicht im geringsten gegen die Ärzteschaft gerichtet ist und daß sie im Gegenteil dazu aufgerufen ist, einen wichtigen Beitrag zur ökonomischen und politischen Frage zu leisten. Denn diese Frage, auch wenn sie in erster Linie ökonomisch und politisch ist, geht den Arzt besonders an.

Prof. STREIßLER bringt die Fragestellung auf den Punkt: „Der größte Erfolg der modernen Medizin wird zu ihrer größten Bedrohung. Das ist die Zunahme des Altenanteils der Gesellschaft. Die Kosten der Altenerhaltung steigen viel rascher als die Sozialprodukte. Die Medizin und die Mediziner haben in der jüngeren Zeit die wirtschaftlichen Knappheitsgrenzen

hinausgeschoben; doch jetzt werden sie zunehmend durch die dadurch geschaffene Überalterung der Bevölkerung und die wirtschaftlichen Kosten der Altersversorgung ökonomisch beschränkt. Dadurch wird aber die medizinische Versorgung auch zum ökonomischen Problem, das nicht gelöst werden kann, wenn es einfach negiert wird“. „Auch in der Medizin gilt das ökonomische Gesetz der abnehmenden Ertragszuwächse“, d.h. daß jede zusätzlich eingesetzte Mitteleinheit einen Ertrag bringt, der geringer ist als der letzte. „Bis etwa 65 ist die Lebenserwartung ohne großen ökonomischen Aufwand leicht zu erhöhen. Die weiteren Jahre werden progressiv teurer. Laut Statistik fällt in den reichen Ländern etwa die Hälfte der Kosten aller medizinischen Aufwendungen im letzten Jahr des Lebens der Patienten an“. Die Hälfte der Kosten der medizinische Versorgung im letzten halben Jahr!

Man darf sich nicht wundern, daß der ökonomische Diskurs auch in der medizinischen Versorgung nun voll Eingang findet, denn im Wertesystem der materialistischen Gesellschaft – so STREIßLER – sei das Leben das höchste Gut und die Gesundheit das zweithöchste. „Die Verabsolutierung des Lebens ist nicht christliche, sondern materialistische Lebensauffassung“.

Prof. STREIßLER erläuterte, daß sich die ökonomischen Schranken durch bessere Organisation, d.h. Rationalisierung der Mittelverwendung hinausschieben lassen. Aber darüberhinaus werden zusätzliche Mittel notwendig. Das österreichische System wird in Richtung öffentlicher Grundversorgung gehen und die Finanzierung einer darüber hinausgehenden Versorgung zunehmend privat sein müssen.

In seinem Referat hat Professor LUV rechtsethische Überlegungen zur Verteilungsgerechtigkeit im Bereich der modernen Medizin angestellt. Die Knappheit der Ressourcen zwingt zu dieser Fragestellung. In der Rechtsphilosophie

sei es aber nicht möglich, über den Gerechtigkeitsbegriff zu einer einheitlichen Vorstellung zu kommen. Man könne verschiedene Zielvorstellungen thematisieren, die allerdings teilweise in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen.

In der Rechtstheorie gibt es nun die Tendenz, die Konfliktsituationen dadurch zu lösen, indem Modelle (konkrete Verteilungsregeln) im Wege einer Konsensfindung entwickelt werden. Ein solches Modell ist jenes von ENGELHARDT, das bei der Verteilung von Ressourcen je eine obere und untere Diskussionsebene im Bereich der Makro- (Verteilung innerhalb der Volkswirtschaft) und der Mikroallokation (innerhalb des einzelnen Betriebes) vorsieht.

Prof. LUV sprach auch andere kontroversielle Themen unserer Zeit an, wie z.B.: Ist es vertretbar, daß die Gemeinschaft der Steuerzahler auch die Folgen von selbstverschuldeten Gesundheitsrisiken mitträgt? Oder wird hier die Grenze der Solidarität überschritten und der einzelne daher verpflichtet, für die durch seine riskante (Extremsportarten) oder ungesunde Lebensweise (Raucher, Alkohol- oder Drogenabhängige) entstehenden Kosten selbst einzustehen? Die Diskussion ist im Gange und obwohl die Forderung nach mehr persönlicher Verantwortung im Gesundheitssystem an Gewicht gewinnt und noch stärker gewinnen wird, bergen manche Vorschläge die Gefahr, den einzelnen schnell zu entmündigen.

In der darauffolgenden Diskussion, an der sich Prominente des Österreichischen Gesundheitssystems beteiligten, zeigte sich, daß die Einsicht der Ärzteschaft für die ökonomischen (Optimierung der Allokation der Ressourcen) und ethischen (Verteilungsgerechtigkeit) Fragen sehr groß ist und daß es eine allgemeine Bereitschaft gibt, in dieser Diskussion einen wesentlichen Beitrag zu leisten.

Enrique H. PRAT

Symposium über die Enzyklika EVANGELIUM VITAE und das Recht

Vom 23. bis zum 25. Mai 1996 fand im Vatikan ein international konzipiertes Symposium über die Bedeutung der Enzyklika EVANGELIUM VITAE für Rechtsleben und Jurisprudenz statt. An der Veranstaltung nahmen die Kardinäle AGUSTONI, LARGHI, RATZINGER, STICKLER und TRUJILLO teil. In einem packenden Eröffnungsreferat setzte sich Bischof CAFFARRA mit der Bedeutung der Wahrheitsfrage für die Enzyklischen Veritatis Splendor und EVANGELIUM VITAE sowie mit den Verbindungslinien zwischen diesen beiden Dokumenten auseinander. Professor Pedro SERNA BERMÚDEZ von der Universität Pamplona (Spanien) würdigte die Enzyklika EVANGELIUM VITAE als wichtigen Beitrag zur „Zivilisierung des Rechts“. Mit den diskriminatorischen und auf Selektionen zielenden Elementen der Gentechnologie und der artifiziellen Fortpflanzung setzte sich Professor O'CONNOR MOORE von der Universität Manchester auseinander. Theo MAYER-MALY gab einen Überblick über die Einbrüche in den Lebensschutz, die in den meisten europäischen Staaten erfolgt sind. Dabei wies er darauf hin, daß die Höchstgerichtbarkeit ebenso viel zu verantworten habe wie der Gesetzgeber. Eine ethisch-kulturelle Analyse der den Lebensschutz durchbrechenden Gesetze legte Professor Tadeusz STYCZÉN von der katholischen Universität Lublin (Polen) vor. Die Teilnehmer des Symposiums wurden vom Heiligen Vater am 24. Mai 1996 zu einer Audienz empfangen. Der Papst hielt eine Ansprache, in der er zur Beendigung der künstlichen Produktion menschlicher Embryonen aufrief. Der Text die-

ser Ansprache wurde im „Osservatore Romano“ auf S. 1 der (italienischen) Ausgabe vom 25. Mai 1996 veröffentlicht.

