# politicum

Josef Krainer Haus Schriften

## Gesundheit und Politik

# 35

Sonderteil:
Tagungsdokumentation "Macht der Staat Familie ?"

# politicum

# 35

Oktober 1987 / 8. Jahrgang


Noch erhältliche Nummern:
Heft 30 ,,Mythos — cogito, ergo...''
Heft 31 ,,Menschenrechte''
Heft 32 ,,Wirtschaft und Unternehmer''
Heft 33 ,,Wohin sind wir beraten?''
Heft 34 ,,Recht und Politik''


Herausgeber: Josef-Krainer-Haus
Bildungszentrum der ÖVP Steiermark

Medieninhaber: ÖVP Steiermark

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

Hersteller: Klampfer OHG., 8160 Weiz

Für den Vertrieb verantwortlich:
Helmut Wolf

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



**Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirates**

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


# Inhalt:


Editorial 1

Georg Herberstein
Zwang zur Fehlsteuerung — Sackgassen und Auswege 2

Lindi Kalnoky
Gesundheitspolitik ist Gesellschaftspolitik 5

Gundl Hollomey
Barbarazweige 8

Ingo Peyker
Gesundheit und Krankheit in der Industriegesellschaft 12

Hansjörg Lenz
durch STICH worte 16

Wilhelm Heiner Herzog
Um die Gesundung des menschlichen Seins 18

Michael Klein
Soziale Aspekte der Gesundheit 20

Sabine Hollomey-Gärner
„...essen, um zu leben" 23

Karl Harnoncourt
Recht auf Gesundheit 25

Harald Cesnik
Ist die Schulmedizin krank? 27

Otto Wagner
Welchen Fehlmotivationen unterliegt der Arzt im Krankenhaus? 30

Hubert Hauser
Von der Enteignung der Gesundheit über die Partizipation zur Eigenverantwortlichkeit 32

Barbara Hollomey
Ein Tagungsbericht 34

Gustav Mittelbach
Krankheitspolitik oder Gesundheitspolitik? 35

Tagungsdokumentation ,,Macht der Staat Familie?'' 40

Birgit Bolognese-Leuchtenmüller
Von der Sippe zur heutigen Kleinfamilie oder Familie im Blickfeld politisch-ideologischen Interesses 41

Gerda Neyer
Dirigistische Maßnahmen des Staates zur Familienförderung und ihre Folgen 44

Hans Hafner
Familienpolitik in der Koalition 47

Karin Heitzlhofer
Erziehung innerhalb und außerhalb der Familie 48

Monika Pelz
Familie heute 52

Politikerstimmen 56

Satiricum 58

statisticum 59

cultur-politicum 62

Chronik 64


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

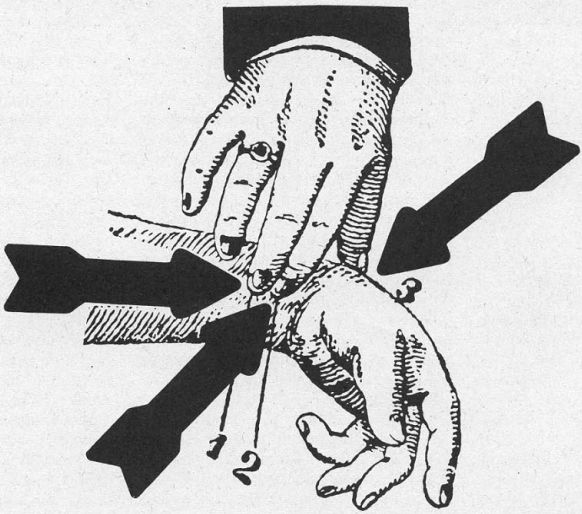
# EDITORIAL

Kosten und Zugang zur Gesundheitsversorgung könnten durch öffentliche Maßnahmen beeinflußt werden. Aber man solle nicht erwarten, daß nur solche (politische) Maßnahmen (daß Politik also) eine Verbesserung — eine entscheidende Verbesserung — allgemeiner Gesundheit nach sich zögen.

Eine solche Verbesserung wird wahrscheinlich nicht das Ergebnis der Fortschritte in medizinischen Kenntnissen als eher das der Veränderung menschlichen Verhaltens sein. Durch die Veränderung von Einrichtungen und Schaffung neuer Programme können wir die medizinische Versorgung besser erreichbar machen und wirksamer verteilen. Das größte Potential aber für die Verbesserung von Gesundheit liegt darin, was wir für uns tun und nicht tun, was wir uns antun und nicht antun. Die Entscheidung liegt bei uns. Victor Fuchs ist in seinem Buch ,,Wer soll leben'' nicht sehr optimistisch, daß Politik uns ,,Gesund'' machen kann.

,,Utopie Gesundheit'' war das Thema der steirischen Akademie 77. Die Diskussion damals zeigte, daß der Glaube an die totale ,,Machbarkeit von Gesundheit'' ins Wanken geraten sei. 10 Jahre später stellt sich ,,politicum'' die Frage, sind wir der ,,Utopie Gesundheit'' nähergekommen, ist der mündige Patient von Ivan Illich Alltag in den Praxen der Ärzte oder sind wir unmündig für die ,,Heilung'', wie Paul Smith in dieser Akademie die Reformproblematik für Patienten und Ärzte umschrieb? Sind wir in diesen 10 Jahren weitergekommen, oder diente diese Diskussion nur zur Gewissensberuhigung, sich über ,,Gesundheit'' Gedanken gemacht zu haben?

Mit dem vorliegenden Heft hätten Sie wieder einmal die Möglichkeit dazu!



Georg Herberstein

# ZWANG ZUR FEHLSTEUERUNG — SACKGASSEN UND AUSWEGE

Über die Schwachstellen unseres Gesundheitssystems, über seine Fehlentwicklungen und Fehlsteuerungen, Unvollkommenheiten und Sachzwänge sowie seine, in letzter Konsequenz, Ineffizienz und Unfinanzierbarkeit wird in unzähligen Experten-Diskursen und Veröffentlichungen seit vielen Jahren beredt Klage geführt.

Wozu also diesen permanenten Lamentos ein weiteres hinzuzufügen?

Die meisten dieser Betrachtungen erfolgen aus der Betrachtung der Detailprogramme heraus in punktueller und linearer Sicht.

Hier das Detailproblem — da die Detaillösung. Bringt die Detaillösung ein neues Detailproblem, dann gibt es dafür wieder eine Detaillösung. Und so weiter und so fort, bis die Systeme sich in sich selbst verfilzen, undurchschaubar und unveränderbar werden und ihren Urzweck immer weniger erfüllen können.

Daher sei ein kleiner Ausflug in die Entwicklung des Menschen und seine Ausstattung als mögliche Ursache für so manche krisenhafte Entwicklung der Menschheit gestattet.

Die neuesten Ergebnisse auf dem Gebiet der Gehirnforschung sprechen, wie schon allgemein bekannt, von den **drei** Gehirnen des Menschen, die sein Fühlen, Wollen und Denken steuern.

Vom **„Stammhirn“,** dem Sitz des Instinkts, des Biobewußtseins, der Millionen genetisch gespeicherten Präzedenzfälle für die Kunst des Überlebens, der Beheimatung und Verwurzelung, der richtigen Ernährung, der Fortpflanzung, die Fähigkeit der Bildung, Geborgenheit gebender Gemeinschaften, kurzum, Sitz der Einbettung in die Naturgesetzlichkeiten mit höchster biologischer Sicherheit und geringstem Freiheitsraum. Ohne Sprache und Kommunikationsmöglichkeit, die Vergangenheit der Evolution fixierend, ausreichend für die „Freßgesellschaft“. Farbcode „grün“.

Dann vom **„Zwischenhirn“,** dem „lymbischen Gehirn“, Sitz der Selbstbehauptung, der Emotionen, der Steuerung für die Durchsetzung in Rangordnungen und Hierarchien, der Sofortentscheidungen: Angriff oder Flucht, des lebenserhaltenden Mißtrauens, der Entscheidungen und somit der Freiheit der Wahl 50:50.

Dieses Gehirn steuert das „Politische“, den „Klassenkampf“, unser sublimiertes Jägerverhalten im Lebenskampf, im Beruf, im Verkehrsgeschehen. Auch ohne Sprache und Kommunikationsmöglichkeit, die Gegenwart betreffend, und ist notwendige Ausstattung für die höher entwickelte „Jagdgesellschaft“.

Farbcode „rot“.

Doch dann bescherten uns, den Menschen, noch unerforschte genetische Auslöser die gewaltige Entwicklung des **„neo cortex“,** der Großhirnrinde, Sitz der Fähigkeit des abstrakten Denkens, des cognitiven Denkens, des Vermögens, Analog- und „Computer-Modelle“ der Zukunft zu entwicklen, durch Zeichen zu kommunizieren, einmal erworbenes Wissen nie mehr verlorengehen zu lassen, Wissenschaft und Forschung zu betreiben, die Naturgesetze zu entschlüsseln — kurzum, sich abzuheben vom Kreatürlichen, die Grundlagen unserer grenzenlosen zivilisatorischen und technischen Entwicklung zu legen und drauf und dran zu sein, ohne biologische Hemm-Mechanismen und ohne Schwindelgefühle über alle Abgründe hinwegzutreten und — exakt die eigenen Lebensgrundlagen zu zerstören.

Farbcode „blau“.

Nun stehen wir vor den Ergebnissen der Nutzung dieser Fähigkeiten, dem ewigen „Zwang zum MEHR“, und sehen uns eingebettet in Systeme, die eben in punktuell linearer Weise gesteuert zwanghaft in Fehlentwicklungen steuern.

Oder denkt wer beim Betrachten unseres Gesundheitssystems an den **Hedonismus,** der jede Form von Wunsch- und Lustbefriedigung zum Lebenssinn erklärt, ja sogar zur hohen volkswirtschaftlichen Tugend? Es stehen ja „bloß“ etwa 20 Milliarden Schilling pro Jahr — nur bei uns in Österreich — zur Förderung des Hedonismus zur Verfügung:

Die Summe der Werbeetats in Österreich!

Wenn gewaltige Produktionspotentiale ihre Märkte ausgeschöpft haben — die Städte wieder aufgebaut waren, die Vollmotorisierung vollzogen, die dazu nötige Infrastruktur geschaffen, die Wohnungen wieder möbliert, mit Haushaltselektrik und Unterhaltungselektronik ausgestattet, unsere Kleiderschränke und unsere Bäuche mehr als gefüllt waren — dann mußte die Obsoleszenz funktionieren:

Die technische Obsoleszenz — der rascher als notwendig durch bewußt unterdimensionierte Teile herbeigeführte Verschleiß der Güter.

Die psychologische Obsoleszenz — die psychologische „modische“ Entwertung der Güter lange vor Ende ihrer Gebrauchsfähigkeit.

Über das Forcieren des Zusatznutzens der Güter über ihren stofflich technischen Grundnutzen hinaus. Des „Statusnutzens“, des „Geltungsnutzens“, der vielen Zusatznutzen bis hin zum „magischen Nutzen“.

Dieses wertfrei erklärte System baut natürlich auf vorhandene Strukturen der menschlichen Psyche auf, wenn es Menschen dazu erzieht, verleitet oder zwingt, über ihre Vernunft hinaus zu konsumieren, mehr zu verbrauchen, als sie wirklich brauchen. Wenn dazu immer mehr Energie verbraucht, immer mehr Schadstoffe und mehr Chemikalien in Umwelt, Boden und Nahrung gelangen, und vor allem immer mehr verschwendet und weggeworfen wird, dann soll das alles mit der menschlichen Gesundheit nichts zu tun haben?

Nichts zu tun mit dem System, das der Wiedergewinnung dieser Gesundheit zu dienen hat, von deren Erhaltung erst gar nicht zu reden?

Das System des Hedonismus ist sakrosankt. Wir alle leben davon, es erhält die Arbeitsplätze, den Wohlfahrtsstaat, die Medien, die Politik. Verstöße gegen dieses System werden unter Sanktion gestellt, Angriffe dagegen als „Spinnerei“ abgetan.

Doch warum nehmen die sogenannten Zivilisationskrankheiten immer mehr zu?

Warum leiden immer mehr Menschen an Herz- und Kreislauferkrankungen, an Bronchitis, an Diabetes, an Magengeschwüren, an Schlaflosigkeit, an Migräne, an Depressionen?

Warum gehen so viele an Krebs zugrunde?

Was treibt — mehr und mehr auch die Jugend — Menschen zu Drogen-, Alkohol- und Nikotinmißbrauch?

Warum steigt die Selbstmordrate an?

Was muß, was kann noch unternommen werden?

Was ist denn überhaupt GESUNDHEIT?

Die körperliche und physische Gesundheit des Menschen ist die unter allen Umständen anzustrebende Voraussetzung für die Lebensentfaltung des einzelnen wie auch für jedes Gemeinwesen.

Die Gesundheit steht unwidersprochen **vor** allen elementaren Bedürfnissen.

Die Formel „Gesundheit ist gleich Wohlbefinden“ reicht dabei sicher nicht aus.

Die Formel „Gesundheit ist ein funktioneller Zustand“ sagt nicht alles.

Es gibt den **„gesunden Gesunden“,** den Idealfall.

Es gibt aber auch den **„kranken Gesunden“,** der sich gesund und wohl fühlt, aber krank und gefährdet ist, ohne es zu wissen. Etwa ein vitaler Mensch mit zu hohem Blutdruck.

Dann gibt es den **„gesunden Kranken“,** der seine Krankheit „im Griff“ hat, sich richtig verhält, dessen Befinden, Leistung und Lebenserwartung so gut und hoch wie die des gesunden Gesunden sein

kann. Zum Beispiel der disziplinierte und gut eingestellte Zuckerkranke.
Und dann gibt es neben Zwischenformen wie dem „eingebildeten Kranken", dem „seelisch Kranken", den **„kranken Kranken",** dessen Krankheit es zu heilen, dessen Krankheit es aber vor allem zu verhindern gilt und die in so vielen Fällen zu verhindern wäre.
Trotz größter Fortschritte in der Medizin, gewaltigen Erfolgen und Verbesserungen der Methodik von Diagnose und Therapie ist der Zweifel an der Effizienz unseres hochtechnisierten und bürokratischen Gesundheitssystems „in den Himmel gewachsen".
Und gerade die immer mehr und mehr um sich greifenden Zivilisationskrankheiten können aber nur durch eine Bekämpfung ihrer Ursachen zurückgedrängt werden. Doch das System sieht das nur mangelhaft vor.
Unser „Gesundheitssystem" wurde ein „Krankheitssystem".
Ein „blaues" System.
Durch „rote" Sozialverantwortung etabliert.
Und ging allen „Grünem" verlustig.
Zur Zeit der Ursprünge der Heilkunde, in denen der Mensch eingebettet in seine Wohngemeinschaft lebte und dort „privat" versorgt wurde, war die Therapeutik ein Weg zur Wiederherstellung einer verlorenen Harmonie zwischen Körper, Seele und Geist, zwischen Tier, Mensch, Göttern und Geistern.
Diese Entwicklung ist in fremden Kulturen noch gegenwärtig und einsichtig.
Ein Wandel zu einer Auffassung einer verschuldeten Krankheit in der Frühzeit der Aufklärung stellte die Möglichkeit in Aussicht, diese „Verschuldung" zu vermeiden: der Mensch kann sich selbst helfen, sein Verschulden korrigieren bzw. vorausschauend — prophylaktisch — verhindern.
Gesundheit und Krankheit werden somit öffentliches Anliegen, und Gesundheitsvorsorge wird ein zentrales Bemühen.
Der Mensch wurde bis dahin immer in seiner vielschichtigen Beziehung zu seiner Umwelt gesehen und in bezug zu seinem Milieu zu heilen versucht. Der frühmittelalterliche Arzt war noch kein Spezialist im heutigen Sinne, er war ein vielseitig gebildeter Mensch, selbst eingebunden in eine kosmische Ordnung.
Erst mit dem Beginn des naturwissenschaftlichen „eindimensionalen" Modelldenkens in der Medizin, vor etwa 100 Jahren, trat die konkrete Behandlung der ausgebrochenen Krankheit in das Zentrum des Interesses der Medizin. Die Gesundheitslehre wurde durch eine optimale Therapie, die Heilkunde durch die Heiltechnik ersetzt.
Erst in den letzten Jahrzehnten — auch dieses Alpbach-Symposium ist ja nicht das erste dieses Themas — tritt, bedingt durch eine Sensibilisierung gegenüber den menschlichen Lebensbedingungen, wiederum ein präventives Denken, verbunden mit Grundfragen nach sinnvoller, menschlicher Lebensgestaltung, in erhöhtem Maße auf.
Doch das System der sozialen Versicherung der Heilungskosten kann diesem Denken aus erheblichen Sachzwängen heraus nicht gerecht werden.
● Jeder nimmt es in Anspruch, kann es sich leisten, hat ein sozial „verbrieftes" Recht darauf.
Damit verbunden ist ein Zurückdelegieren der Verantwortung für die eigene Gesundheit an das System. Der Körper wird als „Maschine" empfunden, für deren „Reparatur" im Krankheitsfall das System zu sorgen hat, das man ja durch seinen Beitrag erhält.
● Die Ärzte werden notgedrungen zu Fließbandheilern, die sich mit dem großen Andrang der Heilsuchenden auseinanderzusetzen haben.
● Es fehlt daher die Zeit, sich mit den Ursachen der Krankheiten auseinanderzusetzen.
Nur die ausgebrochenen Symptome, die Krankheiten und Leiden selbst werden behandelt.
● Die Spezialisierung war notgedrungene Folge, das genaue Gegenteil einer ganzheitlichen medizinisch/ärztlichen Betreuung des Kranken.
● Die Medizin wurde übertechnisiert und überchemisiert, was immer teurer wird.
● Die Krankenhäuser erreichten gigantomanische Dimensionen, die Zweifel an ihrer Administrierbarkeit berechtigt werden lassen.
● Die Überbürokratisierung führt in immer neue Sackgassen und Sachzwänge.
Dazu kommt etwas Fatales, Unwiderrufliches:
Das Prinzip, daß die Beschäftigten und Gesunden mit ihrem Beitrag die Unbeschäftigten und Kranken mittragen — funktioniert nicht mehr.
Jene gewaltigen Produktionspotentiale der letzten Jahre verloren ihre Märkte und konnten sie auch mit verstärktem Einsatz, Menschen über ihre Vernunft und ihre Bedürfnisse hinaus konsumieren zu lassen, nicht halten.
Die Unterkapitalisierung der österreichischen Wirtschaft, bedingt durch sanfte Zwänge des österreichischen Weltpatents — der Sozialpartnerschaft — das unserem Land Jahrzehnte des sozialen Friedens brachte, erlaubt immer weniger die Umstellung der Betriebe auf neue Produktionen für neue Bedürfnispotentiale — aus eigener Kraft.
Aus den Bemühungen um das Überleben wird durch unser fröhlich aus anderen Zeiten fortgeschriebenes Steuersystem der teuerste Faktor der Produktion, „menschliche Arbeit", als erstes wegrationalisiert. Längst vor den Faktoren Energie, Rohstoffe, Landschaftsverbrauch oder Kapital.
Die Technologien für den Ersatz der menschlichen Arbeit durch Arbeitshilfen werden immer höher entwickelt — und eingesetzt. In der Produktion. In der Verwaltung. Der Teufelskreis schließt sich.
Die Beschäftigung hat sich längst sogar vom Wirtschaftswachstum abgekoppelt.
Der Sockel, das Volumen der formal Beschäftigten, wird ständig kleiner, somit die Anzahl der Aktiven, der Beitragszahlenden.
Die Zivilisationskrankheiten nehmen zu.
Die Ursachen, ja sogar die Risikofaktoren können im System nicht wirksam bekämpft werden.
Die Kosten der kurativen Medizin explodieren.
Der Finanzierungskollaps des Systems scheint unaufhaltbar zu sein.
Die Fakten, Ziffern und Zahlen des drohenden Zusammenbruchs sind hinreichend bekannt.
Welche Ausblicke bieten sich denn überhaupt noch an?
Ein ganzes Alpbach-Symposium 1985 befaßte sich mit dem kurativen Bereich, und hier vor allem mit dem Verhältnis Patient-Arzt-Spital.
Diesen Bereich, der in sich die Problemfragen ambulante oder stationäre Behandlung, neue Diagnosesysteme, neue effizientere Formen von Spitalsorganisation, neue Finanzierungsformen u. a. m. beschäftigte, sei hier ganz bewußt ausgeklammert, da er ein Bereich der Bemühungen eines vorwiegend kurativen Systems ist, mit dem sich dieses am intensivsten beschäftigt.
Unverständlicherweise gibt es aber im kurativen Bereich eine Frage, die meist affektiv abgehandelt wird: Der Streit zwischen sogenannter „Schulmedizin" und sogenannter „Paramedizin" (wenn gestritten wird) oder die Ergänzung der konventionellen organisch orientierten, technisierten und überspezialisierten Medizin durch die „naturnahe, ganzheitliche" Medizin (wann man sich näher kommen will) könnte zu einer der großen Chancen im Gesundheitssystem führen.
Es ist keine Frage, daß etwa ernährungstherapeutische Maßnahmen, die Behandlung mit Heilpflanzen (wozu auch viele Grundnahrungsmittel gehören), die Anwendung homöopatischer Methoden, die Akupunktur, Bewegungstherapie, Chiropraktik, Wasseranwendung, Sauerstofftherapie — um nur Beispiele zu nennen — ungleich geringere Kosten bei vergleichbarer mindestens gleichhoher Effizienz bedeuten.
Und niemand bezweifelt heute mehr, daß organische Krankheiten meist einen psychosomatischen Hintergrund haben, daß depressive Verstimmtheit, Ängstlichkeit, Überregtheit, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Schwächezustände, Atemnot, Herzjagen bis zu massiven Krankheiten wie Bronchialasthma, Magen- und Darmgeschwüre, Herzrhythmusstörungen, bestimmte Hautkrankheiten, ja sogar Krebserkrankungen (die Krankheit der Seele) mittelbare oder unmittelbare seelische Ursachen haben können. Von Ursachen der Fehlernährung, des Rauchens und des Alkoholkonsums ganz abgesehen. Womit sich der Übergang zu der großen Chance des Systems, die Ur-

sachen der Krankheiten zu bekämpfen und somit Kosten und Leid im Ansatz abzufangen, konsequent ergibt:

## Die Gesundheitsvorsorge

Um sich den komplexen Bereich der Gesundheitsvorsorge in übersichtlicher Weise vorzustellen, sei an eine Zwiebel erinnert.