Die Organisatoren des Symposiums, allen voran Erzbischof Julian HERRANZ als Präsident des päpstlichen Rates für die Interpretation legislativer Texte, hatten erfreulich viel Zeit für Diskussionen reserviert. Diese wurden freundschaftlich, aber durchaus kontrovers geführt. Insbesondere gingen die Meinungen über den Wert der deutschen Beratungs„lösung“ erheblich auseinander. Die Beiträge zum Symposium werden demnächst von der Libreria Editrice Vaticana in englischer Sprache veröffentlicht. Bei dieser Gelegenheit sei erwähnt, daß Professor Ramon LUCAS LUCAS von der Gregoriana in der spanischen Biblioteca de Autores Cristianos soeben einen vorzüglichen Kommentarband zur Enzyklika („Commentario interdisciplinar a la 'EVANGELIUM VITAE'“) herausgebracht hat.

Holländische Euthanasiegesellschaft sammelt Beschwerden

Die NVVE, die niederländische freiwillige Euthanasiegesellschaft erhielt innerhalb einer Woche 600 Telefonanrufe, nachdem via Fernsehen eine Telefonnummer eingerichtet worden war, die Betroffenen die Möglichkeit geben sollte, Probleme, welche im Rahmen von Euthanasie auftreten, zu artikulieren. Die NVVE möchte damit zur offiziellen Untersuchung der Euthanasieproblematik von Regierungsseite her ein Gegengewicht bilden.

Ein Viertel der Anrufer beklagten, daß ihre Ärzte nicht auf ihre Wünsche eingehen. Ein weiteres Viertel gab an, daß ihre Ärzte ihnen zwar versprochen hätten, beim

Selbstmord zu helfen, es danach aber unterlassen hätten. Weitere 25% berichten über Kommunikations- und Kooperationsprobleme zwischen mehreren behandelnden Ärzten. Die übrigen waren Krankenhauspatienten. Sie beschwerten sich über Ärzte, die sich ihrer Meinung nach hinter Protokollen, Kollegen und Vorgesetzten versteckten, um sich nicht an einer Euthanasie beteiligen zu müssen.

Der NVVE Pressesprecher Jone BOESJES sagte, daß einige Personen, meist Patienten im terminalen Krebsstadium, leiden müßten, weil in der Niederschrift der NVVE Euthanasiedeklaration keine Garantie für die Kooperation der Ärzte gegeben wird. Er meinte zudem, daß die Politik des Justiz- und des Gesundheitsministers auf der Auswertung breitangelegter Studien beruhe, die vor allem von Ärzten und Rechtsexperten durchgeführt werden. Es sei daher undenkbar, auf die Miteinbeziehung der Ansichten der Patienten zu verzichten.

Die von Regierungsseite angelaufene Untersuchung hat vor allem zum Ziel, die Dunkelziffer der durchgeführten Euthanasien aufzuheben. Die Resultate beider Studien werden im Dezember veröffentlicht.

The Lancet, Vol. 348, Oct. 5, 1996

„Posthume“ Befruchtungen verstoßen gegen Naturrecht

Der „Osservatore Romano“ hat sich in einem Artikel gegen künstliche Befruchtungen, bei denen Samen, bzw. Eizellen eines inzwischen Verstorbenen verwendet werden ausgesprochen. Diese Haltung gründe auf dem Naturrecht.

Auslöser für die Stellungnahme war ein Fall in England. Dort lehnte ein Gericht den Wunsch einer

Frau nach Befruchtung mit den tiefgefrorenen Samenzellen ihres verstorbenen Mannes ab, weil dieser keine testamentarische Verfügung hinterlassen hatte. In den USA ist ein ähnlicher Schritt jedoch legitim...

Das Einfrieren von Ei- oder Samenzellen zum Zweck einer späteren oder gar posthumen Verwendung stehe im Gegensatz zum christlichen Verständnis von Ehe und Weitergabe des Lebens.

Und weiter, ein Kind habe ein Recht, von lebenden Eltern gezeugt, empfangen und erzogen zu werden, und nicht von toten.

Kathpress, Nr. 243, 18.10.1996

Minimierung der Risiken bei Xenotransplantation

Um zu verhindern, daß dem menschlichen Organismus durch Xenotransplantation (Transplantation von Tierorganen) eventuell neue, vielleicht sogar tödliche Keime zugeführt werden, hat das US-Department of Health und Human Services in Zusammenarbeit mit der Food and Drug Administration (FDA) den Centers for Disease Control and Prevention und den National Institutes of Health einen neuen Richtlinienkatalog erarbeitet.

Darin wird zum Beispiel empfohlen, daß die Tiere, die zur Xenotransplantation herangezogen werden, von Forschern und Ärzten genauestens untersucht werden sollen. Damit reagiert man auf die Haltung des Institutes of Medicine, das Anfang des Jahres dafür eingetreten war, die Xenotransplantation, ohne große Rücksicht auf die damit verbundenen Risiken voranzutreiben. Weiters rät man dazu, biologische Proben vom Spender tier als auch vom Empfänger zu archivieren, um spätere Forschungen zu ermöglichen.

Xenotransplantationsprodukte

wie Tierorgane oder Zellen werden bereits von der FDA kontrolliert. Forscher oder Firmen, die damit experimentieren wollen, müssen zuerst die Erlaubnis der FDA einholen.