Der innerste Teil ist der Bereich der Vorsorgemedizin, der Früherkennungsprogramme. Erstaunlicherweise weist dieser so wichtige auch vom System wahrgenommene Bereich eine Reihe von Mängeln auf:

- Mangel eines Gesundheitsgewissens
- fehlende Motivation
- fehlende Koordination
- Lückenhaftigkeit
- meist nur sporadische Erfassung
- mangelnde Überwachung bereits Erfaßter
- fehlende Einspeicherung in eine EDV
- fehlende epidemologische Auswertung
- mangelhaftes Ausfüllen der Untersuchungsbögen
- fehlende Nachkontrollmöglichkeit
- Nichteinbeziehung des Hausarztes
- Unverständlichkeit der Ergebnisse für Laien

etc.

Doch Gesundheitsvorsorge setzt bei der Eigenvorsorge an, dort, wo über das System hinaus der Einzelne oder die Gesellschaft etwas zur Erhaltung der Gesundheit beitragen kann.

Erstens — als weitere Zwiebelschale:
bei der Bekämpfung von **menschlichem Fehlverhalten,** das zur Selbstschädigung führt:
Bewegungsmangel, falsche Ernährung, Trinkgewohnheiten, Rauchen, Medikamentenmißbrauch, Drogen.

Zweitens — der nächsten Zwiebelschale:
bei der Bewältigung negativer **Einflüsse der mitmenschlichen Umwelt** auf die Gesundheit: Angst, Gewalt, Zwänge, Streß, Lieblosigkeit, Einsamkeit, Sinnsuche.

Und drittens — der äußersten Zwiebelschale:
bei der Verbesserung und **Sanierung der Umwelt:**
der Belastung von Luft, Wasser, Nahrung durch Schadstoffe, durch Lärm, Unfall, Wohnverhältnisse, Arbeitsplatz, falsche Kleidung und — leider hochaktuell — Strahlungsbelastung.

Diesen Bereichen der Gesundheitsvorsorge vorgelagert wäre eine derzeit völlig im argen liegende **Gesundheitserziehung.**

Nur über eine solche kann eine Eigenverantwortung im Bereich der Gesundheit ausgebildet werden, die doch zumindest der des richtigen Verhaltens im Straßenverkehr entsprechen sollte.

Darin sollte schon dem Kind geholfen werden, sich in der Ganzheit von Körper, Geist und Psyche zu erfahren und zu lernen, wo gefährlichere Risikofaktoren, die die Gesundheit gefährden können, liegen.

Dies auch immer im Sinne von eigenverantwortlicher Gesundheitsvorsorge.

Im Idealfall sollte daher das Gesundheitswesen wie bisher eine vertiefte, erweiterte und ergänzte **Wiederherstellung der Gesundheit,** davor eine effiziente geschlossene und **vernetzte Vorsorgemedizin,** dieser wiederum vorgelagert eine **eigenverantwortliche Gesundheitsvorsorge** jedes einzelnen, der Gesellschaft und der Behörden, als Voraussetzung dazu eine früh einsetzende und lebenslange **Gesundheitspädagogik,** Gesundheitsbildung und, aus all dem resultierend, eine unser Leben bestimmende **Gesundheitskultur.**

Aber — „es gibt nichts Gutes, außer man tut es", sagte Erich Kästner.

Die Gesundheitspolitik steckt im selben Dilemma wie die Politik etwa im Umweltschutz, in der Energiefrage, in der langfristigen Arbeitsplatzsicherung.

Man steckt in Sachzwängen, versucht sich in der „Kunst des Möglichen", übt „Problemvermeidungschoreographie". Dabei ist Politik **„Handeln** zur Erreichung von **Zielen** in der **Gesellschaft."**

Fehlt das Handeln, bleibt's beim Vorschlagwesen. Fehlen die Ziele, das Heranziehen der Wissenden, der Visionäre, dann erstickt auch die Gesundheitspolitik im Pragmatischen.

Und fehlt gar der Bezug zur Gesellschaft, zum Menschen, zu seiner Natur und seinem Fühlen, Wollen und Denken, dann wird auch die Gesundheitspolitik zum Selbstzweck, zum selbstgenügsamen System über die Köpfe der Bezogenen hinweg, macht Angst und überholt sich selbst. Mit allen Todestriebstendenzen, die unser Gesundheitssystem heute auszeichnet.

Versuchen wir zusammenzufassen, um zu definieren, was eigentlich zu tun ist und wer das tun könnte:

- Die Medizin, entwickelt aus mit Mystik umwobener Grunderfahrung des menschlichen Seins, hat sich zur reinen Heiltechnik entwickelt, die 1000 Siege erfocht und trotzdem ihrer großen Niederlage entgegengeht.
- Die „grüne" Ganzheitstherapeutik wurde, weil die „rote" Sozialgerechtigkeit die historische Einrichtung der Sozialversicherung schuf, gegen „blaue" Heiltechnik am Organ ersetzt. Doch die Krankheiten nehmen zu.
- Ein System, das es allen Menschen gleichermaßen ermöglichte, sich die eigene Krankheit und deren noch so aufwendige Heilung leisten zu können, verlor die Beobachtung der Ursachen aus den Augen und bleibt beim Symptomkurieren übrig.
- Sorgfältig aufgebaute hedonistisch bestimmte Auslöser dieser Krankheiten gehören nicht zum beobachteten Bereich, werden oft weder sinnlich wahrgenommen noch im Bekämpfen als Aufgabe wahrgenommen.
- Immer weniger können sich am Bezahlen des Gesundheitssystems, das sich nur mit der Krankheit beschäftigt, beteiligen,
- während dieses System zwangsläufig immer kostenintensiver arbeitet.

Wir müssen Gesundheit wieder lernen, so wie wir wieder lernen müssen, die Natur als Ganzes zu sehen, den Menschen als Einheit zwischen Körper, Geist und Psyche zu sehen und wieder lernen, die Verantwortung für unsere Gesundheit selbst zu tragen, indem wir uns selbst besser erfahren.

Wer soll und das lehren?

Die **Medien** tun das längst, weil sie mit höchstem Interessenspegel rechnen können.

Doch sie bleiben punktuell, beiläufig und zufällig. Das derzeitige **offizielle Schulsystem** leistet diesen Ansatz derzeit noch nicht, kann es nicht leisten. Durch Reproduktion von Detailwissen, abgehoben vom unmittelbaren Lebensbezug und der direkten Erfahrung, wird das vernetzte Denken den Schülern nicht vermittelt. Dazu fehlen meist die Lehrer, die Lehrpläne, die Lehrmethoden. Das derzeitige Schulsystem spiegelt die Parzellierung des Menschen in einen Körper und einen Geist, wie sie auch in den Kliniken praktiziert werden, wieder.

Die **Gebietskörperschaften** versuchten es.

Manche Länder forcieren Systeme der vernetzten Beobachtung der Gesundheitsvorsorge, oft in Vereinsform, meist idealistisch, stets bemüht.

Gemeinden entwickeln Sozialsprengel.

Doch das System, die großen Institutionen der staatlichen Sozialversicherung, die nicht minder beeindruckenden Institutionen privater Krankenversicherung leidet, zahlt und fühlt sich unzuständig.

Kassenärzte, die liebend gerne mit einem Patienten ausführlicher reden (wie es einstmals der Herr Medizinalrat am Bettrand der Frau Kommerzialrat tat), sich mit ihrem familiären oder beruflichen Hintergrund beschäftigen wollten, fühlen sich als Arzt zwar zuständig, werden dafür aber vom System nicht bezahlt.

Bliebe als Ausblick eine **interdisziplinäre Institution,** die sich in vernetztem Denken und Handeln der ganzen komplexen Aufgabe der Bekämpfung aller Ursachen und Risikofaktoren der Krankheiten, der medialen Gesundheitserziehung und der Anregung einer umfassenden Gesundheitsbildung über unser Schulsystem annehmen könnte.

Diese Institution, von den staatlichen und/oder privaten Trägern der Krankenversicherung erhalten, könnte im System auch systemverändernd wirken, Neuentwicklungen im kurativen Bereich genauso fördern wie lückenlos organisierte Früherkennungsprogramme oder die bezahlte Befassung mit den Ursachen — was auch eine sinnvolle Antwort auf die Ärzteschwemme sein und sich über die Umwegrentabilität bezahlt machen könnte.

Hoffnung hat ihren Preis: Die Wahrhaftigkeit, die Treue und Verläßlichkeit in Wertfragen, den Mut zum Neuen, die Öffentlichkeit und das Überdenken der Bedürfnishaltungen.

Hoffnung bezieht sich auf Mögliches, nicht auf Vorhandenes.

Das Vorhandene selbst gibt wenig Anlaß zum Optimismus. Daher bleibt nur die treibende Kraft, „das Prinzip der Hoffnung", das zur Veränderung drängt, gemeinsam mit Gewißheit, daß menschliche Existenz nicht nur erhaltenswert, sondern liebenswert ist. Dies ist aber schon wieder ein Ziel, das durch die Hoffnung mitbestimmt wird.

Dieses Prinzip hat auch diesen Exkurs entstehen lassen.

Lindi Kalnoky

# GESUNDHEITSPOLITIK IST GESELLSCHAFTSPOLITIK

Die bekannte Bevölkerungspyramide im klassischen Sinn gibt es nicht mehr, statt dessen werden wir in Zukunft von einem Bevölkerungsrechteck sprechen (Dr. J. M. Dézsy). Diese Veränderung hat auch in der politischen Planung der gesundheitlichen Versorgung logische Konsequenzen, die im Politikum **„Gesundheit"** zur Diskussion stehen:

Über die Gesundheit und die Krankheit zu sprechen, ist nicht einfach. Gesundheit ist abstrakt im Gegensatz zur Krankheit mit ihren vielen Symptomen. Auch hat sich das Bild, das wir uns von diesen beiden Begriffen machen, im letzten Jahrhundert drastisch verändert. Die Gesundheit beschränkt sich nicht mehr auf das Fehlen von Krankheiten, sondern umfaßt — vorgegeben durch die WHO — auch den seelischen und geistigen Bereich; aber auch Krankheiten haben sich geändert: Die Geißeln der Vergangenheit, wie Seuche und Infektion, sind durch die Impfung — die spektakulärste Prävention, die es je gab — fast eliminiert.

Gegenwärtig wird unsere Gesundheit vorrangig durch die sogenannten „Zivilisationskrankheiten" gefährdet. Diese „neuen" Krankheiten haben im Gegensatz zu den „alten" Krankheiten sowohl andere Ursachen wie auch einen anderen Verlauf. Kam die Gefährdung (z. B. Infekt — Virus) früher von außen, so sind heute die falschen, krankmachenden Lebensgewohnheiten „hausgemacht". Waren um die Jahrhundertwende noch 50% der Todesfälle durch Infektionen bedingt, so nehmen heute die Herz/Kreislauf-Erkrankungen bei den Todesfällen mit 54% den ersten Platz ein (BRD 51%). Gab es früher eine zeitlich definierte Inkubationszeit, so können heute zwischen Ursache und Ausbruch der Krankheit Jahrzehnte liegen, wobei diese Zeitspanne meist deutlich von der Anzahl der Ansammlung verschiedener Risikofaktoren abhängt. Meist könnte der/die einzelne entscheiden, zu welcher Risikogruppe er/sie in etwa gehört, ob 1:3 oder 1:1000.

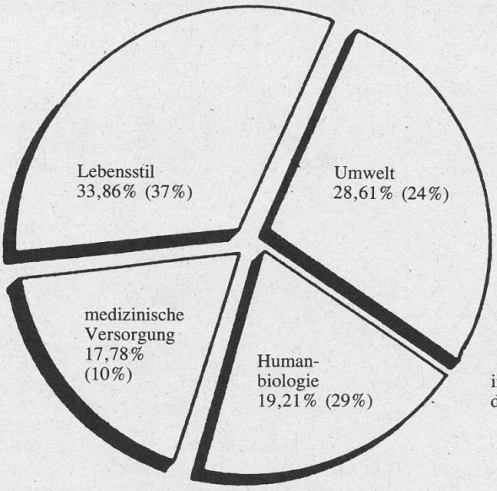
Den meisten Menschen wird diese Risikodifferenz, die von der eigenen Entscheidung abhängt, erst zu spät bewußt, denn die uns lieb-vertrauten, krankmachenden Lebensgewohnheiten, die noch aus dem „Muskelzeitalter", das wir gerade verlassen haben, stammen, lassen sich nur schwer beeinflussen. Den Belastungen des „Nervenzeitalters" mit seinen neuen Anforderungen (Prof. Dr. Ellwanger) sind wir bisher hilflos ausgeliefert. **Wir müssen erst lernen** — meist unter Anleitung — **in unserer Zeit zu leben.** Das ist deshalb so schwer, weil neue, zeitgemäße Informationen nicht mehr wie in der Vergangenheit von der älteren Generation ausgehen, die natürlicherweise für das Neue keine Erfahrungswerte besitzt; statt dessen müssen glaubwürdige Instanzen die Kenntnisse der Forschung und Erfahrung für die Allgemeinheit übersetzen. Dabei haben sowohl die **Familie,** aber auch die **Schule** und die **Gesellschaft,** die neue, lebenswichtige Aufgabe der Motivation. Nur durch das Gespräch und das Vorbild kann die Information in Motivation umspringen, um einen neuen Lebensstil zu finden.

Je einfacher und überzeugender dieser Weg der Eigenverantwortung ist, umso eher werden die Menschen ihn wählen. Der passive Patient der Vergangenheit in einer hierarchischen Beziehung wird dann vom mündigen Patienten in einer partnerschaftlichen Beziehung zum Arzt abgelöst.

## Gesundheitspolitik ohne Visionen

In einer Grazer Messe-Umfrage gaben 1986 die Steirer an, daß sich die Verlockung zum Rauchen vorrangig bei Festlichkeiten, Gesellschaften und Unterhaltungen anbietet. Daher müssen für eine neue, gesündere Lebensweise neben den juristischen, wirtschaftlichen und sozialen Maßnahmen vor allem auch die gesellschaftlichen Zwänge erkannt und abgebaut werden, der Wert der Eigenverantwortung ist deshalb so wichtig, weil nur er garantiert, daß die alten Zwänge nicht durch neue ersetzt werden. Eine positive Motivation, und nur die führt zum Erfolg, ist anders schwer denkbar.






Gesundheitsreport 85
J. Dézsy

in Klammer: %-Sätze
der kanadischen Studie

**Einflußfaktoren auf die Gesundheit** (Ergebnis einer Bevölkerungsbefragung im Frühjahr 1984)

Gesundheit und Krankheit sind — aus der Entwicklungsgeschichte erklärbar — nicht mehr klar abgegrenzte Begriffe, sondern gehen fließend ineinander über. Die kurative Medizin wird von der primären und sekundären Prävention, d.h., der Verhütung und der Früherkennung auf der einen Seite und der tertiären Vorsorge — der Rehabilitation — eingerahmt. Diese Verschiebungen der Gesundheitsaspekte werden in der gegenwärtigen Gesundheitspolitik jedoch nicht beachtet. „Es schreit" nach einem neuen Konzept mit definierten Kompetenzen und zweckzugeordneten Mitteln, damit auch in Österreich „Zivilisationskrankheiten" (z.B. Herzinfarkt) rückläufig werden, wie das in manchen Ländern schon Realität ist.

Österreich im Vergleich der Sterbeziffern pro 100.000 Menschen in „fortschrittlichen" Ländern:

| | Niederlande | Schweiz | **Österreich** |
|---|---|---|---|
| 1958 | 752,5 | — | **1.224,7** |
| 1967 | 788,2 | 930,2 | **1.303,3** |
| 1980 | 820,7 | 916,9 | **1.260,1** |

Quelle:
Jahresbericht d. BM für Gesundheit u. Umweltschutz

Die Gesundheitspolitik ist in unserer Verfassung eine zwischen Bund, Land und Gemeinde geteilte Aufgabe, dazu kommt der starke Einfluß der außerhalb der parlamentarischen Arbeit stehenden Kranken- und Pensions- sowie Unfallversicherungen. So kommt es, daß in Österreich niemand genau weiß, wer die Kompetenzen für das Gesundheitswesen hat, denn sicher können nicht ausschließlich die Landessanitätsdirektionen damit gemeint sein, die sozusagen den gesundheitlichen Kontrolldienst ausüben, denn der „Gesundheitsminister" hat erst recht keine Kompetenzen. Die Krankenkassen ordnen sich zwar phonetisch ihrer Aufgabe — den Kranken — zu, überlassen aber doch wesentliche Teile der Finanzierung den Ländern und dem Bund, während sie in der Bundesrepublik Deutschland beispielsweise kostendeckend arbeiten. Das Budget der Länder hingegen wird unter dem Posten „Gesundheit" mit mehr als 90% für „Krankheiten" belastet.

Durch diese Überlagerung hat die heutige Gesundheitspolitik Atemnot und daher auch keine Visionen. Während das Ziel der Vergangenheit, Leben zu verlängern, realisiert werden konnte, ist von den derzeitigen Verantwortlichen ein neues Ziel noch nicht definiert. Bisher ist es nicht gelungen, der primären Prävention einen ihr entsprechenden Stellenwert zuzuordnen. Die Prävention ist zwar nicht, wie oft fälschlich versprochen, eine dauernde Verhinderung von Krankheit, sie könnte aber zu einer erfreulichen Qualitätsverbesserung der „zusätzlichen" Jahre werden, d.h., daß zur Quantität der Jahre die Qualität hinzukäme, im Bevölkerungsrechteck wirtschaftlich gesehen, eine Notwendigkeit.

## Transparenz in den Machtbereich „Sozialversicherung"

Im ASVG ist diese Notwendigkeit nicht anerkannt und bisher nur teilweise als Gesundenuntersuchung oder in der Rehabilitation gesetzlich verankert, also nur für den Bereich der sekundären und tertiären Prävention. Die primäre Prävention, die eine drastische Abnahme der „Zivilisationskrankheiten" bewirken könnte, kommt höchstens freiwillig als Subvention vor, also ohne gesetzlichen Anspruch. Während die Gesundenuntersuchung nach den Richtlinien des Hauptverbandes von der Krankenversicherung verpflichtend honoriert wird, sind die „Maßnahmen zur Krankheitsverhütung" als freiwillige Leistungen (§ 156) in der „Rehabilitation" und im „Landaufenthalt" im Rechnungsabschluß der Krankenversicherungen zu finden, d.h., nach subjektiver Einschätzung und ohne koordiniertes Konzept. Wahrscheinlich ist das auch die Erklärung dafür, warum derzeit in der Gesundheitspolitik eine geistige Versteinerung jede Alternative verhindert.

Die Ursache dafür ist aber fast allen Österreichern unbekannt: Der unüberschaubare und schwer einsichtige Machtbereich der Sozialversicherungen hat sich weitgehend verselbständigt und arbeitet orientiert zur Systemerhaltung, statt auch die Herausforderung einer modernen Gesundheitspolitik anzunehmen. Obgleich das Budget der gesundheitlichen Versorgung erschreckend ansteigt und diese Sorgen endlich auch der öffentlichen Meinung bewußt werden, gibt es viel zu wenig Einblicke in die Mechanismen, in die Hintergründe und Zusammenhänge der Sozialpolitik, die das Geld hat, „anzuschaffen". Wenn hin und wieder Druck an einzelnen Personen, die als Ventil dienen, abgelassen wird, so ist das nicht die Kraft zur Veränderung, die nur durch eine neue Prioritätensetzung erreicht werden kann.

## Ein großes Stück vom Kuchen

In Österreich sind die Dinge „kompliziert", d.h., sie sind personell, finanziell und auch aufgabenmäßig so verflochten, daß Probleme statt gelöst nur umgeschichtet werden. Um eine Bewußtseinserweiterung und damit ein gezieltes Interesse zu erreichen, wäre es wichtig, auch den Aufgabenbereich der österr. Sozialversicherung (SV), für die der Hauptverband (HV) repräsentativ ist, unter die Lupe zu nehmen. Der Hauptverband ist trotz seines Budgets von 230 Milliarden Schilling (Bundeshaushalt: 470 Milliarden) erstaunlich anonym; denn dieser Riese, der zentral alle Versicherungsträger der diversen Krankenkassen der Unfall- (AUVA) und der Pensionsversicherungen (PV) der Bundesländer vereint, versteckt sich z.B. bei der Einbringung aller Sozialversicherungsbeiträge hinter der wesentlich kleineren Krankenversicherung (KV). Die muß bei der Beitragseinbringung so rigoros vorgehen, daß laut Umfrage die Österreicher sie mehr als das Finanzamt oder die Polizei fürchten. Viel eher als das Finanzamt eröffnet die KV das Insolvenzverfahren.

**Aufteilung der Beiträge (Stmk. Gebietskrankenkasse)**

**1984: Nur 15,4% der Beiträge blieben für Zwecke der Krankenversicherung**
(Rund 63% der steirischen Bevölkerung sind durch die GKK geschützt und 80% aller Beschäftigten.)

**Von den für die Arbeiter und Angestellten eingehobenen Beiträgen entfielen auf:**

| Jahr | Pensionsversicherung | Öffentliche Fonds | Arbeitslosenversicherung | Unfallversicherung | Krankenversicherung |
|---|---|---|---|---|---|
| 1950 | 46,7% | 2,4% | 13,5% | 7,7% | 29,7% |
| 1960 | 49,0% | 7,6% | 11,4% | 6,4% | 25,6% |
| 1970 | 62,0% | 6,0% | 6,0% | 5,0% | 21,0% |
| 1980 | 62,4% | 10,7% | 5,7% | 4,5% | 16,7% |
| 1982 | 61,0% | 10,5% | 7,9% | 4,4% | 16,2% |
| 1983 | 59,8% | 10,2% | 9,9% | 4,3% | 15,8% |
| 1984 | 59,8% | 8,9% | 11,8% | 4,1% | 15,4% |
| 1985 | | | | | 15,1% |

So manch einer hat dann auch einen Zorn auf die Krankenkasse mit ihren ständig steigenden Beiträgen und weiß gar nicht, daß die Kasse selber auf Kosten der PV immer weniger vom eingebrachten Kuchen behält, gegenwärtig rund 15,1%. Trotzdem hört man die Krankenkasse bei einer erneuten Beschneidung nie aufschreien, denn die Obmänner der Bundesländerkrankenversicherungen sitzen erst recht in der Burg des Hauptverbandes — sogar Vizepräsident sein ist möglich — da wird es schwer zu unterscheiden, was denn verlockender ist: das rauhe Kassenhemd oder der Nadelstreifrock des HV! Der HV bleibt daher ein in sich geschlossenes System, in einer Art Sozialpartnerschaft, bei der die „Macher" sich immer mehr von den Betroffenen entfernen.

## Prioritätenverschiebung

Die finanzielle und persönliche Verflechtung, wo der Stärkere, in diesem Fall die PV, vor immer neuen Zugriffen in andere Budgets nicht zurückschreckt (erst kürzlich eine Milliarde aus der AUVA), hat aber auch den Aufgabenbereich der gesundheitlichen Versorgung verzerrt und zu einer geistigen Versteinerung beigetragen, beginnend bei der Reformunfähigkeit der PV. Es ist anders gar nicht erklärbar, warum die PV so reformunfähig ist und die Prävention in Österreich (Gesundheitsförderung = Krankheitsverhütung) erst in der Rehabilitation beginnt. Außer in Vorarlberg! Von den 300 Frauen, die in Österreich jährlich am Gebärmutterhals-Karzinom sterben, ist keine aus Vorarlberg.

Während der Herzinfarkt in Österreich weiter ansteigt, Schulkinder bis zu 60% orthopädische Schäden haben, 90% Karies und 38% der Arbeitnehmer übergewichtig sind, gibt auch die KV, ebenfalls unter dem Einfluß des Stärkeren, ihr Geld in der „Gesundheitsförderung" nur für Heim-, Kur- und Landaufenthalte aus.

Momentan ist die Innovation das Wort, das überall verkrustete Strukturen sprengen soll, warum nicht auch in der Gesundheitspolitik der KV? Die Frage ist nur, wie denn das theoretische Wissen umgesetzt werden kann, die Antwort darauf darf nicht kosmetisch sein.

Wäre es nicht endlich an der Zeit, sowohl die finanzielle wie auch die medizinische Versorgung neu zu überdenken? Zum Beispiel ist der Arbeitsunfall, für den die AUVA eingerichtet wurde, längst vom Freizeit- und Verkehrsunfall überholt. Das müßte sowohl versicherungsentsprechende Änderungen bringen wie auch ein neues Konzept für die Versorgung des Unfalls mit einer Einbeziehung in die gesamte Chirurgie. Menschlich ist es schwer verständlich und volkwirtschaftlich absurd, die Abgrenzung der medizinischen Versorgung für ein und dieselbe Krankheit für ein und dieselbe Person davon abhängig zu machen, ob der/die Betroffene bei der Arbeit war oder 5 Minuten danach.

## Gesundheitspolitik ist Gesellschaftspolitik

Da Gesundheit oder Krankheit sowohl von den Lebensgewohnheiten wie auch von den Lebensumständen abhängen, ist Gesundheitspolitik auch immer Gesellschaftspolitik. Es gibt keinen Lebensbereich, der nicht Einfluß auf die Gesundheit hat, sei es der Wohnbau, die Landwirtschaft, die Industrie oder gar die gesamte Umwelt.

Wann und wo dann durch einen gesundheitsschädigenden Einfluß die stets labile Gesundheit mit ihrer diffizilen Symbiose von Zellen und Organen einen schicksalhaften Zusammenbruch erfährt, das ist der Zeitpunkt, zu dem spätestens die kurative Medizin einsetzt. Von ihr erwartet man entweder die Wiederherstellung der Gesundheit oder zumindest eine Linderung des Leidens.

Die kurative Medizin hat für diese beiden Aufgaben unterschiedliche Bereiche: den stationären oder den ambulanten, wobei die medizinisch-technische Entwicklung, aber auch das Verrechnungssystem der Krankenversicherung dazu beigetragen haben, daß ein immer größerer Teil der Behandlung in den ersteren, den stationären Bereich verlagert wird. Da oft in der Ordination des Arztes nicht die notwendige, apparative Einrichtung oder gar die Möglichkeit einer besonderen Therapie vorhanden ist, verläßt der Patient immer öfter die zwischenmenschliche Atmosphäre der Praxis (soweit diese zeitlich möglich ist) und wird stationär aufgenommen und kommt somit in ein neues, fremdes Milieu, dessen Mechanismen er nicht kennt.

Oft erhält er dann auch wenig Einblick und Information über seine Erkrankung sowie die damit verbundenen Behandlungen, und steht der natürlich gewachsenen Gemeinschaft zwischen Arzt und Pflegepersonal als Neuling gegenüber. So ist er/sie zwar das wichtigste, aber auch schwächste Glied dieser Kette. Mag er/sie während der Akutbehandlung noch schicksalsergeben verweilen, wachsen mit fortschreitender Genesung die Ansprüche an Information wie auch Anleitung, die man von diesem Zeitpunkt an auch von ihm/ihr erwarten sollte; die wachsende Selbständigkeit macht ihn/sie z.T. auch „gesund".

Leider gibt es keinen Unterschied zwischen Akut- und Pflegebett im gesamten Spitals- wie Verrechnungsbereich, obgleich dies nicht nur sinnvoll, sondern auch wirtschaftlich wäre. Denn bisher ist der Pflegekostenersatz der Krankenversicherung ein Pauschalpreis, der nicht differenziert ist, weder nach Leistung für den Kranken, noch nach dem Zustand des Patienten.

Als Folge wird der/die Kranke daher auch oft zu früh und zu wenig angeleitet aus dem Spital entlassen, statt durch eine tertiäre Prävention — der Rehabilitation — seinen/ihren Gesundheitszustand festigen zu können. Ein neues, gesundheitspolitisches Programm aus einem anderen Blickwinkel für die Nachbehandlung ist daher erforderlich, d.h., die Rehabilitation braucht ein neues Konzept. Die gegenwärtig große Frage ist daher die Frage nach der Sinnhaftigkeit, da bisher verschiedene Versicherungsträger mit unterschiedlichen Rehabilitationsprogrammen in einer Art Konkurrenzkampf den Kranken versorgen.

Denn die Rehabilitationszentren haben einen Ehrgeiz entwickelt, sie greifen immer mehr in die kurative Medizin ein und treten somit in ein Konkurrenzverhältnis zu den Krankenhäusern. Als Beweis für diese Behauptung mag die Tatsache gelten, daß manche Rehabilitationszentren schon Geräte besitzen, von denen Kliniken nur träumen. Diese Zweigleisigkeit ist nicht nur für den Patienten inhuman, denn er muß erst in ein Spital, um dann später in einem Rehabilitationszentrum die richtige Behandlung zu erhalten, sie ist auch unwirtschaftlich, da ein solches System überladen und zweigleisig ist.

Die Rehabilitation steht aber nicht nur für die Wiederherstellung der Gesundheit, sie ist auch eine Hoffnungsquelle für Behinderte, für psychisch Kranke und für Pflegefälle. Rehabilitation ist nicht nur Wiederherstellung von Gesundheit, sondern gleichzeitig eine Stabilisierung gegen die fortschreitende Verschlechterung. Hiefür wären — zwar unter ärztlicher Anleitung — aber doch überwiegend mehr paramedizinische Berufe wichtig, eine Realität, die sowohl politische Auseinandersetzungen wie auch kammerorientierte Interessensaspekte hervorruft. Bei deren Einwänden der Kranke oft nur als „Arbeitsplatz" gesehen wird, um den man sich streitet. Für den Steuerzahler, um dessen Geld es letztendlich geht, und der dann auch Patient sein kann, sind diese Auseinandersetzungen von sekundärer Bedeutung. Er/sie hat den Anspruch auf die bestmöglichste medizinisch/pflegerische Betreuung, die jedem Versicherten im ASVG (99,1%) als uneingeschränktes Recht auf höchstmögliche Versorgung zugestanden wird. Demgegenüber steht jedoch die Realität der begrenzten Mittel, die durch die Höhe der Beiträge gegeben ist, wobei man wissen muß, daß die Krankenversicherung im Gegensatz zur Pensionsversicherung keine Bundeshaftung besitzt.

Die Krankenversicherung und alle weiteren „Zahler" stehen vor dem Problem, daß eine beachtliche Steigerung der Ausgaben dadurch bedingt ist, daß — je besser und fortschrittlicher die medizinische Versorgung wird — gleichzeitig die Anzahl der Krankheiten und damit die Ansprüche steigen. Durch den Fortschritt der Medizin stirbt der Patient heute nicht mehr an der Krankheit, statt dessen begleitet sie ihn aber oft für den Rest des Lebens, sodaß die Frage gestellt werden kann, ob die Menschen wirklich länger leben, oder nur einfach länger krank sind.

Die gesundheitspolitische Frage ist, wann nach der Diagnose welche Therapie zu welchen Bedingungen angewandt werden kann. Ärztliche Ausbildung, Anschaffung und Einsatz entsprechender Behandlungsvoraussetzungen kommen ebenfalls zur Diskussion. Inwieweit wird und kann der niedergelassene Arzt, der die Anamnese seines Patienten am besten kennt, einbezogen werden, ist es denkbar, daß auch er im Krankenhausbereich arbeiten kann? Muß jeder zusätzliche Arzt eine neue Diagnose stellen? Oder können nicht manche Befunde, die zeitlich nicht zu weit auseinanderliegen, übernommen werden? Wie steht es mit der Integration neuer Richtungen in der Medizin, z.B. in der manuellen Medizin, um nur eine zu nennen?

Die Frage der **gesundheitspolitischen Verantwortung** ist daher nicht nur eine finanzielle, sondern weit mehr die Frage der **Prioritätensetzung,** und diese **Aufgabe ist Politik.**

Gundl Hollomey

# BARBARAZWEIGE

## oder

## Die Bedrängnisse eines konzeptzementierten sehnsüchtigen Erfüllungszwanges...

Wer stellt all die Fragen,
die wir laufend beantworten?

Einstens stellte ein Mensch als 1. eine 1. Frage:
Was sollte er tun — er habe Rückenschmerzen?
Nach verschiedenen Ansätzen und Überlegungen vieler kompetenter Menschen wurde ihm geholfen.
Das war das Ei!
Man bestellte einen Bürgermeister für Rückenschmerzen, baute einen Gemeinderat nach dem Proporz auf und begann konstruktiv zu arbeiten. Jeder Bürger, der einmal schief auftrat, ausrutschte, zu lange auf einem Sessel saß, konnte sich auf der Behandlungsliste eintragen, die ihrerseits wuchs und wuchs.
Es schien so: Rückenschmerzen hatte man im Griff — alle, auch solche, die vielleicht einmal welche werden wollten. Die Heilung war erfolgversprechend: Rückfälle wurden wieder hinten angereiht! Der Kreislauf war geschlossen! Als unangenehm wurden nur „Nebengeräusche" empfunden; Störfaktoren, die sich da und dort dazugesellten, wie Ohrenschmerzen, ein gebrochener Knöchel oder auch nur ein Schnupfen. Umso schneller mußte man sich abgrenzen!
Man ging daran, „Rückenschmerzen zu institutionalisieren"!
Es war nicht ganz einfach, in ein empfindsames Gefüge — empfindsam in vielen Belangen, wie weiblich, männlich, verheiratet, sozial abgesichert, verankert und ausgewiesen — einen Status quo zu zementieren. Aber es gelang — allmählich. Man durchdachte gut, konferierte behende, fing ein, knotete zu, grenzte ab und sperrte ein.
Der österreichische Staat hatte sein funktionierendes Rückenschmerzen-Ressort. Eine 1. Gruppe von Menschen setzte ihre ersten Taten.
Die „Institution" nahm wohl die Frage des erkrankten Einzelmenschen ernst, **legte aber die Antwort auf alle Menschen um,** begann Gesundheit zu verordnen. Und sie fragte nicht mehr zurück, wie es dem jeweiligen einzelnen — der die Antwort auf seine Frage jeweils **selbst** sein wollte, dabei erging.
Tat folgte auf Tat. Das Rückenschmerzen-Ghetto begann sich aufzublähen, zu verhärten, wurde gefügig und gefällig und — empfindungsarm. Im sehnsüchtigen Erfüllungszwang pendelte das Rückenschmerzen-Pflichtkonzept hin und her und machte sich alle Bedrängnisse, über die eigentlichen Rückenschmerzen hinaus, zu eigen: Prestige, Werbung, Konsumverhalten, Gesundungsdiktat nach diesem oder jenem angepaßten oder abgefaßten Sollrezept.

Ich glaube, wir haben uns daran gewöhnt, **laufend Fragen zu beantworten,** deren Inhalte einstens, als diese von Fragenden gestellt wurden, von anderen Voraussetzungen, Notwendigkeiten und Zielvorstellungen geprägt waren.

Vielleicht sollten heute unsere Antworten, unsere Antwortshandlungen — hervorgegangen aus den verschiedensten Interessengruppen, in politische Programme umgesetzt — leiser werden, zögernder, gehemmter — auch wenn sie menschliche Gesundheit betreffen. Vielleicht müssen viele Antworten völlig verstummen, damit neue differenziertere Fragen, von Individuen gestellt, wieder gehört werden können?

Wer fühlt all die Leiden,
die wir laufend heilen?

Immer noch der einzelne Mensch als Leibseele! Die Gesundheit des Einzelmenschen ist jeweils Frage und Antwort, eben dieses Individuums. Der einzelne Seelenleib **fühlt** sich krank oder gesund! Der individuelle Mensch **ist** krank oder gesund — wenn er sich als solches fühlt!

Nehmen wir an — und nichts steht im Wege, dies in unserem Kulturkreis noch zu glauben — der Mensch, die Menschen **sind gesund, werden gesund geboren,** jeder einzelne, mit einer Fülle von vielschichtigen Anlagen, die die Chance in sich tragen, im jeweiligen Umfeld und der persönlichen Daseinszeit gesund zu erhalten oder erkranken zu lassen. So, wie sich eben gerade dieses Leben entfalten kann oder muß, was es sich zumutet und auferlegt, und wie dicht es sich in das Netz effektiv krankmachender Faktoren verstrickt oder verstricken läßt. Alles ist in Entwicklung! Der Mensch **entwickelt** sich. Er lebt **seine** Entwicklung innerhalb vieler, vielfältiger Entwicklungen. Entwicklung aber ist kein Zustand, sondern ein **Vorgang!** Solange sich der Mensch entwickelt, geht etwas in ihm vor.

Nimmt man an, der Mensch entwickle sich an sich, um seiner selbst willen, als sein Konzept (von Gott gewollt), und sieht vom Entwicklungsziel (= Tod) mit seiner ihm eigenen Gesetzmäßigkeit ab, wird bei einer Unterbrechung dieses „Vorganges", einer Hemmung oder einer Lenkung in „falsche Bahnen", die Entwicklung aufgehalten, bzw. es entsteht eine Fehlentwicklung.
Jeder gesunde Organismus kann plötzlich versagen. Das Leben mit seinen Gefahren, Anforderungen, seiner Zersplitterung — zeitlicher, räumlicher und emotionaler Natur — durchbricht die Grenze des Ertragbaren manchmal ganz unerwartet.
Was kann geschehen? Was ist nahezu eine unausbleibliche Folge, vorausgesetzt eben, der Mensch wird nicht in Minutenschnelle das Opfer einer von außen auf ihn stürzenden Unfallursache?
Der Mensch als Leib-Seele-Einheit wird überreizt und „nervös"; Schmerzen, Schwäche, Herzklopfen und Angstgefühle überfallen ihn. Der Mensch wird in all seinen potentiellen Störungsmöglichkeiten angreifbar von Bakterien, Streptokokken, Viren — ja, von sich selbst und von all den Nöten des Lebens, seines Lebens. Fehlfunktionen und mangelndes Zusammenspiel seiner Organe, seiner Zellen erfährt er in Erregbarkeit, in Ermüdung und Zerstreutheit, in Schmerzen und Wucherungen. Die Arbeitsfreude und Konzentrationsfähigkeit nehmen ab; der Lebensschwung braucht immer stärkere Impulse und Stimulantien. Es wird anstrengend zu denken, Gelesenes zu behalten, neugierig zu sein, sich zu interessieren, sich zu wundern. Der Mensch ist nicht mehr belastbar, nicht mehr fähig, Streß im Rhythmus auf- und abzubauen, allmählich fühlt er sich „irgendwie krank" — er „schlägt zu Boden".
Krankheit jedoch vermindert **für das erste einmal** alle Fähigkeiten und Energien, verursacht **Entwicklungshemmung!**

Rollen wir nun einen verkürzten Steckbrief der **Umwelt** auf, in der dieser kranke Mensch zu leben hat; sowohl im Freien als auch in der von ihm selbst erbauten, ist die unmittelbare Umwelt des Menschen die ihm umgebende Luft mit ihren Inhaltsstoffen, die sich im direkten Kontakt mit seinem Körper bewegen. Schadstoffe der Außenluft, Emissionen der Baustoffe schweben in den Grenzbereichen zwischen umgebender Luft und menschlichem Körper. Haut, Schleimhäute der Augen, des Atemtrakts und besonders die Lungenbläschen sind unmittelbare Kontaktzonen!

Die „Luft" aber, unsere Atmosphäre — so wird gesagt — „ändere ihre Zusammensetzung in globalem Maßstab." Die Durchschnittstemperatur auf der Erde wird gefährlich steigen — „der Wärmeschub werde die klimatischen Verhältnisse signifikant beeinflussen."

In der oberen Stratosphäre wird mit Sorge der fortschreitende Abbau der Ozonschicht, die aber gefährliche Komponenten des Sonnenlichts weitgehend ausfiltert, registriert...

Nach Sätzen, die Not künden, geben Worte Raum für Angst-Phantasien. Boden, Wasser — Pflanzen (gesteigertes Waldsterben von 22% auf 61% in 2 Jahren in Gebieten der USA-Ostküste), Tiere — Antibiotika, Hormone, Gifte, Strahlen, Krankheitserreger...

Zum Umfeld des Menschen zählt auch unmittelbares menschliches Machwerk; z.B. wirtschaftliche Schildbürgerstreiche: „Millionen von Menschen in den Ursprungsländern der Nahrungsmittelexporteure sterben an Hunger, während mit selbem Exportgut die Überschußländer ihre Agrarwirtschaft dem Ruin zutreiben!" (Observer, Oktober 1986). Im Jahre 1985 waren es weltweit 17 Millionen Kinder unter 14 Jahren, das sind 45.700 pro Tag, die an Hunger gestorben sind! Ist das ein menschenwürdiges Regulativ zur Bevölkerungsexplosion?

Wiederum Worte, die vielleicht ärgern: statische Ethik, erstarrte Rechte und Normen, falsche, abgekoppelte Ziele, eingedickte Gefühle, kalte Rationalität, Dialektik „der Gesetze als Siebe" — auf jeden Fall zu Ungunsten des einzelnen Bürgers...

Unsere Umwelt — wir erinern uns an unseren erkrankten Mitmenschen — hat ein Zeitsystem begünstigt (oder auch umgekehrt), das in seiner Geschwindigkeit und Rasanz menschliche Ansprüche überfordert (der menschliche Körper hat seine ihm eigenen Rhythmen!). Zur Sehnsucht nach einem geringeren Tempo kommt die zunehmende Ungewißheit über das Reiseziel.