The Lancet, Vol. 348, Oct. 5, 1996

Erste Anwendung des australischen Euthanasiegesetzes

Northern Territorys: Vor kurzem wurde unter völlig legalen Bedingungen Euthanasie an einem Patienten vollstreckt. Er war der erste Mensch auf der Welt, der in einem Staat, der die Euthanasie total legalisiert hat, durch eine computergesteuerte Injektionsapparat getötet wurde. (In Holland ist Euthanasie auf dem Papier ja nach wie vor strafbar, wenngleich die Praxis, nämlich mindestens 3500 Euthanasietote pro Jahr den Alibi charakter des Verbots auf erschütternde Weise entlarvt. Anm. der Redaktion)

Der Tod des Mannes hat nun eine Debatte über einen Gesetzesentwurf entfacht, der der Bundesregierung die Möglichkeit gibt, die Gesetze der Territorys zu übergehen. Der Entwurf wird sowohl vom Premierminister als auch von der Bundesopposition unterstützt.

The Lancet, Vol. 348, Oct. 5, 1996

Alkohol und andere Drogen: Studie im UK

In einer landesweiten englischen Studie über Studenten im zweiten Studienjahr wurde deren Bereitschaft zu Alkohol, Cannabis und anderem Drogenkonsum wissenschaftlich untersucht. Dabei zeigte sich, nicht ganz überraschend, eine verhältnismäßig hohe Bereitschaft sowohl zum Alkoholexzess als auch zum Experimentieren mit unerlaubten Drogen. Der wichtigste Grund zu trinken ist nach Angabe

der Studenten das Vergnügen. Stress, Ängstlichkeit oder sozialer Druck wurden weniger wichtig als Auslöser eingestuft.

60% der Männer und 55% der Frauen der 3075 Studenten umfassenden Studie gaben an, Cannabis konsumiert zu haben. 20% gaben an, es kontinuierlich (wöchentlich oder öfter) zu sich zu nehmen. Dies bestätigt den wachsenden Cannabiskonsum von Studenten, der in vorangehenden Studien schon festgestellt wurde. Gesundheitlicher und sozialer Abstieg sind heute im Zusammenhang mit Cannabiskonsum feststellbar. Zudem nehmen Cannabiskonsumern sehr häufig auch andere Drogen, wie LSD, Amfetamine, Ecstasy und Amyl-Butylnitrate zu sich.

Ähnlich wie beim Alkohol nimmt man auch die anderen Drogen, weil es Spaß macht. Drogenkonsum ist sozusagen eine alltägliche Handlung geworden. In der Studie konnte keine Korrelation zwischen persönlichen Sorgen und Drogenkonsum gefunden werden.

Die Ergebnisse geben jedenfalls Grund genug, die Aufklärung und Information über Drogen an den Universitäten zu intensivieren.

The Lancet, Vol. 348, Oct. 5, 1996

Protest gegen RU 486

Die kanadische Regierung überlegt die Genehmigung klinischer Tests der Abtreibungspille RU 486. Im Namen der katholischen Bischofskonferenz schreibt der Erzbischof von Kingston an den kanadischen Gesundheitsminister: „Mit äußerstem Nachdruck protestieren wir gegen die Einführung des Präparates in Kanada.“ Die Regierung würde somit „eine aktive Rolle in der Förderung der Abtreibung“ übernehmen, und „das Gewissen und die religiösen Gefühle von Millionen Kanadiern verletzen.“ Weiters

forderte er die Regierung auf, sich um die Förderung echter moralischer Werte zu kümmern, die auf dem Respekt vor dem Leben basieren. In den USA erhielt das umstrittene Präparat auf den Antrag der Familienplanungsorganisation „Population Council“ erst heuer eine behördliche Genehmigung. Ansonsten bekommt man das Präparat nur in Frankreich, Schweden, Großbritannien und China.

Kathpress, 264, 13.11.1996

Redeverbot für Ärzte

83% aller amerikanischen Ärzte sind durch einen Vertrag an die Gesundheitsversicherungen, gebunden. Daraus entsteht die Gefahr für einen Mißbrauch. Jenen Ärzten wird nämlich verboten, ihre Patienten über jene medizinischen Behandlungen zu informieren, welche die Versicherungsgesellschaft nicht bezahlen will. Somit ist den Ärzten die Redefreiheit genommen und den Patienten ihr Recht auf Information. Die Patienten setzten aber voraus, daß der Arzt nur für sie arbeitet. In den USA herrscht großteils die Ansicht, daß einerseits die Versicherungsgesellschaften vorrangig um das Wohl der Patienten besorgt sind, daß andererseits aber der Markt die medizinische Versorgung bestimmt. Daß das aber keine optimale Gesundheitsvorsorge möglich macht, ist offensichtlich. Der Kongreß berät nun über Ge-

setzesvorlagen, um diese Klauseln zu verbieten.

The Lancet, Vol 348, Oct. 5, 1996

Tod durch Infektionskrankheiten infolge sozialer Ungeschütztheit

Infektionskrankheiten sind weltweit bei weitem die häufigste Todesursache. Bemerkenswert ist ein 50% Anstieg von tödlichen Infektionskrankheiten zwischen 1980 und 1992 in den USA, aber auch in anderen Ländern. Eine Studie, über Alkohol- oder Drogenabhängige ergab, daß mehr an Infektionskrankheiten, vor allem AIDS und Tbc, verstarben. Das gemeinsame Auftreten von Tbc und AIDS verursacht eine gegenseitige Erhöhung der Virulenz. HIV und Tbc breiten sich vorzugsweise in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen aus.

Die oben genannte Studie ist eine neuerliche Bestätigung, daß die sozial Schwächsten das größte gesundheitliche Risiko tragen. Es ist daher eine stete und sehr schwierig zu erreichende Verpflichtung öffentlicher Gesundheitsbehörden jenen die Versorgung zukommen zu lassen, die sie am notwendigsten brauchen.