Arbeitssuche vielleicht?

Ermüdungen sind unterwegs!

Und trotzdem geht ein Rausch des Lebenswollens über diese eine Erde — Billionen Lebewesen, die sich der Sonne zuwenden, dem Licht, dem Wasser, den Nährstoffen der Erde, und nach Leben begehren. Und seit einigen hunderttausend Jahren nimmt der Mensch an diesem Leben teil mit seinem Lebenswillen in Eis- und Zwischeneiszeiten, mit seiner Lebensbehauptung im Kampf mit widrigen Naturmächten, mit seinen Mitmenschen, mit sich selbst. Der Mensch hat gebaut: Häuser, Städte, Straßen, um sein Leben zu schirmen, zu verteidigen, zu behüten. **Leben** wollte er auf dieser Erde! Mochten auch Flut, Sintflut, Vulkan und Feuersbrunst, Pest, Krieg und Hungersnot dieses Leben bedrohen und immer wieder vernichten.

Und leben will der Mensch auch heute — ein Rausch des Lebenswollens geht über diese eine Erde!

Was bedeutet diese Lebenskraft — allerdings eben auch gedrosselt — für einen kranken, in seiner ihm eigenen Entwicklung gehemmten Menschen? Eines Menschen, der trotz dieser unserer Umwelt oder eben gerade deshalb in ihr verankert ist?

Ist es eine Welt, die uns schnell gesunden läßt?

Üblicherweise geht er zum Arzt, zur Ärztin. Er trifft auf einen Menschen, der sich aller Hilfsmittel (Untersuchungsapparate, Medikamente, der im Computer gespeicherten Codes...) adäquat bedient, ohne zum „Zauberlehrling" abzustürzen. Der Erkrankte erfährt Diagnose und Therapieansätze — dem Erkrankten kommen Gedanken. Jeder Gedanke aber ist eine beginnende Handlung; mehr noch: Gedanken sind Kräfte, die nach Entwicklung streben.

Warum kam ich soweit? Wodurch wurde ich krank? Sollte ich nicht? Ja! — und ich zähle bewußt „Allgemeinplätze" auf! —

- Das Streben auf Ziele ist wichtig, auch wenn sie nicht erreicht werden.
- Die Heilkraft liegt in der Natur selbst (Pflanzensäfte, Spaziergänge...).
- Die Gesundheit muß von innen erhalten werden.
- Die Verhinderung der Erkrankung ist Gebot!
- Wo ist die Tugend der Heiterkeit geblieben! („Gott hat dir das Gesicht gegeben, lächeln mußt du selbst!")
- Sollte ich nicht meine Lebensweise ändern (Ernährung, Genußmittel, Bewegung).
- Muß ich nicht selbst für mich alle Gefahren **klein** halten und mit geschärften Sinnen leben?
- Kenne ich meine persönlichen, individuellen Bedürfnisse?
- Sollte ich nicht in allen Bereichen positiver denken; mich weniger mit Vorurteilen belasten?
- Nehme ich mir immer wieder etwas für mich „Besonderes" vor?
- Wer bin ich in meinem sozialen Umfeld?
- Lasse ich mich ein „auf die Suche nach dem goldenen Vogel" — wie Märchen es erzählen; „auf das Verlangen, die Sehnsucht nach dem Absoluten, die Erfahrung, daß der Gedanke in Transzendenz mündet?"
- Versuche ich mich als Ganzes zu empfinden — mit mir identisch zu werden, indem ich über „mich" als Vorfindlichen hinausgehe und mein „ich" transzendiere?
- Halte ich mein Leben überschaubar — **löse** ich Probleme, **entscheide** ich — oder **lasse** ich micht **treiben?** (Den anderen kann ich nicht verändern — zumindest selten „direkt" — nur mich selbst! —)
- Bin ich ein „ich" oder lebe ich so, daß man mich gelegentlich ein „ich" sein läßt (in Familie, Beruf, Staat — im Wohlbefinden)?
- ...

Es gibt aber Ereignisse, die das Leben eines Menschen „mitten ins Herz" treffen und alles verändern, alles zum Einsturz, zur Auflösung zu führen scheinen.

Ich verenge diese Ereignisse hier in meiner Ausführung auf physisches Gebrechen.

Der „sich irgendwie krank" fühlende Mensch kann nicht mehr im herkömmlichen Sinn „gesunden". Ein lebensbedrohender, ein lebenslanger Prozeß hat begonnen. Der Mensch leidet zutiefst an seinem Körper — der Mensch leidet in und mit seiner Seele, seinen Gedanken, seinem Herzen. Was bleibt ihm selbst zu tun?

„Dein kurzes Leben
wunderschöner Schmetterling
wirst du glücklich sein!"

Glücklich sein? Sich einpendeln mit positivem Empfinden in Unabänderliches? Nicht resignieren, nicht stagnieren, nicht phlegmatisch, nicht depressiv werden!

Das ist für mich letzte Gesundheit des ganzen Menschen!

Ich zitiere die Lebenshaltung eines jungen Menschen, der mit 8 Jahren erblindete — stellvertretend für alle menschenmöglichen Leiden und Behinderungen.

„Das wiedergefundene Licht" — die Autobiographie eines Menschen, den seine Blindheit sehen lehrte — Jacques Lusseyran.

Der junge Mann hatte in natürlicher Tiefe zu leben gelernt — mit 15 Jahren erkannten seine Freunde das andere Geschlecht...

„Ohne es zu wissen, war ich soeben auf eines der härtesten Hindernisse gestoßen, dem ein Blinder begegnen kann, und von jetzt an mußte ich zwei Jahre lang von Abgrund zu Abgrund gehen, bis mein gesunder Menschenverstand wiederkehrte. Ich stellte mich ans Fenster meines Zimmers. Ich lauschte den Geräuschen, die vom Hof heraufdrangen. Ich tastete, ich hörte, aber ich konnte nicht mehr wie früher wahrnehmen. Ein Schleier fiel vor mein Auge. Ich war blind.

Da schloß ich das Fenster. Ich verkroch mich. Ich erzählte mir Geschichten von Grenzen, die unüberschreitbar sind. Ich machte mich über die Träume meiner Kindheit lustig. Mein Herz war voll, meine Hände leer, unbewaffnet angesichts einer Welt, in der alles zum Sehen geschaffen ist, in der man nirgends hingehen kann, wenn man nicht allein geht.

Ich fühlte mich auf das beschränkt, was ich am besten konnte, mich aber am wenigsten interessierte: in der Schule zu glänzen. Mein Hals wurde eng vor Neid, wenn man mir von Jungen erzählte, die Radausflüge mit Mädchen machen wollten. Ich mußte zuhause bleiben, das war mein unseliges Schicksal.

Zum Glück nahmen Eifersucht und Dummheit, selbst in diesen zwei Jahren, nie mehr als die Hälfte meines Ichs gefangen: ja sogar nur den kleinsten Teil. Das verdankte ich vor allem Jean, der mit einer umwerfenden Geduld alle nur möglichen Argumente hervorsuchte, um mir zu beweisen, daß seine Vorteile so gut wie wertlos seien. ‚Wenn du wüßtest", sagte er, ‚wie wenig wir tatsächlich sehen! Die Mädchen zeigen uns nichts.' Dann gab es auch eine Stimme, die in mir sprach. Wenn ich die Kraft hatte, sie anzuhören, vernahm ich deutlich, wie sie mich einen Dummkopf schalt. Sie sagte, ich sei in eine Falle geraten, ich hätte die wahre Welt vergessen, jene Welt, die in uns liegt und die Quelle aller anderen ist. Ich müsse daran denken, daß diese Welt, anstatt zu vergehen, mit den Jahren immer größer werde, freilich nur unter einer Bedingung: daß ich unterschütterlich an sie glaube.

Die Stimme fügte hinzu, daß man das, was man einst in der Kindheit gesehen hat, auf ewig sehen werde. Sie eröffnete mir prächtige Aussichten: die leichten Mädchen — solche, die an nichts als sich selbst denken (und auch das kaum!) — würden mich fallen lassen. Aber es gebe die anderen, die echten. Und auf diese müsse ich meine Hoffnung setzen. Sie erwarteten von mir, daß ich nicht an ihnen zweifle. Sie wünschten nicht, daß ich das, was ich liebe, aufgebe, weil auch sie es liebten. Vor allem verböten sie mir, meine Lage mit der des Durchschnittsmenschen zu vergleichen. Das hatte ich ja bereits begriffen: vergleichen bedeutete leiden, sinnlos leiden, **denn nichts auf der Welt ist jemals vergleichbar."**

Deshalb aber sagte **ich:** Krankheit **vermindere** für das erste einmal alle Fähigkeiten und Energien, verursache Entwicklungshemmung.

Für das zweite **kann** sie zu einer Entwicklungssteigerung anregen in besondere Höhen und Tiefen — nach einem Umsteigschwung. „Ein Rest", der nicht aufgeht, wird immer bleiben im Leben auf dieser Welt — ob der Mensch (nach einer Checkliste) gesund oder erkrankt ist, sich gesund oder krank fühlt. Diesen Rest, den es in jedem Individuum, in jedem sozialen System, in der gesamten Menschheitsgeschichte seit eh und je gibt — **kann** das jeweils nächstgrößere Gefüge verringern, erträglicher machen — vorausgesetzt, daß es die richtige Tastatur ergreift, vorausgesetzt, daß es männliche **und** weibliche Prinzipien einbringt.

Politische Strukturen haben vor allem die Aufgabe, das Umfeld zu schaffen, daß sich subjektive Gesundheit entfalten kann, daß **jedem** Lebensalter **seine** Chance und Entwicklungsmöglichkeit bereitet wird; daß falsche — phasenverschobene — Bedrängnisse zu ungunsten persönlicher Gesundheit aufgehoben, verändert werden.

Es ist wesentlich, die Balance zwischen „individueller Gesundheit" und der „Erfüllung auferlegter öffentlicher Konzepte" immer wieder neu einzuloten.

Vielleicht ist die Zeit gekommen, politisches Handeln (umsetzen staatsbürgerlichen Wollens) **zum Ausdruck der Radikalität werden zu lassen** — indem Politiker sagen, sie blieben stehen, wo sie seien — hielten inne — Ausschau, horchten und begännen von grundauf neu zu denken...

Werden wir von grundauf neu zu denken beginnen, damit die fundamentale Menschheitskrise über die Schwelle in einen neuen Großabschnitt der Entwicklung führen kann?

Denn nur in einer ganzheitlichen Gesamtbewältigung erkenne ich menschliche Gesundheit (= Leben mit Zukunft).

Am Übergang in eine neue Phase unserer gesamten menschlichen Entwicklung — und wir können mit Recht annehmen, daß wir davor stehen, ohne zu wissen, ob wir genügend Zeit und Intelligenz haben, die Tore zu öffnen — wird bisher Sinnvolles, Gutes plötzlich unvereinbar mit der Weiterexistenz der größeren neuen Gesamtheit. Die Wertekrisen an solchen Punkten rühren daher, daß mit Beginn eines neuen Großabschnittes die Spielregeln wechseln, oder genauer, daß an solchen Punkten bisher nützliche und evolutionsfördernde Faktoren und Eigenschaften plötzlich schädlich werden.

Solche Krisen kommen daher, weil für neue Entwicklungsphasen **neue Wertsysteme** gelten.

„Alte Mythen überholt
die Zeit mit Riesenschritten.
Hat Gott vielleicht gewollt,
daß wir stets neu um Antwort bitten?"

Um dies zu veranschaulichen, einige Beispiele aus den Anfängen des Lebens. (Es ist wertvoll, daß wir mittels naturwissenschaftlichen Denkens mehr und mehr zu „Interpreten des Lebenskonzeptes" werden — **das Gott will**).

● Um genügende Mengen der Ketten-Moleküle zu erzeugen, die sich zu den ersten Lebewesen vereinigen konnten, waren Blitz, ultraviolette Strahlung und vulkanische Hitze nötig. Ohne diese physikalischen Einwirkungen wäre ein Lebensbeginn unmöglich gewesen. Aber dann, als sich die ersten Lebewesen endlich gebildet hatten, waren diese so zart und empfindlich, daß Blitz, Strahlung und Hitze sie sofort zerstört hätten. Das Leben war etwas aus einer ganz anderen, einer ganz neuen Welt, und brauchte deswegen auch eine sehr viel behutsamere, ausgeglichenere Umgebung, als es Steine, Sand und Moleküle brauchten, die es vorher gab.

Für den neuen Evolutionsabschnitt war das bis dahin so förderliche zur großen Gefahr geworden.

● Oder denken wir an den Übergang von Einzellern zu Vielzellern. War das einzige Ziel der einzelligen Lebewesen in ihrer Phase, möglichst bald durch Teilung wieder zu zwei Einzellern zu werden, war zangsläufig das Ende der hemmungslosen Vermehrung der Zellen gekommen, als der Einzeller zu einem Baustein in einem größeren Zellverband wurde. Ein solcher Vielzeller entwickelte ein kompliziertes System der Arbeitsteilung unter seinen Zellen. Verschiedene Organe übernahmen verschiedene Funktionen. Der Teilungsegoismus des Einzellers mußte sich dem Wohle des Ganzen unterordnen. Wie gut dies gelungen ist, beweisen all die Vielzeller, die unsere biologische Welt bilden. Und doch — der Egoismus des Einzellers ist noch nicht ganz überwunden. Immer wieder kommt es vor, daß eine der vielen Zellen (Menschen haben etwa 5 + 13 Nullen Zellen!) zurückfällt in die Teilungsfreudigkeit ihrer Vorfahren: es kann Krebs entstehen.

Die früher so überlebens-förderliche, nützliche Teilungsfreudigkeit ist mit Beginn des neuen Abschnittes der Evolution zur lebensbedrohenden Krankheit geworden.

Was gestern noch gut und sinnvoll war, wird heute zur Existenzbedrohung! Viele der noch gestern so zweckmäßigen Eigenschaften des Menschen haben sich heute in ihr Gegenteil verkehrt.

● Der Speer in der Faust des Steinzeitmannes ist zum Cruise missile mit mehreren Nuklearsprengköpfen geworden, das vom Computer gesteuert unsichtbar unter dem Radar-Schutzschirm hindurchfliegt und sein Ziel auf wenige Meter genau trifft.

● Oder denken wir an unsere Vermehrung. Seit Urzeiten hat ein Menschenpaar etwa 6—8 Kinder gezeugt — im Mittel blieben 2 am Leben; die Zahl aller Menschen blieb also etwa gleich groß. Seit 200 Jahren etwa, mit Hilfe der Medizin als Wissenschaft, vermehrt sich die Zahl unserer Mitmenschen erst langsam, dann immer schneller. Diese Bevölkerungsexplosion steigert alle anderen Probleme unserer Welt ins Überdimensionale.

● Denken wir an unsere Besitzfreude. Ehemals ein **großer Überlebensvorteil,** „Sammler" zu sein — alles, was nützlich schien, mitzunehmen. Heute wollen mehr und mehr Menschen mehr und mehr haben: von allem — und Müll, Gifte, strahlende Endprodukte türmen sich. Natürliche Vorräte werden knapper.

Wir sind in einer neuen Epoche Sammler (= heute: Besitzgeier) geblieben!

Wir streben nach Macht, nach Statussymbolen und schüren unseren Ehrgeiz.

Wir sind voll Ängste und lösen unsere Probleme in unkontrollierten Aggressionen.

Wir nennen uns gesund, weil es für diese genannten Eigenschaften vordergründig keine Pillen gibt!

Doch all diese Eigenschaften, die uns durch Jahrtausende das Überleben sicherten, unsere Weiterentwicklung garantierten und uns heute allmählich zu Fall bringen, müssen über unser Kulturverständnis, unsere Wirklichkeitsdistanz durch Erkennen und Überlegen, über unsere Konstitution im geistig-seelischen Bereich uns selbst zu reflektieren und zu lernen, abgebaut und umgewandelt werden.

Ich glaube nicht, daß wir in unserer diesbezüglichen echten Zeitnot „auf den evolutionären Schub" warten können, ohne nicht weiterhin Geist und Vernunft überdimensional einzusetzen — allerdings eben mit verkehrten Vorzeichen als bisher in diesem Jahrhundert. Und das umso dringlicher, denn in allen Bereichen des menschlichen Lebens sind stets Elemente integriert, die als biologisches Erbe bezeichnet werden können, die also stammesgeschichtlich zu erklären und im menschlichen genetischen Code festgelegt sind. Diese bestimmen weitgehend die „Natur" des Menschen und sind grundsätzlich nicht über das jeweilige Individuum hinaus modifizierbar. Das heißt, sie ändern sich über sehr viele Generationen hinweg fast nicht, da es keine Vererbung erworbener Eigenschaften gibt — wie sie sich durch die verschiedenen Lebensentfaltungen und Umwelteinflüsse für den einzelnen Menschen ausformen.

Es wäre sogar denkbar, daß typische Ehekrisenjahre, das Trotzalter der Kinder, zu unserem biologischen Erbe zählen und phylogenetisch zu deuten sind. Möglicherweise liegen hier rudimentäre Hinweise auf frühere Saisonehen bzw. früheres Verselbständigen des Nachwuchses vor.

Wahrscheinlich ist die Pubertät des Jugendlichen die entsprechende biologische Phase des jetzt lebenden Menschen. Denn wie „alt" sind wir denn schon in unserem eindimensionalen wissenschaftlichen Fortschrittsdenken im Bereich unseres Geworden-seins?

„ganz sein — nicht zerstückelt leben
heil sein — nicht zerstört
heil machen — nicht kaputt machen
hungern nach der Gerechtigkeit
nicht satt sein in der Ungerechtigkeit
authentisch leben — nicht bewußtlos — apathisch
in den Himmel kommen —
nicht in der Hölle bleiben."

(Dorothee Sölle)

Wie aber ist Neudenken, sogenanntes „Schwellendenken", zu spüren, zu ahnen, zu erlernen, damit wir aus der Starre eines sehnsüchtigen Erfüllungszwanges auf allen Gebieten in die Dynamik eines Prozesses unserer Entwicklung einpendeln?

Um uns wieder auf unser Thema des individuellen Wohlbefindens (bei vorhandener oder fehlender Krankheit) zu besinnen, frage ich: „Wie ist eine Umkehr der Einstellung erreichbar, die dem Einzelmenschen den Glauben an die eigene Fähigkeit gibt, sich gesund zu fühlen, somit gesund zu sein, auch wenn er so manches Leiden mit sich trägt? Wie vermögen wir unseren „etwas oder nichts"-Anspruch einzudämmen und zu beginnen, „etwas und etwas anderes" — zu denken?

● Vielleicht, wenn wir alle die „Reaktivität des Individuums" fördern, wenn wir das weite, breite „Gebiet der Idee" wichtig werden lassen, das uns wegführen kann von kleinlicher Egozentrik, vom: Auf Rechte pochenden Egoismus.

● Wenn lebenswerte Konzepte wieder in der Beschränkung bestimmter Erfahrungen Wert gewinnen.

Haben wir nicht bereits in dieser Generation aus der Not gehorchend in den Kriegs- und Nachkriegszeiten Beschränkung geübt? Könnte es nun nicht — im Wachsen neuer Werte — aus Einsicht und Weisheit geschehen?

● Wenn wir uns **alle unserer** menschlichen Probleme bewußt werden und jeder für sich selbst die Konsequenzen zu ziehen beginnt.

● Wenn die „Einmaligkeit eines Geschehens" erspürt wird mit ganzheitlicher menschlicher Empfindung und Tiefe. (Dann muß ich kein Dauerkonsument mehr sein!)

● Wenn wir uns gegenseitig bewußt machen können, daß im Leben nicht der Stärkere überlebt, sondern das Passendste, das Anpassungsfähigste. (Nicht der rasante Autofahrer überlebt, sondern der oft auf Waldwegen Spazierende!)

Auch im Tierreich gibt es neben dem Löwen die Maus und den Frosch. —

● Wenn Politiker Böden bereiten, Bürger Felder bestellen und Urenkel ernten!

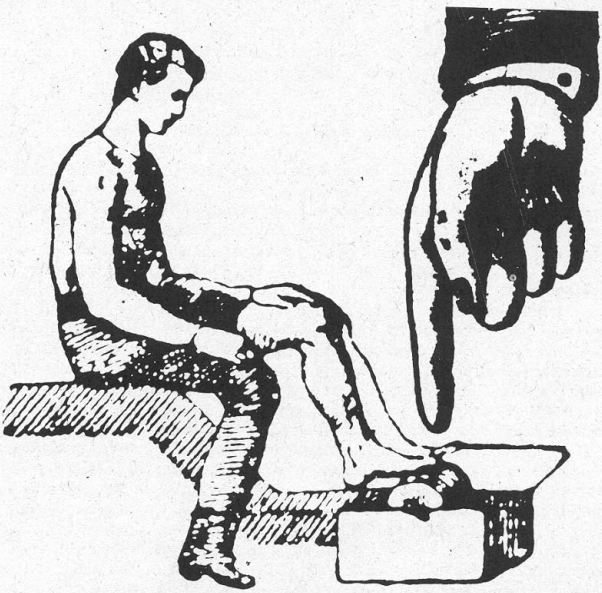
Dennoch:

Werden wir uns aus der post-Moderne (dem „Informationszeitalter") in ein new, ein „natural human age" hinüberretten?