NEJM, Vol 334, 28.März, 1996

Zwangsabtreibung

Einer schwangeren Frau aus China, die legal in Österreich lebt,

droht nun eine Zwangsabtreibung in ihrem Heimatland. Die Frau, die ihr drittes Kind erwartet, wurde von den österreichischen Behörden nach China geschickt, um sich dort einen gültigen Reisepass ausstellen zu lassen. Jetzt wird ihr dort die Rückreise nach Österreich verweigert und außerdem hat man sie in einem Schreiben zu einer Abtreibung aufgefordert. Wörtlich heißt es dort: „Als zweifache Mutter sind sie jetzt wieder schwanger geworden. Das widerspricht der Politik der Familienplanung und kann nicht geduldet werden. So werden Sie hiermit amtlich aufgefordert, innerhalb eines Monats im Spital der Kreisstadt die Abtreibung durchführen zu lassen. Andernfalls wird das Büro für Familienplanung unserer Dorfgemeinde Sie mit Gewalt ins Spital bringen, um dort die Abtreibung durchzuführen. (...) Falls Sie deswegen flüchten, müssen Ihre Eltern die ganze Schuld übernehmen und werden dafür bestraft werden. Überdies würde eine Flucht eine Reihe von anderen katastrophalen Folgen haben. Seien sie vorsichtig“. In China werden Abtreibungen bis zum 9. Monat durchgeführt.

Die Flüchtlingshilfe der Katholischen Aktion der Erzdiözese Wien versucht nun, eine rasche Lösung zu finden, damit diese Frau ihrem Schicksal entgeht.

Kathpress 27.11.1996

THE JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY. A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine. Dordrecht / Boston / London. Bimestrale Zeitschrift in Englisch.

Vol.21 No.5 October 1996

ANNE DONCHIN: Feminist Critiques of New Fertility Technologies: Implications for Social Policy; LAURA M. PURDY: What Can Progress in Reproductive Technology mean for Women?; SUSAN SQUIER: Fetal Subjects and Maternal Objects: Reproductive Technology and the New Fetal/Maternal Relation; MELINDA A. ROBERTS: Human Cloning: A Case of no Harm Done?

REVISTA CUADERNOS DE BIOETICA. Santiago de Compostela, Spanien.

Quartalsschrift in Spanisch.

Vol.V No.26, 2a 1996

Tema de Estudio: Atención Médica a Pacientes Terminales

J.M.MARTINION, I.MARTINEZ SOTO, J.COUCEIRO, L.SANCHES, A.MIGUEZ, A.RODRIGUEZ-NUNEZ: Algunas reflexiones sobre ética en Cuidados Intensivos Pediátricos; CARLOS CENTENO CORTES, JUAN M.NUNEZ-OLARTE: Cuestionar la revelación del diagnóstico a los enfermos oncológicos en situación terminal: estudio prospectivo con evaluación de las respuestas de los pacientes; CARMEN V.RODRIGUEZ GOMEZ, MA.ANTONIA FERNANDEZ LAMELAS: Valores en el enfermo oncológico; BEATRIZ BOYERO GONZALEZ: Ética de la relación enfermo terminal entorno familiar; SERGIO CECCHETTO: La enfermedad mortal; CALIXTO MACHADO CURBELO: La muerte en el ser humano. Colaboraciones: FILOSOFIA: URBANO FERRER: La dignidad y el sentido de la vida; MEDICINA: AURELIO CASTILLA: El secreto médico.

ETHICS & MEDICINE. An International Christian Perspective on Bioethics. Bannockburn, IL, USA, London GB.

Quartalsschrift in Englisch.

12:2, 1996

AGNETA SUTTON: Comment; STEPHEN WILLIAMS, M.A., PH.D.: Life Without Hippocrates: the Vision of Nietzsche; AGNETA SUTTON: The British Law on Assisted Reproduction: A Liberal Law by Comparison with Many Other European Laws; BRUCE A.LITTLE, D.MIN.: Philosophical Considerations for Christian Ethics.

ACTA PHILOSOPHICA. Rom, Italien.

Quartalsschrift in Italienisch.

Vol.5 (1996), Fasc.2 Luglio/Dicembre

Studi: JUAN MANUEL BURGOS: Weber e lo spirito del capitalismo. Storia di un problema e nuove prospettive; MARIANO FAZIO: Il singolo kierkegaardiano. Una sintesi in divenire; MICHELE MARSONET: I rapporti tra scienza e metafisica; MIGUEL PÉREZ DE LABORDA: Sujeto, propio y esencia: el fundamento de la distinción aristotélica de modos de predicar; IGNACIO YARZA: Ética y dialéctica. Sócrates, Platón y Aristóteles;

Note e commenti: ATONIO MALO: Il desiderio; precendenti storici e concettualizzazione platonica; GABRIEL J.ZANOTTI: El problema de la „Theory Ladennes“ de los juicios singulares en la epistemología contemporánea;

ANTHROPOTES. Rivista ufficiale del Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia. Città del Vaticano, Italien. Halbjährliche Zeitschrift in Italienisch.

Anno XI, n. 2 – Dicembre 1995

Sommario: Annuncio della nomina di S.E.Carlo Caffarra; Lettera del Santo Padre a S.E.Carlo Caffarra; A.SCOLA: Continuità e crescita; M.CAMISASCA: Il primo annuncio all'Istituto; Editoriale; Sommari; A.SCOLA: Crisis de la libertad, familia y evangelio de la vida; L.MELINA: Dalla Veritatis splendor all'EVANGELIUM VITAE;

F.D.AGOSTINO: La vita e il diritto: l'EVANGELIUM VITAE letta da un giurista; G.GRISEZ: The Christian Family as Fulfillment of Sacramental Marriage; M.F.ROUSSEAU: Fairest Love: Pope John Paul II on the Family; P.J.MILLER: Marriage: The Sacrament of Divine-Human Communion, Notes on St.Bonaventure's Theology of Marriage; V.SIRET: La place libre, signe du pardon; D.BIJU-DUVAL: Statut métaphysique de la subjectivité et de l'interiorité humaines.

Nota critica: J.J.PEREZ: Soba del Corral, Conciencia y amor; J.F.KEENAN: Un intento de diálogo moral con Santo Tomàs;

In Rilievo: T.STYCZEN: La libertà vive die verità. Intorno all'Enciclica Veritatis Splendor (I parte);

Vita dell'Istituto: A. Situazione dei titoli di studio; B. Attività scientifiche.

ETHIK IN DER MEDIZIN. Berlin, BRD.

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch.

Band 8, Heft 3 1996

JOCHEN VOLLMANN: Todeskriterien und Interessen bei der Organentnahme. Ein Plädoyer für eine patientenorientierte Interessenabwägung in der Transplantationsmedizin; MANFRED OEHMICHEN: Ethik in der Medizin: Rechtsmedizinisches Wissen als integrativer Teilaspekt im Unterricht; GERD RICHTER: Mitochondriale Erkrankungen und deren mögliche Beeinflussung auf

genetischer Ebene: Eine sachliche Orientierung als Voraussetzung für eine ethische Beurteilung.

HASTINGS CENTER REPORT. New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in Englisch. Volume 26 Number 5 September-October 1996

Articles: RUTH FADEN: The Advisory Committee on Human Radiation Experiments: Reflections on a Presidential Commission; JONATHAN D. MORENO: „The only Feasible Means“; The Pentagon's Ambivalent Relationship with the Nuremberg Code; NANCY E. KASS, JEREMY SUGARMAN, RUTH FADEN and MONICA SCHOCK-SPANNA: Trust: The Fragile Foundation of Contemporary Biomedical Research; ROBERT A. BURT: The Suppressed Legacy of Nuremberg; Features: JOSEPH PALCA: Capital Report - Scientific Misconduct: III. Defined, Redefined; CHRISTOPHER K. DAUGHERTY and GAIL GELLER: Case Study - Hope and the Limits of Research; ALEXANDER MORGAN CAPRON: At Law - Between Doctor and Patient; ERIC M. MESLIN: Review - Adding to the Canon: The Final Report; MICHAEL A. GRODIN: Review - The Japanese Analogue; SUSAN M. REVERBY: Review - Everyday Evil.

MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.

1996/4

Editoriale, Affari privati e pubbliche virtù; E. SGRECCIA, A. G. SPAGNOLO: L'insegnamento di bioetica nel Corso di laurea in Medicina e Chirurgia; D. VOLTAS: Algunas consideraciones éticas en torno al concepto „calidad de vida“ como criterio para la asignación de recursos sanitarios; A. W. CAPPELLA, E. GIACCHI, G. POMPA, C. CASTAGNA: Metodi naturali e cultura della vita. Valutazione di un'esperienza di insegnamento; A. BOMPIANI: L'assistenza sanitaria agli immigrati e il contributo dell'Ospedale „Bambino Gesù“.

Dal Magistero del Santo Padre:

I. Giovanni Paolo II: La ricerca scientifica è di grande beneficio per l'umanità quando sintetizza e consolida le conoscenze derivanti da altre fonti quali la letteratura, la filosofia e la teologia;

II. Il Papa: Le famiglie devono essere messe in grado di sconfiggere quel diffuso ordine di valore che disgrega i diritti umani e nega la santità della vita

Dalla Santa Sede

I. Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari: Carta degli Operatori Sanitari

II. Dichiarazione finale del Simposio internazionale su „EVANGELIUM VITAE e Diritto“

Dal Magistero Episcopale

Vescovi cattolici canadesi: La vita e la morte in una comunità compassionevole

Dai Comitati di Etica

I. Comitato etico dell'Università Cattolica: Raccomandazione riguardo alla inclusione delle donne in età fertile nei protocolli di sperimentazione clinica

II. Italia: Comitato Nazionale per la Bioetica: Parere sull'eticità della terapie elettroconvulsivante.

Dai Centri di Bioetica

Italy. Center of Bioethics. Catholic University of Sacred Heart: „Against experimentation on human embryos“

Dai mezzi di informazione

Eugenetica democratica

Notiziario

Simposio internazionale su „EVANGELIUM VITAE e Diritto“

Recensioni

LUCAS LUCAS R., Comentario Interdisciplinar a la „EVANGELIUM VITAE“ (E. Postigo Solana)

Dalla Letteratura Internazionale

Congelare ovociti invece che embrioni: quali problemi rimangono? Regolazione naturale della fertilità: tra antichi pregiudizi e nuove conoscenze; Assistenza spirituale ai malati di cancro.

CHAOS IM KOPF**CHAOSTHEORIE – ein nichtlinearer Weg
für Medizin und Wissenschaft**

Karl TOEFL

Verlag Wilhelm Maudrich, Wien – München –
Bern 1995

ISBN 3-85-175584-7

Nachdem es zuletzt wieder ein bißchen ruhiger um die Chaostheorie geworden war, ist nun ein Buch erschienen, das chaostheoretische Erkenntnisse für die klinische Diagnostik und Therapie umsetzen möchte, dem Fachgebiet des Autors entsprechend speziell in der Kinderneuropsychiatrie.

Das Titelbild zeigt das Gesicht des Hippokrates, in dessen Gehirn ein bunter Wirbelwind gezeichnet ist. Dem Leser stellt sich daher die Frage, ob die Chaostheorie wirklich das traditionelle (Ordnungs)denken, das bereits in der hippokratischen Medizin einen wichtigen Platz hat, derartig durcheinanderwirbelt. Das Wort „Chaos“ in der Bezeichnung dieser Theorie übt auch eine gewisse Faszination aus, weil es die Botschaft vermittelt, etwas völlig Irreguläres theoretisch beherrschen zu können.

Im Vorwort lesen wir: „Dieses Buch soll Sie in die Chaostheorie einführen und es will gleichzeitig von diesem Boden aus eine Brücke schlagen zur Entwicklung und Funktion des Gehirns sowie zu einem neuen Verstehen von Gesundheit und Krankheit.

Der erste Abschnitt widmet sich der wissenschaftlichen Entwicklung bis zur Chaostheorie und versucht, die wesentlichen Begriffe chaostheoretischer Vorstellungen verständlich in ihren komplexen Zusammenhängen darzustellen.

Der zweite Abschnitt beinhaltet – alphabetisch geordnet – Definitionen chaostheoretischer Begriffe.“ Diese Seiten sind farblich ab-

gehoben und zum laufenden Nachschlagen in die Mitte des Buches eingefügt. Die dort enthaltenen Stichworte sind im gesamten Buchtext kursiv gesetzt.

„Der dritte Abschnitt soll aktuelle Forschungsergebnisse der Gehirnentwicklung und -funktion an Hand chaostheoretischer Begriffe und Sichtweisen darstellen.“ Zum Abschluß wird hier auch ein Langzeitprojekt des Autors vorgestellt, wo versucht wurde, aus der Chaostheorie ein Therapiemodell zu entwickeln und im klinischen Bereich zu erproben. Die Klammer dieses Buches stellen zwei Krankengeschichten dar. Sie werden ganz zu Beginn vorgestellt. Ganz am Schluß nach der Entfaltung der Chaostheorie und des daraus entwickelten Forschungsansatzes wird deren praktisch-therapeutische Umsetzung beschrieben.