Werden wir neue Schlüssel für die neuen Schlösser finden oder werden wir uns die verrosteten gegenseitig in die Augen treiben, weil sie in den neuen Schlössern nicht sperren und sich alte Gebäude und Gefilde aufgelöst haben? —

Werden wir gesunden?





Ingo Peyker

# GESUNDHEIT UND KRANKHEIT IN DER INDUSTRIEGESELLSCHAFT

In einer ersten Annäherung an das Thema soll anhand des Gebrauches der Begriffe „Gesundheit" und „Krankheit" das zeittypische Verhältnis des Menschen zu dieser existentiellen Lebenserfahrung aufgespürt werden.
Der zweite Schritt soll „hinter" dem Wort die Entstehungsbedingungen von Einstellungen und Verhaltensweisen kurz umreißen. Wie sich nun Wort und Handlung, Meinung und Konkretisierung derselben im Alltag eines Patienten darstellt, zeigt der dritte Abschnitt.

## 1. „Gesund" und „krank" — Gegensätze menschlicher Existenzerfahrung?

Bevor mit einer terminologischen Abgrenzung dieses Begriffspaares begonnen wird, soll grundsätzlich diskutiert werden, ob die vielfach für selbstverständlich gehaltene gegenseitige Ausschließlichkeit von „Gesundheit" und „Krankheit" (wer gesund ist, kann nicht gleichzeitig krank sein, und umgekehrt) auch immer stimmt.
In diesem Zusammenhang ist es wichtig, nach der „Grenze" zwischen krank sein und gesund sein zu fragen: „Wo beginnt die Krankheit und hört die Gesundheit auf und welche Normen werden jeweils zur Abgrenzung festgelegt?" Normalität und Anomalität sind nicht allgemeingültig — zeitlich und lokal gesehen. Was in verschiedenen historischen Epochen ein normaler Zustand war, konnte durch bestimmte Diagnoseverfahren und entsprechende Beschreibung und Katalogisierung „plötzlich" als Krankheit gelten. Andererseits gibt es auch starke kulturelle Unterschiede in der Einordnung normal — anomal. Es ist ganz klar, daß bestimmte Verhaltensweisen oder Zustände in Grenzbereichen als solche immer und überall erkannt werden. Es ist eben damit noch nicht ausgesagt, daß Krankheit und Gesundheit immer auch mit einer negativen oder positiven Zuschreibung besetzt werden (z. B. Krankheit und Leiderfahrung als Möglichkeit der Sinnfindung!).
Eine weitere Unsicherheit der Trennung von normalen und abnormalen physischen und psychischen Verhalten liegt in der Beschreibung der entsprechenden Merkmale. Sind diese Merkmale einer Person zuzuschreiben oder liegen diese in seiner Umgebung, ist der physisch und psychisch ,,gesunde" Mensch in kranker Umgebung nicht ebenso auffällig wie umgekehrt der „Patient" in einer heilen Umgebung? Kann Krankheit nicht auch eine „gesunde" Reaktion auf eine unerträgliche Belastung des Alltages sein?
Läßt sich die Gesundheit oder Krankheit überhaupt generell aus einem (statischen) objektiv feststellbaren Befund ableiten, oder müßte vielmehr die funktionelle Bedeutung aus der individuellen Lebensgeschichte in Betracht gezogen werden? Diese Frage trifft nur einen Ausschnitt des Problems der Zuordnung zu normal, abnormal, gesund und krank. Gesellschaftliche, kulturelle Bestimmungen und „Absprachen" unter den Mitgliedern einer Gemeinschaft legen fest, was als auffällige oder unauffällige Erkrankung zu qualifizieren und quantifizieren ist.
In der antiken Medizin wurde unter Gesundheit das „Gleichmaß der Körpervermögen" (eukrasia), das „Höchstmaß persönlicher Freiheit" verstanden (SCHIPPERGES 1984, 68). In der Romantik dagegen ist zur menschlichen Existenzerfahrung, zur kreativen Lebensgestaltung, zur personenhaften Vollendung gerade nicht die Harmonie der Vollendung, sondern die schöpferische Gebrochenheit, oder, modern formuliert, die „Leidenserfahrung" (in der Frage nach dem Sinn) notwendig (vgl. FRANKL 1979). Was wir in der Gegenwart — in der die Gesundheit vielfach als geordnete Struktur von Funktionen des Organismus gesehen wird — aus dem Blick verlieren, ist, daß zur „normalen" menschlichen Existenz auch die pathische Dimension gehört, die wir immer mehr zu verdrängen suchen. Für den Menschen als Mangelwesen, das schon bei seiner Geburt zum Tode verurteilt ist, wird Gesundheit zum Symbol „ewiger Jugend" und Tatkraft.
Gesundheit wird zu einem statischen Begriff, der die Labilität, das „Umkippen" in den pathogenen Zustand, außeracht läßt.
Die „gültige" oder doch meistgebrauchte (Lehr-)Formel für Gesundheit wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) angeboten, bei der „Gesundheit" mit „körperlichem, geistig-seelischem und sozialem Wohlbefinden" gleichgesetzt wird.
Abgesehen davon, daß diese Definition (Gesundheit ist Wohlbefinden, oder Wohlbefinden ist Gesundheit) eine Tautologie darstellt, ist diese Begriffspaar-Fixierung häufig nicht jenem gefühlsmäßig erlebten Zustand adäquat, bei dem der einzelne glaubt, „gesund" zu sein. Dieses Gefühl, „gesund zu sein", stellt sich dort ein, wo der Einzelne fähig ist, „mit seinen inneren Zuständen und äußeren Anforderungen fertig zu werden" (SCHMIDBAUER 1985, 78). Das bedeutet aber sicher nicht, dauernd Wohlbefinden, Glück und Zufriedenheit zu spüren, sondern in dieser Auseinandersetzung von Innen und Außen den zyklischen Wechsel von Lust und Unlust auf sich zu nehmen und ertragen zu können. Dieser zyklische Wechsel kennzeichnet die funktionale Beziehung zwischen individuell verschiedenen und im Lebenslauf veränderlichen, labilen Faktoren. Gesund ist dann derjenige, der seinen jeweiligen Lebensbedingungen und dem Lebensentwurf gerecht wird, dies könnte dann auch eine Person sein, die physiologisch oder streng biologisch gesehen ,,krank'' ist. Der Maßstab einer Gesundheit in diesem Sinne wäre dann das Vermögen, Krankheit akzeptieren und überwinden zu können.
Wenn Gesundheit an den eruierten „krankhaften" Befunden bemessen wird, dann ist die Zeit schon vorauszusehen, ab wann es keine „gesunden" Menschen mehr gibt. Durch den rasanten Fortschritt der Verfeinerung der Diagnoseverfahren, der Ausweitung der Krankheitssystematik, der Katalogisierung von Abnormalitäten, der „Sprachschöpfungen" für Unregelmäßigkeiten (die erst die Krankheit bewußt werden lassen — quasi erfinden), verschwindet der „normale" Mensch, geht die Fähigkeit des Einzelnen verloren, sich selbst in seiner Befindlichkeit wahrnehmen zu können, weil er es nicht mehr „darf"; eine Unregelmäßigkeit kann bei jedem aufgespürt werden.

## 2. Der kulturelle Rahmen der Selbst- und Fremdwahrnehmung

Das Denken, Fühlen und Handeln des Menschen, seine Wahrnehmung und sein Verhalten werden strukturiert durch jeweils vorherrschende Normen und Gewohnheiten in einem bestimmten historischen Abschnitt. Im Verlauf eines „Zivilisationsprozesses", mit zunehmender Differenzierung und Spezialisierung aller Lebensbereiche werden die Möglichkeiten selbstgestaltenden Umganges und abweichender Verhaltensmodifikationen immer geringer. Der abendländische Mensch ist von seinem Weltverstehen der „fortschreitenden Beherrschung der Natur" in seinem Denken und Handeln mitbestimmt und verinnerlicht die diesen Strukturen zugrundeliegenden Prinzipien des technischen Fortschritts (vgl. BECKERS u.a. 1986). „Der einzelne wird gezwungen, sein Verhalten immer differenzierter, immer gleichmäßiger und stabiler zu regulieren" (ELIAS 1976, Bd. 2, 317). Denken, Verhalten und Handeln werden im Dienste der Zielperspektive (technische Zivilisation)

funktionalisiert. Die Beherrschung des Trieb- und Affektlebens wird von „außen" nach „innen" verlegt, der Fremdzwang wird zum Selbstzwang. Im Zivilisationsprozeß hochindustrieller Gesellschaften werden bestimmte körperliche Ausdrucksformen der Darstellung innerer Gefühle und Bedürfnisregungen immer mehr als „Entgleisungen" angesehen oder überhaupt tabuisiert. Was einem Kleinkind vielleicht noch zugestanden wird, „sich gehen zu lassen", zu weinen oder überschäumende Freude körperlich zu signalisieren, wird nach der „Zeit des Verlustes der regulierenden Zahnspangen" (als neue „normierte" Entwicklungsphase) nicht mehr geduldet. Jugendliche Verhaltensweisen älterer Menschen werden als „kindisch" und nicht der „Weisheit" des Alters entsprechend zu „anomalen" Handlungen deklariert. Solche „auffälligen" Handlungen, Ausdrucksformen und Verhaltensweisen bedrohen die soziale Sicherheit, und das Zugehörigkeitsgefühl zu einer Gemeinschaft wird verunsichert. Der „normale Mensch" ist dadurch erkenntlich, daß er nicht zu erkennen, zu spüren ist, daß er eben nicht auffällt. Der einzelne Mensch entwöhnt sich selbst derartiger „peinlicher Entgleisungen", weil er diese durch Rückmeldungen seiner Mitwelt als persönliches Versagen erlebt.

Alle seine individuellen Regungen, wie körperlicher Schmerz (wo er tapfer sein sollte), Zittern, Erröten und Schwitzen (wo er sich „cool" geben müßte), die Ausdruck seiner Selbsterfahrung, Zeichen seines unmittelbaren Welterlebnisses oder als Reaktion auf seine Umwelt verstanden werden könnten, erlebt er als „undomestiziertes" Versagen. Als Folge davon distanzierte er sich immer mehr von seinen durch die Gesellschaft als „anomal" angelasteten Schwächen, individuellen Regungen und seiner Unvollkommenheit und wird uniform, wird sich selbst zum Fremdkörper (vgl. KEIL, MAIER 1984, 116). Er streicht die von einer als „Norm" sanktionierten Abweichungen, unterdrückt konkrete Äußerungen und verliert seine Individualität, seine subjektive Wahrnehmung und Empfindung, seine Sensibilität gegenüber seinen ureigenen Bedürfnissen, Erwartungen und Regungen. Anpassung bedeutet Ringen um die Liebe und Anerkennung seiner Umwelt. So entmündigt er sich selbst, da er die Möglichkeien der Selbstdiagnose verliert, und wendet sich an Experten, die wie er selbst diesen Prozeß der Enteignung der Person durchlaufen haben, gibt sich bei körperlichen, seelischen und geistigen Störungen zur „Reparatur". „Reparieren" heißt dann normalisieren, unauffindbar, unauffällig, uniform machen. Signale, die der Körper aussendet, weil sein Umfeld ihm die Möglichkeit nimmt, sich selbst zu leben, ihn seiner Lebensgeschichte, seiner Einmaligkeit beraubt, sine Lebensmöglichkeiten begrenzt, werden nicht dieser Umwelt angelastet, sondern es wird ein Defekt in der „Körpermaschine" diagnostiziert.

Die Prinzipien der Ökonomisierung, der Effektivität, der Rationalität der Zeit und der Optimierung werden zur Richtschnur des Handelns.

Es ist daher nicht verwunderlich, daß in den aktuellen Definitionen von Gesundheit, von „störungsfreien Funktionen der Organe", „optimaler Leistungsfähigkeit", „guter Anpassung" oder „funktionellem Optimum" gesprochen wird. Krankheit gilt dann wohl als Störung „normaler" Funktionen. Die Medizin hat dann „nur" die Aufgabe, die Symptome zu „beseitigen". In diesem Krankheitsverständnis wird dem Patienten eine Rolle zugewiesen, die, weil seine Leistungsfähigkeit vermindert erscheint, einer Elliminierung des Unökonomischen, des Ineffektiven gleichkommt und somit seine soziale Anerkennung mindert.

Spezielle Merkmale der Rolle des Patienten sind:

(1) „Nichtverantwortlichkeit für die Erkrankung und Unfähigkeit, sie aus eigener Kraft und in einem einfachen Willensakt zu überwinden."

(2) „Befreiung des Kranken von seinen normalen Rollen- und Aufgabenverpflichtungen."

(3) „Anerkennung der Unerwünschtheit des Krankheitszustandes durch den Patienten und Mitarbeit an der Genesung."

(4) „Verpflichtungen des Kranken und seiner Angehörigen, kompetente Hilfe zu sichern und drohende Krankheit zu verhindern." (BECKERS 1982, 7, zit. in: BECKERS 1986, 53)

Welche Werte bestimmen nun Krankheit und Gesundheit, die Entscheidung des Arztes und sein Diagnoseergebnis? Ist es die subjektive Befindlichkeit des Patienten, seine Arbeitsleistung, seine kollektive Bereitschaft oder sein wirtschaftlicher Nutzen? Normen als gesellschaftliche Forderungen bestimmen die Verhaltensschemata, Regeln und Anschauungen des diagnostizierenden Arztes entscheidend mit. Die jeweils gültigen, in einer Gesellschaft verbindlichen, meist stillschweigend sanktionierten Wertvorstellungen und Normen legen die Bedeutung und Wahrnehmung von Symptomen fest. In einer Leistungsgesellschaft werden wahrscheinlich die Ereignisse und das Geschehen auf ihre „Nützlichkeit" im Produktionsprozeß, in ihrem Beitrag zum Wohle der Gemeinschaft hinterfragt werden. Es ist also nicht der Grad des Befindens des Menschen, auch nicht die Intensität seines Leidens an den gesellschaftlichen Bedingungen der Maßstab, die Norm, sondern das Kriterium der Unterscheidung zwischen gesund und krank wird von den Erwartungen bestimmt, die an ihn von der Gesellschaft gestellt werden (vgl. FOUCOULT 1973).

In diesem Sinne ist die klinische Untersuchung und Diagnose ein Vorgang, bei dem das Individuum auf seine Nützlichkeit geprüft, sein Körper unter diesen Bedingungen wahrgenommen und das Ergebnis der Diagnose einem präzisen Krankheitsbild, unabhängig von seiner ureigenen Befindlichkeit, zugeordnet wird. Ziel einer Therapie kann dann logischerweise nur sein, den Normwert wiederherzustellen; ob damit auch das Leiden des Individuums behoben wird? Eine Diagnose, die die subjektiven Bedürfnisse und die Lebensgeschichte des Menschen berücksichtigt, dürfte sich nicht an einer „objektiven" Übereinkunft bemessen, sondern müßte den Menschen in seiner Ganzheit, in seiner Mit- und Umweltbeziehung und unter Beachtung seiner Lebenspläne und Bedürfnisse sehen. „Das diagnostische Schema — die Wahrnehmungsstruktur — dem sich das System unterordnen oder anpassen muß, scheint also ein existentielles Deutungssystem zu sein, das die pathologischen Elemente funktional zu einem ausgeprägten Begriff von Krankheit erfaßt, in dem die Geschichte des Patienten günstigenfalls als Patientengeschichte vorkommt" (BASAGLIA 1985, 218). Die „Nützlichkeit" des Symptoms ist so durch Faktoren bestimmt, die einerseits in den wissenschaftlichen Methoden (Objektivierung, Maßgenauigkeit etc.) selbst enthalten sind und andererseits durch gesellschaftliche Übereinkünfte und Kollektivvorstellungen geprägt sind.

## 3. Institution und Sprache — Instrumente der Entmündigung

Die „Medizin" hat sich als ein eigenes Institutionensystem innerhalb der Gesellschaft etabliert, die vom Staat geschaffen wurde, organisiert und kontrolliert wird. „Dadurch, daß Staat und öffentliche Institutionen zu Anbietern medizinischer Berufspositionen wurden und auch ärztliche Ausbildung und Berufsausübung zunehmend staatlichen Eingriffen und Kontrollen unterlagen, mußten sich Ärzte mehr und mehr als Gruppe innerhalb der Gesellschaft sehen und als solche politisch agieren. Es entstanden Berufsorganisationen und eine spezifische Subkultur" (DÖHNER 1973, 7).

Der Staat, die Gesellschaft, die sich dem technischen Fortschritt verpflichtet fühlt, organisiert und strukturiert das Gesundheitswesen als Leistungssystem, dessen Funktionieren von der Spezialisierung und Differenzierung der einzelnen Mitglieder unter den erwähnten Prinzipien der Ökonomie, Effektivität, Rationalität, Objektivität und Optimierung abhängig ist. So entwickelten sich an diesem Ort, der als Kummulierung der Humanität geschaffen wurde, inhumane Tendenzen. Der Kranke, der aus dem Gemeinwesen, aus der unmittelbaren sozialen Einbettung seiner Umgebung ausgegliedert wird, erfährt hier seine personale und soziale Ohnmacht in der Isolierung der Krankenversorgung.

Zu den unterschiedlichsten Aufgabenzielen eines Krankenhauses, wie „medizinische und pflegerische Patientenversorgung, Forschung, Lehre und Ausbil-

dung, Selbsterhaltung und Weiterentwicklung der Institution in ökonomischer, technischer, personeller Hinsicht, gehören in der Tat mehr oder minder differente Handlungsstrategien, die mit unterschiedlichen sozialen Bezugsfeldern verknüpft sind" (DÖHNER 1973, 21, 22). Personen (Ärzte, Pfleger), die diese Aufgabenziele zu verfolgen haben, sind gekennzeichnet durch Rollenüberlastung und nicht selten auch durch Rollenkonflikte. In der Rolle des „Mediziners" hat der Arzt die Aufgabe, nach eingehender rationaler Analyse des Krankheitsbildes Entscheidungen über mögliche therapeutische Maßnahmen zu treffen. In der pflegerischen Versorgung konzentriert sich sein Augenmerk auf Kontrolle und Verhalten der Patienten. In der Lehre und Ausbildung übernimmt er die Aufgabe, Erfahrungen, Sachwissen und Fertigkeiten didaktisch zu übermitteln. Im Aufgabenbereich der Forschung wird von ihm die „Konzentration auf Sach- und Methodenprobleme, die Isolierung von Details, die Abstrahierung vom konkreten Ganzen, der Umgang mit Modellen und Theorien" verlangt (DÖHNER 1973, 23). Unabhängig von seinen medizinischen Aufgaben fungiert der Klinikarzt meist auch als administrativ betrieblicher „Fachmann", der mit bürokratischen und ökonomischen Details bekannt sein sollte, damit der Betrieb „Krankenhaus" floriert. In dieser Vielfalt der Rollen, die der Arzt spielen muß, treten Konflikte dort auf, wo er sich selbst in der Hierarchie verbessern will, und wo ihm dieser Aufstieg auch in den Gremien der Entscheidungsträger vorgegeben wird. Sicherlich ist dies vor allem der Bereich der Forschung, in dem er durch Spezialisierung zu neuen Erkenntnissen kommen kann. In der Lehre und Ausbildung wird sein gesamtes Fachwissen und seine Fertigkeiten verlangt. Es ist daher „einsichtig", daß auf jenem Gebiet der medizinisch-pflegerischen Aufgaben, der konkreten Patientenversorgung, die nur ein „geringes" Beurteilungskriterium seiner Leitungsfähigkeit darstellt, Zeit eingespart wird. Dies führt dazu, „den Umgang mit Patienten auf ein technisch-objektiv notwendiges Minimum zu beschränken, sich vor den Kommunikationsbedürfnissen des Patienten abzuschirmen, Techniken des schnellen Überspielens solcher Bedürfnisse zu entwickeln, das eigentliche Engagement aber auf andere Bereiche, z. B. eben Forschung und/oder Lehre, zu verlagern" (DÖHNER 1973, 26).

Wenn also Forschung und/oder Lehre vernachlässigt wird, sind für den Arzt Folgen zu erwarten, der Patient dagegen ist das schwächste Glied in der Kette der Fordernden, er ist machtlos, wenn es darum geht, Sanktionen gegenüber den in ihrer Rolle überlasteten Ärzten zu setzen. So „lernt" auch der Patient seine eigenen Bedürfnisse zurückzustecken oder im Sinne des Systems umzustrukturieren; ein interessanter Fall für die Forschung zu werden. Der „gute Patient" ist der angepaßte, der infantile Patient, der den vorgeschriebenen „Heilungsprozeß" nicht durch seine individuellen Bedürfnisforderungen stört. Der bereits institutionell durch seine differenzierten Aufgaben des Krankenhauses bestimmte Kommunikationsverlust zwischen Positionsinhabern und Patienten erfährt eine weitere Verschlechterung innerhalb dieser reduzierten Kommunikation durch die Dominanz und Vorgabe der medizinischen Fachsprache.