Den überwiegenden Teil des Buches nehmen theoretische Darstellungen mathematischer Ergebnisse und neurophysiologische Grundlagen ein. Es ist hier enorm viel Literatur zusammengetragen, sodaß es eigentlich zunächst eines Grundlagenstudiums bedürfte, um all das nachvollziehen und verstehen zu können. Relativ dünn scheinen die Übergänge zur praktischen Umsetzung zu sein. Vor allem ist an der praktisch-klinischen Therapie der beiden vorgestellten Fälle nicht wirklich augenfällig, warum man dazu die Chaostheorie benötigt, um in einem multifaktoriellen Geschehen auf verschiedenen Ebenen therapeutisch einzugreifen.

Gerade der antiken Medizin war die Vielschichtigkeit der Krankheitsursachen bereits bekannt – man dachte sozusagen ganzheitlich. Der naturwissenschaftliche Reduktionismus kam ja erst später.

Es scheint mir, daß die Chaostheorie hier mehr leisten soll, als tatsächlich in ihr liegt.

Die Chaostheorie ist nämlich keine geschlossene Theorie, sondern eine Ansammlung von Ergebnissen aus dem Studium spezieller nicht – linearer dynamischer Modelle. Letztlich sagt sie ja nichts anderes aus, als daß sich in bestimmten nichtlinearen Systemen nach einer gewissen Zeit abrupt deren Verhalten ändert, wobei minimalste Differenzen zu Beginn in der Folge völlig differierende Ergebnisse bewirken. Diese Ergebnisse wirken absolut zufällig, sind es jedoch nicht, sondern folgen weiterhin der vorgegebenen dynamischen Funktion, auf die man auch zurückrechnen kann. Es handelt sich also nicht um stochastische, d.h. absolut zufällige, sondern weiterhin um deterministische Systeme, deren Entwicklung mathematisch gesehen eindeutig vorgegeben ist, was aber in der Realität aufgrund der endlichen Meßgenauigkeit nicht realisiert werden kann. So werden die Ergebnisse in praxi völlig unberechenbar, wie zufällig. Praktisch bedeutet dies lediglich, daß in solchen Systemen die Vorraussagemöglichkeit begrenzt ist und zwar bis zu dem Zeitpunkt, wo chaotisches Verhalten auftritt.

Es ist fraglich, ob sich die aus ganz bestimmten mathematischen Funktionen abgeleiteten chaostheoretischen Begriffe so ohne weiteres auf den Menschen übertragen lassen, der hier auf ein „äußerst komplexes System, welches aus unzählbaren, kaskadenhaft sich verfeinernden und differenzierenden Subsystemen besteht“, reduziert wird (S 199). Wie sich aus dieser ja selbst reduktionistischen Theorie eine neue dynamische Medizinthorie entwickeln läßt, die Einseitigkeiten und Mängel des naturwissenschaftlich – reduktionistischen schulmedizinischen Denkens grundlegend überwindet, ist für den medizinischen Leser nach der Lektüre dieses Buches trotz all des angehäuften Wissens nicht nachvollziehbar.

R. KLÖTZL

SOLIDARITÄT 2000. DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG UND IHRE FINANZIERUNG NACH DER JAHRTAUSENDWENDE.

Michael ARNOLD

Enke Verlag Stuttgart 1995

ISBN 3-432-25872-0

Die Krise des europäischen Sozialversicherungswesens im allgemeinen und der Finanzierung der medizinischen Versorgungssysteme verleiht der Studie des Leiters des Institutes für Gesundheitssystemforschung der Eberhard-Karls-Universität Tübingen eine große Aktualität. Die Studie ist vor allem von ganz großer politischer Brisanz, weil sie sich mit der zum ersten Wert der pluralistischen Gesellschaft avancierten Gesundheit in einem Augenblick befaßt, in dem alle schon glaubten, die medizinische Versorgung sei für immer gesichert.

Für die aktuelle Diskussion wird dieses Buch mit seinen sachlichen Analysen und Vorschlägen eine große Hilfe sein, weil in der Öffentlichkeit die Wogen durch die Emotionalisierung des Themas sehr hoch gegangen sind. Damit wurde ja eine sachliche, politisch brauchbare Lösung verhindert.

Der Vergleich der medizinischen Versorgungssysteme der Industrieländer zeigt, daß es grundsätzlich zwei Typen der medizinischen Versorgung gibt.

Typ I. Merkmale dieses Typs sind:

- a) Finanzierung über Beiträge oder Prämien, offene Budgets, Kostenerstattungsprinzip, Selbstbeteiligung
- b) Regulierung: Wettbewerb, keine Bedarfsplanung
- c) Ambulanter Sektor: Freie Arztwahl, Niederlassungsfreiheit, freiberufliche Ärzte
- d) Krankenhaussektor: wenig ambulante Versorgung, leistungsorientierte Vergütungsformen.

Dazu gehören mit kleineren oder größeren (z.B. bei der USA) Merkmalabweichungen

Deutschland, Frankreich, Belgien, Österreich, Niederlande, Schweiz, Japan und USA.

Typ II. Merkmale dieses Typs sind:

- a) Steuerfinanzierung, starre Budgetierung, niedrige Selbstbeteiligung
- b) Regulierung: kein Wettbewerb, Bedarfsplanung, Preisregulierung bei Arzneimitteln.
- c) Ambulanter Sektor: Primärarztstruktur, Beschränkung der Niederlassungsfreiheit, angestellte Ärzte
- d) Krankenhaussektor: ambulante fachärztliche Versorgung, Budgets

Dazu gehören Kanada, Schweden, Dänemark, Großbritannien, Italien, Spanien, Griechenland.

Der Autor geht dann auf die einzelnen Systeme ein, die innerhalb eines Typs große Unterschiede, wie am Beispiel der USA, aufweisen können. Die Gegenüberstellung ist aber sehr informativ.

Was die Ausgabenentwicklung anbelangt, schneidet das deutsche Versorgungssystem im Internationalen Vergleich ganz gut ab:

Jahreszuwachsrate 6,3 % zwischen 1979/80 und 1,7 (1980-90). Österreich im Vergleich dazu: 7, 5 % und 2,1. Die Leistungsqualität ist multifaktoriell und sehr schwer zu bestimmen. Wenn man z.B. die Arztdichte nimmt, befindet sich Österreich 1989 im Mittelfeld mit 2,1 je 1000 Einwohner; in Vergleich dazu Belgien 3,4, Schweden 3,1, Deutschland 3, Italien, Großbritannien, Irland unter 1,5.

Die Studie beleuchtet und bewertet die beiden letzten, entscheidendsten Reformen des deutschen Gesundheitssystems, die seit dem Weltkrieg durchgeführt wurden, nämlich durch das Gesundheitsreformgesetz und durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), die jeweils 1989 und 1993 in Kraft getreten sind. Diese Reformen zielten auf eine Flexibilisierung des Systems durch leistungsorientierte und eigenverantwortungsfördernde Regulierungen. Das wirklich neue an der Reform 1993 ist die globale Budgetierung. Diese führt mit zwin-

gender Logik zu Leistungsrationierungen, was jedoch von den Politikern bestritten wird: „In der politischen Auseinandersetzung um das GSG werden die Folgen der Budgetierung mit den Folgen der Rationierung verwechselt. Rationierung, d.h. das Nichterbringen medizinischer Leistungen aus Mittelmangel, ist – wie oben abgeleitet – per definitionem Ergebnis der Budgetierung. Bei der Bestimmung der Folgen von Rationierung handelt es sich dagegen in erster Linie um ein empirisches Problem: Weil ein verändertes Verhalten der Leistungserbringer nicht ohne weiteres eine objektiv meßbare Wirkung auf die Gesundheitlichkeit hat und unmittelbar nach dem GSG keine negativen Wirkungen beobachtet wurden, wird geschlossen, daß es durch die Budgetierung nicht zu Rationierungen gekommen sei“ (S. 136). Die richtige Schlußfolgerung müßte aber sein, daß Rationierung mit Rationalisierung, d.h. Effizienzsteigerung, nicht unbedingt mit Abnahme der Versorgungsqualität einhergehen muß.

Allerdings kommt es ohne weitergehende Maßnahmen unter der Budgetierung zu einer gleichsam ungeordneten und unkontrollierten Rationierung (S. 192). Deshalb plädiert ARNOLD für eine tiefergreifende Reform, in der die Strukturen, Kapazitäten und Anreize so zu gestalten sind, daß eine möglichst hohe Effizienz erreicht wird, aber auch für die Notwendigkeit, die Höhe der solidarisch finanzierten Mittel zu begrenzen. Grundzüge dieser Reform sind:

- beim schutzbedürftigen Personenkreis: Neuordnung des Verhältnisses von Subsidiarität und Solidarität.
- bei den Leistungsanrechten: Gliederung in eine Grundversorgung und Zusatzversicherung,
- bei den Finanzierungsmodalitäten: Finanzierung über Steuern, Beiträge und Prämien,
- bei der Leistungserbringung: effizienzsteigernder Wettbewerb,
- bei der Inanspruchnahme: Stärkung der Patientenautonomie,

- bei den Behandlungsnotwendigkeiten: Definition des Versorgungszieles.

Ganz wesentlich an diesem Vorschlag ist die Beschränkung der kollektiven Finanzierung auf den schutzbedürftigen Teil der Bevölkerung. Von der Öffentlichkeit wird befürchtet, daß durch die Einengung des Versorgungsziels und den Abbau von Leistungsanrechten das bis heute verfolgte Ziel einer möglichst weitgehenden materiellen Gleichheit bei der medizinischen Versorgung aufgegeben werde. Der Vorschlag sieht aber vor, daß durch die Respektierung der persönlichen Präferenzen und die Autonomie der Versicherten auch die Verantwortung und die Effizienz des Systems gesteigert werden kann. Notfälle werden nach wie vor von der kollektiven Finanzierung getragen. Es handelt sich also um eine Splittung des Finanzierungssystems: Wer oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt, hat einen fairen Einkommensanteil erwirtschaftet und seine Lebenspläne verwirklichen können. Er ist nicht schutzbedürftig und kann auf die Eigenvorsorge verwiesen werden. Bei einer moderaten Absenkung der Versicherungspflichtgrenze in heutiger Höhe wären ca. 60% in der gesetzlichen Krankenversicherung, 40% in der privaten versichert. Die Splittung des Systems wird sozialetisch ganz richtig damit begründet, daß die Vernachlässigung des Subsidiaritätsprinzips nicht nur zu großen Effizienzmängeln, sondern auch zu Mißbrauch führen soll. Durch eine ausgewogene Verbindung von Solidarität und Subsidiarität in einem neuen System werden diese Mängel aufgehoben.

ARNOLD sieht ein, daß die zur Realisierung der Reform notwendige Umdenken nicht schlagartig erfolgen kann. In der Bevölkerung hat sich im Laufe der Zeit eine Mentalität herausgebildet, der jeder Gedanke fremd ist, im Falle von Krankheit eigene Mittel in nennenswerter Höhe einzusetzen. Außerdem folgt der Widerstand gegen eine grundsätzliche Veränderung der Verhältnisse aus der Vorstellung des Einzelfalles und ist emotional, z.B. von Mitleid getragen. Auch politisch wird eine tiefgreifende Reform nur langsam durchgesetzt werden können, weil die politischen Parteien sich als Vertreter der Versicherten- und Patienteninteressen verstehen. Die Vermutung, daß die Reform mit einer Reduktion des Wohlfahrtsstaates einhergehen könnte, die die wirtschaftlich Schwachen und daher Schutzbedürftigen in besonderer Weise benachteiligt und bestehende soziale Ungleichheiten verstärkt, wird bei der politischen Diskussion und durch die Medien geschürt, so daß eine sachliche Auseinandersetzung mit dieser Frage erschwert wird.

Obwohl das Buch sich vorwiegend mit der deutschen Lage befaßt, ist es jedem zu empfehlen, der mit dem aktuellen Problem der medizinischen Versorgung und ihrer Finanzierung zu tun hat. Dokumentation, Darstellung und Argumentation sind gut. Es liegt aber in der Natur der Sache, daß die Gültigkeit des Buches nur sehr kurz sein wird, weil eine Reform die andere jagt. Sowohl in Österreich wie in Deutschland hat sich 1996 vieles getan, was nicht mehr in diesem Werk nachzulesen ist.