Wo die Sprache als Ausdrucks- und Verständigungsmittel reduziert wird, verringert sich auch das Menschliche am Menschen, dies führt zu Behinderungen der Kommunikation, der Interaktion, der Anerkennung durch den Mitmenschen und auch der geistigen (kognitiven) Fähigkeiten und Prozesse. Im folgenden soll hinterfragt werden, ob die Sprache und das Gespräch in der vorliegenden Thematik ihre volle Funktion und Bedeutung behält. Das Gespräch dient vor allem der Übermittlung von Gedanken und optischen Information und der geistigen Auseinandersetzung, es ist ein wesentliches und notwendiges Element für die menschliche Bildung.

Generell ist zu erkennen, daß der wissenschaftliche Sprachjargon eine Form der „Sprachbarriere" erzeugt, die eine gewisse Beziehungslosigkeit zum Alltag, zu anderen Lebensbereichen zeigt. Der Uneingeweihte wird so von Entscheidungsprozessen und der Mitsprache ausgeschlossen und seine Kritik nicht ermöglicht.

Ein auffälliges Merkmal des medizinisch-therapeutischen Prozesses ist die Verwendung eines esoterischen Jargons, der eine Barriere zwischen dem im Besitz des Wissens befindlichen Arztes, der dieses Wissen in kodifizierter Form nur unter seinesgleichen austauscht, und dem Patienten aufbaut. Letzterer kann sich in diesem chiffrierten Code nicht finden und diesen auch nicht benützen, sein Leiden auszudrücken. Dieses Hindernis des Erfahrungs- und Informationsaustausches in der Form des offenen Wechselgespräches verleiht dem Arzt die Autorität und die Macht, dem Gesagten von sich aus Gültigkeit zu verleihen, die Regeln des Gespräches zu bestimmen und den Laien am Sprechen zu hindern. Denn all jenes, das nicht mit dem durch ein Sprachzeichen präzise festgelegten, „Fall" und jenem durch die medizinischen Wissenschaften speziell entworfenem Bild von Krankheit übereinstimmt, wird als negative Variable, die die Perfektion des Zeichensystems und des entsprechenden Bildes in Frage stellen könnte, verworfen. So ist nur eine privilegierte Seite im „Heilungsprozeß" im Besitz dieser Fachsprache und der Abstraktionsmöglichkeiten. Auf der anderen Seite steht der „sprachlose" Hilfesuchende mit seiner unkodifizierten Lebensgeschichte und seinen Bedürfnissen, dem die Beteiligung am Informationsprozeß verweigert wird. Der Prozeß der Spezialisierung und Parzellierung, der einen durch die „Sprache" und das Bild von der Krankheit „konstruierten, wissenschaftlichen Körper" erzeugt, ermöglicht auch nicht die Mitteilung ganzheitlicher Lebenserfahrungen. Erst dann, wenn diese Lebensgeschichte auf die wissenschaftlich (sprachlich) faßbare Welt verdünnt wird und das entworfene Bild der medizinischen Lehre und Forschung mit dem des Leidenden übereinstimmt, scheint eine gemeinsame Basis des Informationsaustausches gefunden zu sein. Diese Basis wird aber in jedem Fall von der Experten-Allmacht bestimmt. Die Krankheit muß sprachlich fixiert sein, muß für die Lehre und Forschung in Zeichen bekannt sein, sonst kann sie nicht wahrgenommen und behandelt werden. Die spezifisch eingeführten Sprachzeichen gleichen so einem klinischen Urteil, die das „Objekt" bestimmen und definieren, dessen Symptome und Merkmale in einem festgelegten System klassifizieren und verallgemeinern. Somit wird auch alles „verurteilt", das nicht in diese Klassifikation paßt, der Mensch wird von seinem Körper, seiner Krankheit, seiner Lebensgeschichte getrennt. Das „Leben" des Menschen ist eine andere Geschichte, zu erzählen in einer anderen Sprache und nicht an diesem Ort der Diagnose und der Therapie. So führt die Sprache indirekt zur Auswahl oder zum Ausschluß jener lebensgeschichtlichen Daten, die nur für die Medizin (Klinik), ihre Lehre und Forschung, bedeutsam sind. Dem Arzt wird eine Deutungsgewalt zugesprochen, die fortan den Maßstab von gesund und krank, Leiden und Wohlbefinden bestimmt. Die Krankheit kann somit nicht in bezug zum subjektiven Empfinden des leidenden Individuums erkannt und ausgedrückt werden, sondern nur in (sprachlich) festgelegten Verhaltensbeschreibungen von „Fällen". Immer häufiger übernimmt, bei intensiver Technologieentwicklung der Medizin, die Verständigung, das „Gespräch" des Mediziners mit dem Patienten, der Apparat, der nur „Fragen" an parzellierte Organe, aber keine Antworten des Menschen in seinen vielseitigen Seinsweisen aufnehmen kann.

So wird das Individuum sprachlos gemacht und entmündigt (im wahrsten Sinne dieses Wortes, der Mund verboten). Die Selbstverantwortung wird ihm beim Eintritt in die Klinik abgenommen und beim Austritt in reduzierter Form wieder zurückgegeben. So nimmt er, erniedrigt und von sich selbst entfremdet, da er das Bild, das er von sich bekommen hat, meist nicht als seines (als sein Leiden) erkennt, den Kampf gegen „seine" Krankheit auf oder bereitet sich „vorschriftsmäßig" auf ein gesundes Leben vor, das das Wiederauftreten dieses Falles verhindern soll. „Die Behandlungspraxis heute ist die fehlende Antwort auf ein Bedürfnis, das sich in der Sprache des Körpers artikuliert und von dem nur das Zeichen

aufgenommen wird, aber nicht das, was es bedeutet. Ein Ulkus, hervorgerufen durch Streß in Verbindung mit dem Zwang, den Rhythmus des täglichen Lebens aufrechtzuerhalten, ist eine organische Verletzung und wird als solche behandelt, auch wenn man seinen wirklichen Ursprung kennt, den man jedoch lediglich konstatiert (BASAGLIA 1985, 54). Das definierte Symptom wird durch die Einführung des entsprechenden Sprachzeichens erst bedeutsam, da es jetzt objektiv wahrgenommen werden und in ein Deutungsschema eingeordnet werden kann. Diese Bedeutung erhält somit eine höhere Wertung als der subjektiv empfundene Zustand des Patienten. Wenn sich im Verlauf der medizinischen Entwicklung das Bild von der Krankheit ändert und dementsprechend auch andere „begriffliche Bilder" eingeführt werden, so determinieren diese auch die Beobachtung und Wahrnehmung des Leidens. Die so konstruierten Sprachzeichen, die das Bild beschreiben, geben dem beobachteten Symptom dann auch die bezeichnete Bedeutung. Die so entstandenen verschiedenen „Leseraster" — auf der einen Seite die objektive (Daten-)Sprache des Arztes, auf der anderen Seite die subjektiv empfundenen und sozial mitbestimmten Signale des Patienten — führen zu einer Distanz zwischen dem, der diese Zeichen eingeführt hat (und in seinem Studium erlernt hat) und dem Patienten, von dem sie abgelesen werden. Noch fatalter wird Distanzierung dann, wenn auch das Individuum, das sich einer Diagnose oder Therapie aussetzt, sich diese Wahrnehmungsstruktur durch Übernahme des „Leserasters" aneignet und so die natürlichen Signale der Krankheit „übersieht" oder diesen bestimmte „künstliche Zeichen" zuordnet, die dann zu einem durch die medizinische Wissenschaft vorbereiteten Bild passen. Diese Fremd- und Selbstentmündigung ist gleichzeitig eine Entmenschlichung, weil sie das Individuum um die vielfältigen Möglichkeiten der Beobachtung, der Wahrnehmung, der Deutung und des Ausdruckes bringt und der Sprache die Bedeutung der Mitteilung von (selbst gemachten) Erfahrungen, Wahrnehmungen und Erlebnisse nimmt. Eine derartige Voretikettierung durch die Sprache gibt die Richtung und die Wertigkeit an, unter der etwas — wenn möglich in Übereinstimmung mit den experimentellen Daten des medizinischen Forschungsprozesses — wahrgenommen werden „darf". Diese „Fremd- und Selbststigmatisierung" prägt das Verhalten des Patienten mit, er „benimmt" sich adäquat seines „beschriebenen Falles". So wird er der Würde seiner Individualität entkleidet, tatsächlich ein Fall, der objektiv frei von jeglichen subjektiven und gesellschaftlichen Störvariablen funktioniert; und so bestätigt er das Bild, das sich die Medizin von ihm macht (und in ihm erzeugt hat). Dort jedoch, wo keine direkte organische Erklärung möglich ist und demzufolge auch keine Begriffe existieren, aber dennoch ein Leiden vom Patienten behauptet wird, kann es sich nur um Simulation, um Täuschung handeln, oder dieses Phänomen wird als nebensächlich abgetan. In dem Augenblick jedoch — und dies zeigt die Entwicklung der Diagnosetechnik — wenn eine (organische) Erklärung gefunden und diese eine dementsprechende Bezeichnung erfährt, wird dieses Leiden ein ernster Fall.

---

**Literaturliste:**


BASAGLIA, Ongarow Franca: Gesundheit, Krankheit, Das Elend der Medizin; Frankfurt/Main 1985.

BECKER, P.: Psychologie der seelischen Gesundheit, Bd. 1, Theorien, Modelle, Diagnostik; Güttingen 1982.

BECKERS, Edgar u. a.: Gesundheitsbildung, Wahrnehmungsentwicklung, Bewegungserfahrung: theoretische Grundlagen; Köln 1986.

DÖHNER, Otto (Hrsg.): Arzt und Patient in der Industriegesellschaft; Frankfurt/Main 1973.

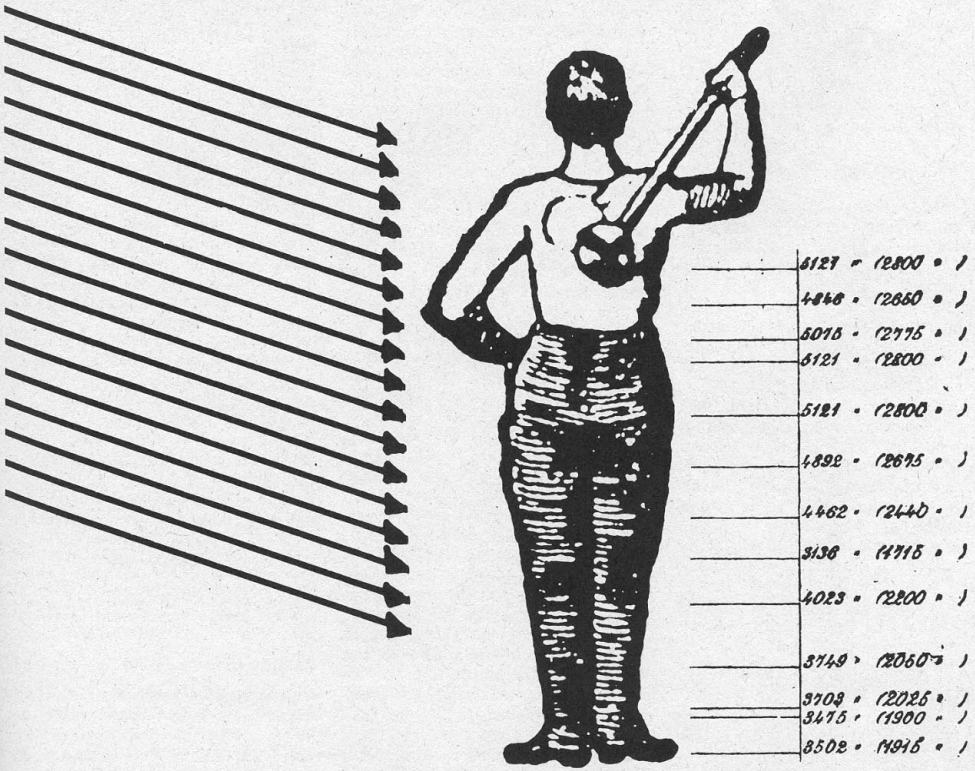
ELIAS, Norbert: Über den Prozeß der Zivilisation, Bd. 2; Frankfurt/Main 1976.

FRANKL, Viktor: Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn; München 1979.

FOUCOULT, Michel: Die Geburt der Klinik, Eine Archäologie des ärztlichen Blicks; München 1973.

SCHMIDBAUER, Wolfgang: Im Körper zu Hause, Alternativen für die Psychotherapie; Frankfurt/Main 1982.

SCHIPPERGES, Heinrich: Die Vernunft des Leibes, Gesundheit und Krankheit im Wandel, Herkunft und Zukunft, Bd. 4; Graz, Wien, Köln 1984.

# Hansjörg Lenz

# durch STICHworte

## arzt

/ Und last euch dann nit verwundern / dasz einem bezauberten menschen also leichtlich zu helffen ist / thut nit wie die Sophisten vn Hohenschulen / die das gespött darausz treiben / unnd sprechen: es sey impossibile, sey auch wider Gott / unnd die natur / dieweil es auff keiner Hohenschul gelernt werd. Derhalben folgt ausz dem / dasz der Medicus nicht alles was er koennen und wissen sol / auff den Hohenschulen lernet und erfert / sonder er musz auch zu zeiten zu alten Weibern / Zigeunern / Schwartzkuenstlern / Landfahrern / alten Bawersleuten / in die Schul gehn / un von jnen lernen / dann solche haben mehr wissen von solchen dingen / dann alle Hoheschulen. So ist auch weiter das zu melden vom Hexengeschoß (wie es die Hexen unnd Zauberer geschossen heissen) wan sie ein menschen versehzen...

schrieb ein gewisser Theophrastus Paracelsus von Hohenhann im Jahre 1570 in einem seiner zwölf Bücher / darin alle gehaimnüß der natur eröffnet.

Was hat sich seither geändert? Nichts!

Im Zusammenhang mit der Universität fehlen nur noch die Begriffe „Unkollegialität", „Kuschen" und „Bücherfresserei".

Der nette, unfehlbar-ehrbare Onkel Doktor mit dem guten Charakter, dem absolutistischen Anspruch, einzig und allein die Gesundheit, das Wohlbefinden wiederzubringen, hat ausgedient. Seit gut 20 Jahren gibt es in den USA den sogenannten klinischen Pharmazeuten, der bei den Visiten mitgeht, einschlägige Speziallitteratur studiert und als Arzneimittelfachmann Therapievorschläge macht.

In Österreich? Gewarnt durch die schreckliche Entwicklung gibt es bei uns den Facharzt für klinische Chemie mit ca. 2 Semestern chem. Ausbildung und einem kurzen Praktikum. An der Universität Graz wurde nun nach langem K(r)ampf ein Vorlesungszyklus zum Thema „Alternative Heilmethoden" eingeführt, woran ich nicht ganz unschuldig war. Fairerweise mußt gesagt werden, daß sich Grazer Hochschullehrer von TU und UNI seit ein paar Jahren in eigenen Veranstaltungen damit befassen. Hoffentlich dauert es nicht mehr lange, bis es einen Facharzt für Alternativ-, Psychosozial- und Volksmedizin gibt...

## atom

Radioaktivität, die sogenannte Nutzung der Atomenergie, „Atomtests" sind Begriffe und Tatsachen, die die heutige Menschheit schleunigst von dieser Erde streichen sollte. Ich will mich nicht in die neureaktionär-grüne Maschinenstürmermoderne einordnen, die ohne das unverrottbare Plastiksackerl zurück in die Steinzeit will — nein, zurück mit der Radioaktivität in die Wissenschaft, in die Forschungslabors und in die Universitäten. Ausgerüstet mit dem Wissensstand eines Fünfjährigen, der einen eingeschalteten Bunsenbrenner, den Chemiekasten seines älteren Bruders und den 1. Teil der Experimentiervorschriften vor sich liegen hat, probiert man allerort herum, bestrahlt (erlaubterweise) Gemüse (EWG-Raum), ohne die Spätfolgen zu kennen, erzeugt Strom mit (oft) naturschädigender Abwärme, ungelöster Abfallproblematik und mit der Gefahr, z. B. in Mitteleuropa durch einen unwahrscheinlichen Störfall 250—500 Millionen Menschen blitzartig umsiedeln zu müssen. Die hohe Wissenschaft streitet sich um sogenannte Grenzwerte, die dem Menschen/Jahr zuträglich sind, und weiß, daß auch die sogenannte „natürliche" Radioaktivität bei Menschen, die ihr permanent ausgesetzt sind, statistisch anerkannt höhere Krebsraten hervorruft, sprich zeitschädigend wirkt. Oberiridische Atomversuche werden munter fortgesetzt, obwohl Spaltprodukte davon 1—2 Jahre später überall in der Welt zu finden sein werden, gewisse Elemente Millionen Jahre zerfallen = strahlen und sich immer mehr anreichern. Was das alles mit Gesundheit zu tun hat? Namhafte Experten streiten, ob durch die Spätfolgen von Tschernobyl 1.000, 10.000, 100.000 oder mehr Menschen an diversen Krebsformen, Blutkrankheiten und Immunschwächen erkranken werden!

Trotz dieses Wahnsinns halte ich den Einsatz von Radioaktivität u. a. in der Diagnostik, Markierung von Substanzen in der Biochemie und Pharmokolgie etc. für unverzichtbar.

*P.S.: Tschernobyl heißt im Ukrainischen Wermuth oder Absinth. Der/die interessierte Leser/in blättere im Johannes-Evangelium und schmökere in der „Offenbarung"...*

## droge

Ohne mich auf sinnlose Diskussionen, ob z. B. die Bestandteile des Indischen Hanfs (Haschisch) nun süchtig machen oder nicht, einzulassen, glaube ich, daß das Problem „Drogenkonsum" von der Bevölkerung, den staatlich und politisch Zuständigen fürchterlich unterschätzt wird. 1986 gab es in der (konservativen) DIE WELT eine dreiteilige Serie (Noelle-Neumann, E.: Die Deutschen wollen die Gefahr nicht sehen, Nr. 154, ab 7. 7. 86), die neben einem kontinuierlichen, neuerlichen Anstieg des Drogenmißbrauchs seit dem Abflauen nach dem Hoch Ende der 60er Jahre nachzuweisen versucht. Interessant sind die unterschiedlichen Zuwachsraten, wobei Länder/soziale Strukturen mit traditionellen Familienstrukturen weit besser abschneiden, wobei die Autorin das pikanterweise mit einer größeren Nähe Kinder-Eltern gleichsetzt.

Aus meiner persönlichen Graz-Perspektive teilt sich die einheimische Szene wie folgt auf: Ein paar ältlich-verbürgerlichte „Sechziger Jahr"-Typen, die sich ab und zu einen Joint einwerfen. Unsere gesunde Landjugend, die wißbegierig alles, was bunt, neu und wenn möglich in Pillenform teuer zu kaufen ist, am nächstgelegenen Stadel schluckt und möglichst gemeinschaftlich, freudig den Ereignissen entgegenfiebert. Nicht zu übersehen sind auch die Schicki-Micki-Typen, die sich gelegentlich ein „Koka-Weinderl" genehmigen, und die eigentlich presse-bekannte Szene, die ärmlich-verdreckt verzweifelt versucht, sich mit Anlage von Plantagen, „Ersatzmedikamenten" oder den staatlich konzessionierten Drogen Alkohol / Nikotin / Koffein in höheren Sphären zu halten. Die Gründe: Geldknappheit und Lieferschwierigkeiten.

Bedenklich bis gemeingefährlich werden die neuen Drogenarten, oft unspezifisch unter dem Titel „Crack" zusammengefaßt. Die Rezeptur ist einfach (und) tödlich: Man nehme ein paar Chemiekastenbestandteile, ein paar gebräuchliche Medikamente, ein überdurchschnittliches Mittelschulchemiewissen, eine normale Küche und ein paar Stunden Zeit.*) Billig, einfach, dezentral — geschluckt, nicht gespritzt — da helfen auch Drogendezernate in Battaillonsstärke nichts mehr. Nur möglichst heile Familienstrukturen, einen Lebenssinn haben und Aufklärung, Aufklärung, Aufklärung. Wie? Ich weiß es nicht. Besonders gefährdet erscheint mir die sogenannte gute Gesellschaft und Schüler ab 12. Große Erfolge soll in den USA eine Organisation ähnlich den „Anonymen Alkoholikern" = Selbsthilfe haben...

*) Diese Gebräue und Pulver unterliegen den Gesetzmäßigkeiten der Chemie, so entstehen bei organisch-chemischen Reaktionen oft hunderte Substitutionsprodukte (die man nicht haben will, schwer erkennt und meist nur mit langwierigen Verfahren wieder wegbekommt), die bei Leber, Niere, Nerven keine Zelle mehr auf der anderen lassen.