E.HERRAND

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung für alle Sprachen und Länder.

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im PC-Schreibsatzverfahren auf Laserprinter gedruckt erbeten. Die Manuskripte sollen in dreifacher Ausfertigung eingereicht werden. Übersichten und Originalien sollten den Umfang von 10 Druckseiten (einschließlich Literatur) nicht überschreiten. Zusätzlich soll eine Diskette MS-Dos geliefert werden.

Nach Abschluß des Begutachtungsverfahrens erhalten die Autoren die Manuskriptvordrucke und spezielle Anleitungen von der Redaktion mit einem Sonderdruckbestellzettel.

2. Gestaltung der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

1. kurzen, klaren Titel der Arbeit
2. Namen aller Autoren
3. Eine Zusammenfassung des Beitrages auf Deutsch (ca. 8 – 10 Zeilen)
3 bis 5 Schlüsselwörter
4. Englische Übersetzung der Zusammenfassung

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durczunummerieren.

Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen.

Fußnoten sind durczunummerieren. Sie werden immer an das Ende des Beitrages gestellt.

Tabellen und Abbildungen sind bereits vom Autor an den dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Zusätzlich werden von den Autoren für Strichabbildungen gute scharfe Fotoabzüge in der gewünschten Endgröße mit klar lesbarer Beschriftung (2 mm Schrifthöhe) erbeten.

Da der sonst übliche Korrekturabzug zur Überprüfung entfällt, unterliegt die sprachlich einwandfreie Gestaltung der Arbeit der Verantwortung des Autors.

3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:

1. sämtlichen Autorennamen mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel unter Anführungszeichen
3. nach den internationalen Regeln (Index Medicus) abgekürzter Titel der Zeitschrift
4. Jahreszahl in runden Klammern
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endseitenzahl der Arbeit.

Beispiel: Thomas H., „Sind Handeln und Unterlassen unterschiedlich legitimiert?“, Ethik in der Medizin (1993), Bd. 4: S. 70 – 82

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. Sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsorte
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl(en)

Beispiel: HERRANZ, G., „Philosophie des Lebendigen“, Suhrkamp, Frankfurt a. Main (1980), S. 25 – 28

HINWEISE

PUBLIKATIONEN DES IMABE INSTITUTS
(können über das Institut bezogen werden)

BÜCHER

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens (1989), Fassbaender Verlag, Wien, ISBN: 3-900538-17-4

Aus der Reihe Medizin und Ethik:

Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin (1992) Hsg. J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York, ISBN: 3-211-82410-3

Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens.(1995) Hsg. M. SCHWARZ, J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN:3-211-82688-2

STUDIENREIHE

Nr. 1: W. RELLA (1994) *Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts.* ISBN: 3-900528-48-4

Nr. 2: C. SCHWARZ (1994) *Transplantationschirurgie.* ISBN: 3-85297-000-8

Nr. 3: M. RHONHEIMER (1995) *Sexualität und Verantwortung.* ISBN: 3-85297-001-6

Nr. 4: M. RHONHEIMER (März 1996) *Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert HOERSTER's „Abtreibung im säkularen Staat“.* ISBN: 3-85297-002-4

IMABE – INFO (KURZINFORMATIONEN)

- | | |
|--------------------------------|----------------|
| Nr. 1: AIDS, | Jänner 1996 |
| Nr. 2: Hirntod, | April 1996 |
| Nr. 3: Gentechnik, | Juli 1996 |
| Nr. 4: Organtransplantationen, | September 1996 |
| Nr. 5: Pränataldiagnose, | Dezember 1996 |

VORSCHAU

Imago Hominis BAND IV/Nr. 1/97

SCHWERPUNKT**ARZT-PATIENT-BEZIEHUNG**

IMPRESSUM

Herausgeber:
Prim.Univ.Prof.Dr.Johannes BONELLI,
Prof. Dr. Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Medieninhaber und Verleger:
IMABE – Institut für medizinische
Anthropologie
und Bioethik,
Landstraßer Hauptstraße 4/13,
A-1030 Wien
Telephon: +43 1 715 35 92
Telefax: +43 1 715 35 93
DVR-Nr.: 0029874(017)
ISSN: 1021-9803
Schriftleitung:
Dr. Notburga AUNER
Redaktion/Nachrichten:
Bernhard KUMMER, Paul HÖFINGER,
Anschrift der Redaktion:
zugleich Anschrift des
Herausgebers.
Grundlegende Richtung:
Imago Hominis ist eine ethisch-
medizinische, wissenschaftliche

Zeitschrift, in der die aktuellen
ethisch-relevanten Themen der
medizinischen Forschung und
Praxis behandelt werden.
Layout, Satz, Graphik und
Produktion: Gerhard WAGNER
Herstellung:
Druckerei ATLAS,
Wienerstraße 35,
A-2203 Grobepersdorf
Anzeigenkontakt:
Anneliese STEINMETZ
Einzelpreis:
Inland ATS 120.–,
Ausland ATS 150.–
Jahresabonnement:
Inland ATS 400.–,
Ausland ATS 500.–
Studentenabo ATS 250.–
Fördererabo ATS 1.000.–
Abo-Service:
Anneliese STEINMETZ
Bankverbindung:
CA-BV, Kto.Nr. 0955-39888/00

Erscheinungsweise: vierteljährlich
Erscheinungsort: Wien
Verlagspostamt: 1033 Wien
Postgebühr bar bezahlt.
Leserbriefe senden Sie bitte an den
Herausgeber.
Einladung und Hinweise für
Autoren:
Das IMABE lädt zur Einsendung
von Artikeln, die Themen der
medizinischen Anthropologie und
Bioethik behandeln, ein. Bitte
senden Sie Ihre Manuskripte an den
Herausgeber. Die einlangenden
Beiträge werden dann von den
Mitgliedern des wissenschaftlichen
Beirates referiert.
Kürzungen der Leserbriefe und
Manuskripte behalten wir uns vor.
Das IMABE-Institut gehört dem
begünstigten Empfängerkreis gem. §4
(4) Z 5 lit e EStG 1988 an.
Zuwendungen sind daher steuerlich
absetzbar.

Notizen

Notizen

Notizen

Notizen