## utopmed

Gesundheit, „Wohlleben", menschlich leben, menschlich sterben hat viel mit der mittel- und unmittelbaren Umgebung, dem Zuhause, der Heimat zu tun. Die etablierte, wissenschaftlich (legitimierte)

Medizin, kombiniert mit der Krankenhaus-Ambulatorium-Ideologie, wird weder dem Anspruch der Seele (die höchstens bei Ratlosigkeit als [wahre] Ausflucht benutzt wird), noch dem sozialen, psychischen wie physischen Wohlbefinden gerecht. Trotzdem bietet diese naturwissenschaftliche Medizin die meisten erfolgreichen Therapiemöglichkeiten an, aber gerade dadurch wird dem Patienten, seinen Angehörigen, da jegliche Fachkompetenz fehlt, eine Mitwirkung im aktiven Sinne von vorneherein abgesprochen. Es geht sogar noch weiter: Der Arzt hat kaum die finanziellen Möglichkeiten bzw. Zeit, sich anzuhören, warum der Patient, bei welchem Wetter, seine Familie, die Ängste, sprich das „Nichtorganische", einer Prüfung und Diagnose zu unterwerfen.
Er wäre vielleicht vom Menschlichen, sicherlich nicht von seiner Ausbildung dazu in der Lage. Sozialmedizin: an der Uni Graz eine eher bedeutungslose Prüfung für den angehenden Mediziner; Seher eines Club 2 vor längerer Zeit zu diesem Thema werden auch ahnen, warum.
Neben einer stark veränderten Ausbildung, inhaltlich und didaktisch für alle medizinischen Berufe, muß ein neuer, lokaler medizinischer Mittelstand geschaffen werden. Ein neuer Berufsstand, eine Mischung aus der altbewährten Gemeindeschwester, staatlich geprüftem Heilpraktiker und den berühmten „Barfußdoktoren" chinesischen Ursprungs. Die Tätigkeit einer solchen Gruppe, nennen wir sie „Heimtherapeuten", umfaßt die medizinische Grundbetreuung eines genau umgrenzten, lokalen Gebietes: Gesundheitsprophylaxe, Überwachung und Kontrolle kranker Menschen, Mutter und Kind-Gesundheitsvorsorge, Familienplanung, die Behandlung gewöhnlicher Erkrankungen und kleiner Verletzungen in angemessener Form, die Versorgung von alten Menschen. In Zusammenarbeit mit „Essen auf Rädern" und einem Reinigungsdienst wären eine Reihe von Vorteilen gegeben: Der Arzt wird von unwesentlichen Routinearbeiten befreit, bei Betroffenen wird die Verweildauer des kostspieligen Krankenhausaufenthaltes eingeschränkt, und ältere Leute können länger, menschenwürdig bei sich zu Hause wohnen, bevor sie eine öffentliche Gesamtaltersversorgung in Anspruch nehmen.
Es ist mir klar, daß eine Flut legistischer, standespolitischer und sonstiger Argumente dagegen sprechen. Vorab wären zwei Aspekte untersuchenswert: Finden sich genug für diesen neuen Beruf. Bringt es wirklich die o. a. Vorteile, und was kostet dieses System (weniger)?! Menschlicher wäre es in jedem Fall.

## finanzen

Der Idealfall ist, jeder Bürger dieses (und anderer) Staates(n) erhält die gleiche und freie medizinische Versorgung.
Auch bei von einer harmonischen Ordnung geprägten Gesellschaft, in der es keine soziale, finanzielle oder wirtschaftliche Schwierigkeit des Individuums gibt, wie bei den Deutschen Hutterern in Nordamerika, bedeutet Krankheit die einzige Notwendigkeit, sich für längere Zeit aus der Gemeinschaft zu begeben.*)
Bei den Veränderungen von Altersstrukturen in Österreich und der aktuellen finanziellen Situation kann der ökonomische Kollaps nur mehr eine Zeitfrage sein. Der Schrei nach Rationalisierung, betriebswirtschaftlicher Führung klingt gut, bedeutet aber in der extremen Praxis (USA), daß Dich auch bei einem akuten Notfall das nächste Spital erst nach dem o. k. Deiner Versicherungsgesellschaft behandelt. In Italien sah ich mit eigenen Augen hochnoble Familienmitglieder scharenweise in ein übrigens sündteures Privatkrankenhaus pilgern, um ihre kranken Angehörigen 3 mal am Tag abzufüttern, Katheder auszuwechseln etc.
Obwohl Gesundheit immer ein „Zuschußposten" des Staatshaushaltes bleiben wird, sollte vor allem die Administration und Verwaltung z. B. einer Landeskrankenkasse vereinigt werden. Diese sollte transparent, streng betriebswirtschaftlich, rationell geführt werden, einheitliche Prozentsätze des Einkommens unkompliziert einheben und nach einem (halbwegs) objektiven Bewertungssystem Zusatzleistungen vergeben, um auf die Individualität der Patientenkunden, nicht Beitragsbezieher, eingehen zu können. Der Kontrollbereich sollte als einziger aufgebläht werden. Neben der politischen Kontrolle wäre ein unabhängiger Krankenkassenverrechnungshof, ein (wirklicher) Patientenbeirat und Vertreter der Berufsgruppe Gesundheitsberufe einzubeziehen. Überlegenswert wäre auch, ab einer gewissen Einkommenshöhe bei bestimmten Krankheiten, Lebensgewohnheiten (Raucher, Motorradfahrer) einen geringen Selbstbehalt im Sinne der Eigenverantwortung einzuführen. Die freie Ärzte- und Spitalswahl mit besonderen Vergünstigungen für die Gesuchten. Das leuchtende Motto für alle und alles: Medizin soll ein gutes Geschäft sein, aber kein sehr gutes.

*) d.h., es ist nicht autark bewältigbar.

## wünsche

Jeder Mensch, der das Bedürfnis hat, sich mittels einem Zweirad, das schneller als 35 km fährt, fortzubewegen, soll ein Monat in einem Rehabilitationszentrum, wie Tobelbad, freiwillig arbeiten, bevor er seinen Führerschein erhält.
Für alle Militärpersonen (MOB-Stärke) sollte ein ausreichender ABC-Schutz (Gasmasken, Bunkeranlagen mit Filter etc.) vorhanden sein, bevor das Bundesheer Flieger aus den sechziger Jahren oder ähnliches kauft.
In der Haupt- und Mittelschule sollte es das Fach Gesundheits- und Ernährungslehre geben, wo verschiedene Ernährungsweisen, Gesundheitsprophylaxe, Erste Hilfe, Kinder- und Krankenpflege, Haltungsturnen etc. gelehrt wird.
In ganz Österreich sollte rasch ein Zivilschutzsystem ähnlich der Schweiz oder Dänemark eingeführt werden. Neben einer öffentlichen Bevorratung von Medikamenten, Öl, Notstromaggregaten und dem Schutzraumbau in öffentlichen Gebäuden sollte mit einer Übergangslösung das Vorhandensein eines Schutzraums in jedem Wohnhaus samt einer gewissen Bevorratung vorgeschrieben werden. Das einzige, was bei einer kriegerischen Auseinandersetzung oder einem atomaren Fallout vor unseren Grenzen halt macht, ist eine rechtzeitige Information.

Produkte, deren Erzeugung, Verbrauch, Beseitigung umweltgefährdend bzw. gesundheitsschädigend sind, ob Plastiksackerl, Kunstdünger oder Schädlingbekämpfungsmittel, sollten mit einer höheren MWSt. belegt werden, die zweckgebunden für den Bau von Müllsortierungsanlagen, Deponien und der (Vor-)Finanzierung von Umweltschutzmaßnahmen, wie Kläranlagen etc., verwendet wird.
Jede Klinik, jedes Ambulatorium sollte in ausreichendem Maße Psychologen anstellen, die ausreichend Zeit haben, sich mit den Patienten zu beschäftigen. Aktion 8000?
Warum gibt es für Patienten kaum eine Möglichkeit, sich im Krankenhaus sinnvoll zu beschäftigen?
Warum werden einfache (administrierbare) und billige Heilmethoden, wie das Heilfasten (Homöopathie) in Krankenhäusern kaum angewandt?
Alle bürokratischen und legistischen Anteile unserer Gesellschaft, die mit Gesundheit zu tun haben, gehören von einer ausländischen Marketingfirma auf Herz und Leistung geprüft.
Einwegspritzen und Ersatzdrogen frei auf Krankenschein für alle Suchtkranken ist volkstümlich gesagt besser als ein Stein am Schädl oder Aids in der Hose oder anders ausgedrückt, eine einzige Nichterkrankung (durch die nicht leugbare Verknüpfung Drogensucht — Aids — Prostitution) bzw. die Unterlassung einer kriminellen Tat (der finanzielle Tagesbedarf eines Drogensüchtigen kann oft 3500 S betragen) rechtfertigt dies leicht.

Wilhelm Heiner Herzog

# UM DIE GESUNDUNG DES MENSCHLICHEN SEINS

Ein persönliches Bekenntnis: Noch immer stehen mir bei der jährlichen zahnärztlichen Routineuntersuchung — aufgrund der Erinnerungen an frühere technische zahnärztliche Ausstattung — die Schweißperlen auf der Stirn, auch wenn ich heute mit Faszination den medizinisch-technischen Fortschritt dabei erleben kann.

Heute können die computerunterstützte medizinische Wissenschaft, die hochspezialisierten Ärzte und aufwendig eingerichteten Kliniken dem Bürger das Gefühl vermitteln, die Probleme der Gesundheit seien erforscht und somit gelöst. Es sei aber an der bisherigen Schulmedizin die Kritik erlaubt, daß sie primär auf die rein naturwissenschaftlich meßbaren Symptome eingegangen ist und dabei den Menschen als Einheit von Körper, Geist und Seele vernachlässigt hat. Erfreulicherweise hat sie in ihrer Exaktheit dazu beigetragen, daß die Lebenserwartung in den Industrieländern sehr hoch ist, was unmittelbar den Schluß zuließe: Die Menschen seien noch nie so gesund gewesen wie heute! Die Wirklichkeit ist aber eine andere.

Bei Verwendung des weitgefaßten Gesundheitsbegriffes der Weltgesundheitsorganisation (WHO): „Gesundheit ist nicht nur ein Freisein von Krankheit, sondern ein Zustand völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens", ist es wohl klar ersichtlich und einsichtig, daß es bei Gesundheit nicht nur um Heilung bzw. Verhinderung von Krankheit geht, sondern um den Menschen als einmaliges Individuum in einem psychosozialen Umfeld.



## Gesundheitsbedrohungen von heute

In der Vergangenheit waren die „Krankheitserreger" der Menschen die Seuchen und Infektionen. Heute sind Lebensrhythmus und -einstellung mit den sogenannten „Zivilisationskrankheiten" die bedrohenden Geiseln der Gesundheit. Erscheinungsformen dieser Entwicklung sind z. B.:

- 600.000 bis ca. 700.000 Österreicher sind Alkoholiker.
- Die „Medikamentengläubigkeit" ist erschreckend verbreitet, ebenso wie die Abhängigkeit (29% der Österreicher nehmen regelmäßig Medikamente).
- Die Selbstmordraten vor allem junger Menschen nehmen zu.
- Depressionen bzw. die Flucht in die Scheinwelt der Drogen und Sekten sind weitere Zeichen eines „Krankseins" des Menschen.

So kann sich der menschliche Körper heute vielfach über Fettleibigkeit, mangelnde Bewegung, Alkohol — und vor allem — Nikotinabhängigkeit beklagen.

Aus der Sicht eines Erwachsenenbildners, der vor allem für den ländlichen Raum Verantwortung trägt, scheint mir Geist und Seele der Menschen von Krankheit bedroht zu sein.

Viel zu wenig werden von Politik, Gesellschaft und dem Einzelnen die Infektionen, Seuchen und Geiseln der Gesundheit von heute beachtet. Es sind dies z. B.:

— Einsamkeit, sich alleingelassen fühlen
— unverstanden sein am Arbeitsplatz und Zuhause
— Gesprächslosigkeit
— zunehmende Entpersonifizierung des Arbeitsplatzes
— die Versicherungsnummernmentalität von Behörden und Ämtern, und
— die Verdrängung der Gefühle

Wir leben in einer Gesellschaft, in der Gefühle unterdrückt werden, das Gespräch miteinander schwerfällt, die innere Vereinsamung, Entfremdung vom Partner, Angst vor scheinbar unlösbaren Problemen und Mangel an Anerkennung zunehmen. Die Würde des Menschen geht verloren. Wir leben in einer Zeit der Kränkungen und zunehmenden Verdrängungen.

## „Was kränkt, macht krank"

Der Internist Max Herz prägte den betreffenden Satz „Was kränkt, macht krank". Wenn kränken wirklich krank macht, sind wir alle davon betroffen. Als Kränkende oder Gekränkte. Denn: Schweigen kann kränken, Gleichgültigkeit kann kränken, eine Intrige kann kränken, ein böser Tratsch über den einzelnen kann kränken, und nicht geliebt sein kann kränken und krank machen. Warum? Kränken bedeutet ein „Verletzen der Seele" und richtet sich gegen die Würde des Menschen. In diesem Sinne hat jeder von uns Kränkung erfahren und ist jeder von uns auch ein Kränkender.

Wir müssen uns fragen, warum dieses Thema heute so aktuell ist. Das Industriezeitalter und die Leistungsgesellschaft haben uns enorme Fortschritte gebracht. Gleichzeitig hat aber der Glaube an den unbegrenzten Fortschritt, das rein lineare auf Maximierung orientierte Leistungs- und Erfolgsdenken und das Nichtbeachten natürlicher Belastbarkeits- und Wachstumsschwellen sowohl bei Menschen als auch in der Natur das menschliche Dilemma unserer Zeit gebracht. Wir sind in eine Sinn- und Wertkrise geschlittert. Z. B. treffen die psychische Belastung von Arbeitslosigkeit, die scheinbare Entmündigung des Bürgers, die egozentrischen Verhaltensweisen der Erwachsenen den Menschen im Emotionalen und kränken.

„Es sind nämlich Gefühle" — wie Ernst Ringel meint — „die krank machen. Wir leben in einer einseitig rationalisierten Welt, einer Welt, die zivilisiert ist und Zivilisation, auf die wir so stolz sind, bedeutet immer eine zunehmende Unterdrückung der Gefühle. Je mehr Gefühle aber unterdrückt werden, desto gefährlicher wird die Sache, desto größer wird die Wahrscheinlichkeit, daß sie ‚krankmachend' wirken."

Wir leiden nicht nur in der Berufswelt, sondern vielfach auch im persönlichen Bereich an einem Mangel an sozialpsychischer Hygiene und Gefühlsethik und mit einer starken Mißachtung der Humanökologie. Psychosomatische Krankheiten als Ausdruck von „Kränken macht krank" nehmen zu.

Mir scheint, daß das Gleichgewicht zwischen Gefühl und Verstand weitgehend verlorengegangen ist. Die Folge daraus: Der Mensch ist nicht glücklicher geworden, sondern es entstanden größere menschliche Not, Angst, Einsamkeit, Unverstandensein und Sprachlosigkeit. Eine zwischenmenschliche Kälte und Egoismus haben sich breitgemacht. Sollten wir daher nicht mehr über die Wechselbeziehung zwischen Egoismus und persönlichem Kränkungsverhalten nachdenken? Ist dieses Nachdenken nicht Voraussetzung und Ansatz, um Kränken zu vermindern? Müssen wir nicht uns bewußt werden, daß wir sehr sensibel als Empfänger reagieren, aber als Sender von Kränkungen eine sehr dicke Haut haben. Denn es besteht eine große Diskrepanz zwischen der eigenen Kränkbarkeit, wenn also das ICH der Kränkungsempfänger ist und dem Bewußtsein des Kränkens, d.h., wenn das ICH der Kränkungssender ist.

Ein Umdenken und ein neues Handeln tut not. Dies betrifft den Staat, die Gesellschaft und jeden Einzelnen. Dieses Umdenken und neue Handeln tuen deshalb not, damit Kränken, das krank macht, sich weniger oft ereignen kann.

## Laß Deine Seele baumeln

Auch wenn die Medizin erkennt, daß vielen Erkrankungen Kränkungen zugrundeliegen, so wäre — wie Univ.-Prof. Dr. W. Pieringer meint — „der Beitrag, den die Medizin vielleicht liefern kann, der

Beitrag zur Erziehung zur Achtsamkeit sich selbst und dem anderen gegenüber. Diese Achtsamkeit beginnt aus der Sicht der Tiefenpsychologie mit der Selbsterkenntnis auch in Situationen der Kränkung."

Um die Seele gesund zu erhalten, bedürfen wir befriedigender sozialer Beziehungen, sei es in der Familie und/oder im Freundeskreis. Bevor aber der Einzelne davon „Gebrauch nehmen kann", muß er zu sich selbst „JA" sagen. Denn mit dem eigenen Gewissen müssen die Entscheidungen, Handlungen und Gedanken verantwortet werden. Das Annehmen der eigenen Persönlichkeit und der Andersartigkeit des Partners ist z. B. Voraussetzung für Partnerschaft, für die Bereitschaft zur Verhaltensänderung und für eine eigene Konfliktlösungsfähigkeit. Die Psychologie verbindet seelische Gesundheit mit der Fähigkeit zu lieben und Liebe anzunehmen. Je mehr Liebe, Freundlichkeit und Freude man zu geben bereit ist, desto mehr Positives kommt auch zu einem selbst zurück. So kann dem „Krankgekränkten" von außen nur bedingt geholfen werden. Der Einzelne muß selbst bereit sein, seine Konflikte anzunehmen und in Eigenverantwortlichkeit mit und in der Gemeinschaft wieder mehr Gefühlsethik und Mitmenschlichkeit leben lernen. Ein positives Denken und Handeln ist notwendig.

## Menschliches und Politik

Politisches Entscheiden ist ein Handeln, das durch die Vielfalt von Interessen bestimmt wird und daher stets nur ein zielgerichteter optimaler Kompromiß sein kann. Es wäre einer wissenschaftlichen Untersuchung wert, festzustellen, wie weit die derzeitige politische Kultur der Parteien und Medien Österreichs mit ihrem Freund/Feind-Schema, der mangelnden Gesprächs-, Inforamtions- und Vertrauenskultur zwischen Wähler und Verantwortungsträger, der Sensationsberichterstattung und einem nicht Ursachen-, sondern nur Symptombekämpfen mitverantwortlich für die „psychomatischen Erkrankungen" der Gesellschaft und eine Vielzahl von Staatsbürgern zu zeichnen hat.

Ein Selbstmitleid über diesen Zustand ist aber weder für Bürger noch Politiker am Platz. Allen muß die Angst vor unkonventionellem Denken und Handeln genommen werden. Die Aufgabe der Politik ist es, Wege und Auswege in dieser Gefahr zu suchen. So braucht die Politik eine neue Ethik und überzeugende Verhaltens- und Handlungsweisen.

Dazu exemplarisch einige mögliche Ansatzpunkte aus meiner Sicht:

● Bevormunden, Gleichgültigkeit und Schweigen kränkt und macht krank. Die Erwartungen des Wählers an den Staat und an die gewählten Mandatare sind oft Überforderungen, entsprechen aber auch der typischen Abschiebmentalität des Österreichers, nach dem Motto: „Der Papa wird's schon richten". Gerade deshalb muß jeder einzelne Politiker aller Ebenenen und Parteien mit mehr Verantwortung, Ehrlichkeit und Menschlichkeit dem Wähler, und mit mehr Ernst, Zivilcourage und Konfliktbereitschaft dem Problem gegenüber sein politisches Denken und Handeln rechtfertigen. Denn mit dieser Grundeinstellung könnte der Verlust der Verständlichkeit, der Mangel an Gesprächs- und Zeitbereitschaft abgebaut werden. Dadurch könnte der Einzelne in der komplizierten Welt von heute wieder mehr Eigenverantwortlichkeit übertragen erhalten und zur Aktivität angeregt werden.

Für die Redakteure der Massenmedien könnte es eine reizvolle Aufgabe sein, nicht nur erfolgreich über Sensationen und Aktuelles zu informieren, sondern durch die Präsentation positiver Entwicklungen, die absolut nicht langweilig sein müssen, die „pfeif drauf"-Stimmung abzubauen.

● Nichtgebrauchtsein kränkt und macht krank. Vielfältig sind die kränkenden Faktoren am Arbeitsplatz. Vom verständnislosen, autoritären Chef, der seine Angestellten wie geist- und seelenlose Arbeitsmaschinen behandelt, über z. B. die mangelnde Akzeptanz von Frauen in „männlichen Berufen", das „Hänseln" eines jungen Lehrlings durch die Kollegenschaft, bis hin zur Arbeitslosigkeit sind kränkende Faktoren.

Konsequenzen daraus:

— Sollte sich nicht der Österreichische Gewerkschaftsbund als eine Vertretung all jener, die arbeiten wollen, daher auch als eine Vertretung jener, die noch keine Arbeit haben, verstehen?

— Ein Umdenken bezüglich der Verteilung und Einstellung zur Arbeit ist notwendig.

— Arbeitgeber und Arbeitnehmer haben sich für ein psychosoziales, positives Klima am Arbeitsplatz verantwortlich zu fühlen.

— Falsche Machtansprüche kränken.

● Im Bereich der Schul- und Bildungspolitik geht es um ein neues Selbstverständnis zwischen Lehrern, Eltern und Schülern. Wohl ist die Schulpartnerschaft gesetzlich gesichert. In der Praxis muß der Prozeß des „Lernen, miteinander zu leben und aufeinander zu vertrauen" immer wieder neu im Interesse der Kinder verwirklicht werden.

Deshalb muß in der Bildungspolitik bei der Auswahl, der Aus- und Weiterbildung der Lehrkräfte, verstärkt das pädagogische und soziale Engagement gefordert und gefördert werden.

Eine Klassenvorstandsstunde, in der gemeinsam zwischen Schülern, Lehrern und allenfalls auch Eltern Konflikte des Zusammenlebens und menschlich-sozialer Probleme besprochen werden, erscheint mir eine politische Maßnahme zur Gesundung menschlicher Beziehungen.

Ein besonderer politischer Schwerpunkt der Zukunft wird die Familienpolitik sein müssen. Um kränken, das krank macht, zu verhindern, brauchen wir eine moralische und ethische Aufwertung der Familie und des Zusammenlebens von Gruppen. Nicht Psychologen, Soziologen und Ärzte können das „menschliche Klima" in Gemeinschaften prägen, sondern nur die Betroffenen selbst. Viele Eltern bedürfen der Hilfe der Verantwortungsträger durch deren gelebtes Bekenntnis zur Familie, damit sie den Mut haben, die Verantwortung für ihre Kinder und deren Zukunft zu tragen. Dadurch könnte z. B. auch die Gesundheitserziehung, die sich derzeit eher auf die körperliche Gesundheit mit Aktionen wie „Ohne Rauch geht's auch" beschränkt, jene Dimension erhalten, die für eine gesundes und lebenswertes Leben notwendig ist. Denn, um die Seele gesund zu erhalten, bedürfen alle befriedigender, sozialer Beziehungen in Familie und/oder Freundeskreis.

Die Probleme unserer Gesellschaft sind groß, aber überwindbar. Viele Konflikte in Politik und Gesellschaft, die sich auf das Wohlbefinden des Einzelnen auswirken, liegen nicht bei Sachfragen, sondern in emotionalen Bereichen. Diese Probleme sind rational, organisatorisch oder strukturell nicht lösbar. Wenn aber der Einzelne rational, also verstandesmäßig erkannt hat, daß zur Gesundung des menschlichen Seins das Gesunden von Geist und Seele gehören, dann ist der Mensch, der Einzelne, im Mittelpunkt des Denken zu stellen — auch in der Politik.

Krankjammern hilft nichts. Um wieder Gefühlsethik und Mitmenschlichkeit leben zu können, müssen wir lernen, uns selbst und uns gegenseitig ernst zu nehmen. Jeder Bürger der Gesellschaft sollte sich befähigt fühlen — die Politik muß ihm dabei Anregung sein — sich selbst mehr zuzumuten, damit der Einzelne nach seinen Wertvorstellungen mit mehr Vertrauen statt Mißtrauen, mehr Freude und Fröhlichkeit statt Angst, mit mehr Hoffnung statt Mutlosigkeit und mit mehr Liebe statt kränken lebt. Niemand kann den, der will, daran hindern, diese Zeichen der Hoffnung zu setzen.

Michael Klein

# SOZIALE ASPEKTE DER GESUNDHEIT

Das öffentliche Gesundheitssystem befindet sich seit längerem in einer anerkannten und heftig diskutierten Krise. Am häufigsten kolportiert werden hierbei sicherlich die explodierenden und nicht mehr sinnvoll zu bewältigenden Kosten für Krankheiten. In der Bundesrepublik Deutschland liegen die betriebs- und volkswirtschaftlichen Kosten durch Krankheiten für ambulante und stationäre Behandlung, Arzneimittel, Kur und Krankheitsfolgen wie Lohnfortzahlung, Krankengeld, Frührenten etc. bei ca. 350 Mrd. DM und übertreffen damit die Gesamtsumme des Bundeshaushaltes beträchtlich. Allein die gesetzlichen Krankenkassen hatten 1986 Ausgaben von ca. 120 Mrd. DM, und der durchschnittliche Krankenkassenbeitrag erreicht inzwischen bereits dreizehn Prozent des Gehalts (1970: 8,2 Prozent).

Als besonders bestürzend fällt hierbei zu Buche, daß selbst unter Berücksichtigung von strittigen Fällen, Grenzbereichen etc. mindestens 30 bis 40% aller Krankheitskosten durch Bewegungsmangel und andere pathogenetische Risikofaktoren (Rauchen, Alkohol, Lärm und damit verbundener Schlafmangel etc.) verursacht werden, somit auch durch einen veränderten Lebensstil zumindest erheblich zu reduzieren wären.

Daß gerade in diesem Feld der durch den Lebensstil verursachten Krankheiten oder auch „nur" Befindlichkeitsstörungen der Anstieg der anfallenden Kosten durch Arztbesuche, medikamentöse Behandlungen, Kuren u. a. besonders hoch ist, deutet auf strukturelle Probleme unseres Gesundheitssystems hin.

a. In unserer Gesellschaft verfügen wir über keinen autonomen Gesundheitsbegriff. Im allgemeinen Verständnis der Öffentlichkeit beinhaltet für den medizinischen Laien Gesundheit in erster Linie die Abwesenheit von Krankheit. Dies hat fatale Konsequenzen für Gesundheits**verständnis** wie Gesundheits**verhalten.**

— Es stellen sich erhebliche Probleme für eine offensive Gesundheitserziehung. Wird Gesundheit lediglich als Gegenbegriff zur Krankheit aufgefaßt, wird die Gesundheit aus den Kontexten der Lebenszusammenhänge herausgelöst. Damit verbunden ist sicherlich die „Entpersönlichung" und „Unpersönlichkeit" des Medizinsystems, da die Person des dann nur noch als „Patient" verstandenen Menschen lediglich als (krankes) Objekt eines naturwissenschaftlich-technischen Interesses in Frage steht. Vor allem aber kann in der Gesundheitserziehung nicht mehr plausibel gemacht werden, wie Gesundheit systematisch mit dem eigenen Verhalten verknüpft ist. Zudem wird Gesundheit in diesem Verständnis gerade in der Kindheit, wo, wie wir wissen, Gesundheitserziehung und ein aktives Verhältnis zur eigenen Gesundheit gelernt, eingeübt und positiv besetzt werden müßte, nicht als angemessenes Thema angesehen. Nachträgliche „Aufklärung" und Belehrung nützen bekanntlich gar nichts.

— Im Alter, wo degenerative Veränderungen insbesondere des Herz-Kreislaufsystems und des Bewegungsapparates, aber auch psychisch und sozial bedingte Befindlichkeitsstörungen besonders zu Buche schlagen, findet sich eine durchgängig passive und resignative Haltung der Gesundheit gegenüber („man muß zufrieden sein, wie es ist", „es könnte schlechter gehen"); Störungen werden nahezu ausschließlich somatisch interpretiert und „Heilung" ganz im medizinischen Verständnis von Gesundheit in physikalisch-chemischer Therapie gesucht. Besonders im Alter (und der Altersaufbau der Bevölkerung verändert sich rapide) liegt ein teilweise ungeheuerlicher Medikamentenkonsum vor, Medikamentensucht und -abhängigkeit sind ebenso keine Seltenheit wie „iatrogene" (durch medizinische Behandlung hervorgerufene) Erkrankungen durch Arzneimittelschäden generell bzw. sich gegenseitig aufhebende oder zu Defekten kumulierende Medikamentenwirkungen.

— Am gewichtigsten jedoch dürfte sein, daß auf diese Weise Gesundheit nicht mehr ins Alltagshandeln integriert und im Rahmen der individuellen Verantwortlichkeit angesiedelt ist, das alltägliche Verhalten zur eigenen Gesundheit sich weit eher durch ein Höchstmaß an Verantwortungslosigkeit gekennzeichnet ist. Die Verantwortung wird — in diesem Verständnis zu Recht — den „Experten" überantwortet, die in unserem Gesundheitssystem Krankheit „verwalten".

Wie eine repräsentative Untersuchung des Emnid-Instituts von 1985 belegt, betrachten die meisten Befragten die eigene Gesundheit mit weitem Abstand als das Wichtigste in ihrem Leben, in den alltäglichen Handlungsmustern und Lebensstilen findet sich davon aber nichts wieder. Mehr als 75% der (vor allem männlichen) Bevölkerung setzen sich bewußt den auch ihnen bekannten Risiken zu degenerativen Schädigungen und Veränderungen aus, ja oft wird sogar wie im Falle des Rauchens, Trinkens, Essens und des Konsums von Psychopharmaka die Schädigung mit Lebens„genuß" und Wohlbefinden gleichgesetzt.

b. Bei diesem letzteren Gesichtspunkt handelt es sich nun keinesfalls um individuelle und subjektiv zurechenbare Verantwortungslosigkeit, es ist vielmehr das Produkt eines weiteren Aspekts struktureller Bedingungen unseres Gesundheitssystems:

Gesundheit verkürzt auf den Gegenbegriff zur Krankheit gewinnt eine gesellschaftliche Sonderstellung, da Krankheit über die Gefährdung des individuellen Lebensschicksals hinaus immer auch ein sozialer Sachverhalt ist, der jenseits individueller Verantwortbarkeit gesellschaftliche Ordnungsvorstellungen bedroht. In modernen Gesellschaften wird der Mensch in erster Linie als funktionstüchtiger, kalkulierbarer und körperlich intakter Rollenträger der Gesellschaft definiert. Hierfür steht die Grantenstellung der Gesundheitsfürsorge als Krankheitsabwehr ein. Hieraus resultiert eine vollständige Asymmetrie der Teilhabe von Arzt und Patient am System der öffentlichen Gesundheitsfürsorge. Der Patient hat lediglich einen praktisch uneingeschränkten Anspruch auf „Leistungen", ist jedoch in Hinblick auf jegliche Kompetenz bezüglich seiner Gesundheit de facto entmündigt. Über Art und Ausmaß der „Leistungen" entscheidet das „Wissen" der Leistungsrolle des Arztes nach dem jeweiligen Wissensstand der Medizin und im Rahmen der ihm zur Verfügung stehenden Mittel. Da hier eine ganz einseitige und ausschließliche Fach- und Entscheidungskompetenz gegeben ist, bestimmt der Arzt auf dem Wege der Krankheitsdiagnose und der hiefür als erforderlich angesehenenen Behandlung als einziger Anbieter auf einem Markt auch über das Ausmaß der Nachfrage und über die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Im Rahmen dieser staatlich garantierten und auch verpflichtend gemachten exklusiven Anwendung eines **bestimmten** ärztlichen Wissens schrumpft auch das Selbstbild „der Medizin". Unter „abrechenbarer" und damit anerkannter Gesundheitsfürsorge wird nur das akzeptiert, was einem bestimmten Paradigma folgt, was in der Diagnose menschliche Funktionen analytisch isoliert und einem naturwissenschaftlich verkürztem Menschenbild subsumiert, und was in der Therapie technische Apparate und chemische Produkte einsetzt, „meßbar" ist und damit scheinbar nachweisbar „Heilwirkung" erzielt. Die Selbstheilungskräfte des Menschen, die Heilwirkungen zwischenmenschlicher Beziehungen, sozialer Umgebungen, der Kunst und anderer ästhetischer Gegebenheiten geraten ohnehin aus dem Blickfeld.

Ein kleines Beispiel kann verdeutlichen, in welchem Ausmaß die Schrumpfung des Selbstverständnisses der Medizin auch wissenschaftliche Forschung und damit das „Wissen" um Gesundheit und Gesundung einschränkt:

In der Bundesrepublik Deutschland waren das Forschungs- und Gesundheitsministerium bereit, Untersuchungen über unkonventionelle Heilmethoden finanziell zu fördern. Selbst als über eine öf-

fentliche Ausschreibung eine Universität gesucht wurde, die Hilfestellung bei der Erforschung alternativer Krebstherapien geben sollte, zeigte keine der etablierten Hochschulen Interesse. Auch jüngere Nachwuchswissenschaftler verzichteten lieber ganz auf die Möglichkeit von Forschung, als durch Forschungen auf diesem Gebiet „ihren Ruf zu ruinieren".

Im Rahmen des neuen „Psychotherapeutengesetzes" wird auch die Psychotherapie exklusiv „medizinisch" definiert. Überspitzt ausgedrückt haben sich hier also diejenigen das Recht auf „heilen" erkämpft, die vom Problem selbst, der Psyche des Menschen, keine Ahnung haben und sich auch kaum dafür interessieren, bzw. das Problem auf ein Gleis schieben, wo es nicht mehr „heilbar" ist, weil es aus den sozialen Zusammenhängen herausgelöst und der Verantwortlichkeit des Betroffenen entzogen wird.

So kann es kaum verwundern, daß sich parallel zum Schrumpfen des Selbstverständnisses der Medizin unter dem Leitbild des funktionstüchtigen, kalkulierbaren Rollenträgers in der Gesellschaft zugleich ein Ausufern des Krankheitsbegriffes beobachten läßt. Psychische Befindlichkeiten, wie Angst, Traurigkeit, seelisches Ungleichgewicht geraten unter das Krankheitspanorama, Altersveränderungen und Schwangerschaft werden ohnehin ganz selbstverständlich dem Krankenhaus zugewiesen, ja, es kann ganz ernsthaft über „Frausein als Krankheit" diskutiert werden. In Zusammenhang von Sucht und Abhängigkeit erscheint das Paradoxon, daß der als krank definierte Mensch keine Verantwortlichkeit für seine Gesundheit trägt, in Anbetracht der Alternative der Kriminalisierung fast noch human.

In diesem zugleich eingeschränkten und ausgeweitetem Verständnis ist das medizinische Angebot gerade in den letzten 20 Jahren ungeheuer angewachsen, und hierauf besteht — wie gesagt — ein praktisch uneingeschränkter Anspruch. Diese Ausweitung des medizinischen Angebots hat jedoch in erster Linie die diagnostischen Möglichkeiten verbessert, keinesfalls aber die Therapie. Nur ein Bruchteil der bekannten und diagnostizierbaren Krankheiten ist therapierbar; und hier hat sich in der letzten Zeit auch kaum etwas verändert. An technischen Apparaturen zur Diagnose sind in einer durchschnittlichen internistischen Praxis Geräte von ca. 1 Mio. Investitionskosten anzutreffen, die abgeschrieben werden müssen und für deren Anwendung das medizinische Personal zum Teil gar nicht oder nur unzulänglich ausgebildet ist. Auch die verschärften Auflagen für den Betrieb dieser medizinischen Apparaturen in einer „Medizingeräteverordnung" (BRD 1986) erzwingt höchstens Zusatzausbildungen, die den Arzt von der Gesundheitsfürsorge immer weiter entfernen und die Kosten andererseits weiter in die Höhe schrauben.

Es besteht nun ein verhängnisvoller Zirkel zwischen den unter a. und b. kurz angesprochenen strukturellen Bedingungen. Der in der industriellen Zivilisation groß gewordene Mensch hat gelernt, selbst bei der Frage, wie er sich fühlt, einen Apparat zu befragen, ob dieser nicht irgendein Symptom vorgibt, oder Belastungs- und Risikofaktoren den jeweilig zufälligen Funktions- und Meßmöglichkeiten von Apparaturen zu überantworten, wodurch auch Grenzwerte immer mehr zu Soll-, mindestens aber Kann-Werten umdefiniert werden. Andererseits aber entspricht dieses den traditionellen Naturwissenschaften entlehnte Gesundheitsverständnis des Kontrollierens, Messens, und Berechnens nicht der Lebenswirklichkeit, nämlich dem alltäglichen Umgang mit dem Körper, seinen Funktionen, gesundheitlichen Aspekten und Lebensdimensionen, soweit sie „Gesundheit" betreffen. Da aber an gesellschaftlichen Orientierungs- und Handlungsmodellen nichts anderes verfügbar ist, hat sich eine „Gesundheitsfolklore" entwickelt, die von Amuletten, Fetischen, Geisterbeschwörungen und magischen Ritualen traditioneller Gesellschaften nicht allzuweit entfernt ist. Nur im Rahmen unserer Leitbilder dokumentieren sie sich in erster Linie in einem „Anspruch" auf die ärztliche Versorgung mit möglichst vielen, eindrucksvollen und bunten Tabletten einerseits und andererseits in einer dieser medizinischen Versorgung angelehnten Selbstmedikation. Nach einem Bericht des Gesundheitsministeriums Nordrhein-Westfalens wurden 1986 allein 1094 Tonnen Schmerzmittel konsumiert. Zusätzlich zu 20 Mio. Schachteln verschriebener Schmerzmittel wurden zusätzlich oder allein gegen „Alkohol-Kater" oder um „fit" zu sein, noch 85 Mio. Schachteln nichtrezeptpflichtiger Mittel verbraucht. Da diese Schachteln in der Regel größer sind, kommen auf jede verordnete Schmerztablette ca. 9 nicht verordnete. Besonders beliebt sind hierbei sogenannte „Kombinationspräparate". Von 280 untersuchten Kombinationspräparaten erwiesen sich zwar lediglich 4 aus dem Bereich der Migränemittel als sinnvoll, die gesundheitlichen Schäden hingegen sind eindrucksvoll und verheerend: Nach Umfragen in Dialyse-Zentren haben haben ca. 15 Prozent der Patienten, die regelmäßig zum Blutwaschen müssen, Schäden durch den Konsum von Schmerzmitteln erlitten. Das etablierte System des Gesundheitsverständnisses, der Gesundheitsfürsorge und Krankheitsabwehr trägt und verstärkt sich in weiten Bereichen selbst.

Ein kleiner Ausweg aus diesem Zirkel könnten in dem Anerkenntnis sichtbar werden, daß Gesundheit vor allem auch ein soziales Geschehen ist. Dies läßt sich bereits an Krankheiten und dem Krankheitspanorama verdeutlichen, obwohl Krankheit nicht unbedingt als Gegenbegriff zu Gesundheit taugt.

So können Menschen erkrankt sein, ohne daß eine diagnostizierbare „Krankheit" vorliegt. Capra (1983) stellt fest, daß die Hälfte aller Arztbesuche wegen Beschwerden erfolgen, „die nicht mit physiologischen Störungen in Verbindung gebracht werden können". Bekannt ist auch, daß für den Verlauf einer Krankheit weniger die „objektive" Schwere des Krankheitsbildes ausschlaggebend ist, als vielmehr das subjektivere Erleben und die Reaktionen des Betroffenen auf die Erkrankung, sowie die Auswirkungen, die sich aus diesen Reaktionen auf die weitere Lebensgestaltung ergeben. Abwertung der eigenen Person über den Körper und körperliche Störungen, feindselige, negative oder hilflos-resignative Haltung gegenüber sich selbst, dem Körper und Umweltereignissen wirken als zusätzlicher Stressor, die eine beträchtliche Schwächung des körpereigenen Abwehrsystems und eine Blockierung der Selbstheilungskräfte des Körpers bewirkt.

Überhaupt scheint hier ein ganz zentrales Problem in der Lebensführung des „modernen Menschen" zu liegen. Von Herpes simplex-Infektionen ist seit längerem bekannt, in welchem Ausmaß unkontrollierbarer Streß die Krankheit „verursacht". Angst, Leistungsprobleme, Beziehungsunstimmigkeiten dem Auftreten von Herpes vorauslaufen. Immer deutlicher aber wird, daß anscheinend generell Streß durch Angst, Beziehungsstörungen, übergroßem und unangemessenem „Ehrgeiz", Unfähigkeit auf bedrohliche Situationen angemessen zu reagieren etc. die autonomen Immunfunktionen des Menschen herabsetzt und eine „Empfänglichkeit" für Krankheiten — vor allem Infektionserkrankungen — geradezu provozieren. Eine entscheidende Rolle spielen hier offensichtlich nicht nur Veränderungen in der Ernährung, in der körperlichen Aktivität oder eine allgemeine Senkung des Aktivitätsniveaus, sondern vor allem auch das Nicht-Wahrnehmen, Verleugnen und Blockieren von Gefühlen. In die gleiche Richtung deutet, daß Störungen und Erkrankungen, die das autonome Immunsystem des Menschen unterlaufen, teils völlig neu im Krankheitspanorama auftauchen, teils sich explosionsartig ausweiten. AIDS und Krebs sind hierbei sicherlich am spektakulärsten, brisanter aber evtl. noch die Allergien. Nach neuesten Schätzungen gibt es ca. 25 Mio. Allergiker in der Bundesrepublik Deutschland, wobei sich in den letzten Jahren vor allem Neurodermitis ausgeweitet hat. Da die Haut nicht nur das größte Sinnesorgan des Menschen ist, sondern vor allem auch die Grenze des Ichs zur Umwelt, liegen hierin sicher auch Anzeichen, daß der Mensch an seiner sozialen und materiellen Umwelt generell „erkrankt" ist. Daß diese „Erkrankung an der Umwelt" mit massiven Identitätsstörungen und -schädigungen verbunden ist, ergibt sich allein schon daraus, daß das Auftreten der Allergieerkrankungen ebenfalls an die Unfähigkeit gekoppelt ist, seelische Spannungen zu

bewältigen, und kurative Wirkung weit eher von einer entspannten Atmosphäre und einer Stärkung des Selbstbewußtseins ausgeht als von Cortisonbehandlungen.

Wenn Gesundheit aber ein soziales Geschehen ist, dann gibt es primär nicht Krankheit, sondern „nur" den „kranken Menschen". Krankheit ist dann ein sozialer Anzeiger, daß mit der Identität des Menschen und mit dem Leben als ganzem etwas nicht stimmt. Besonders deutlich wird dies am Herzinfarkt. Die sogenannte Infarktpersönlichkeit weist in besonders hohem Maße gesellschaftlich hochbewertete Eigenschaften auf, zeichnet sich aber zugleich (gerade dadurch) durch eine besondere Unfähigkeit aus, eine vegetative Ökonomie im Organismus und eine lebbare Balance zwischen Organismus und Umwelt herzustellen.

In diesem Sinne ist Krankheit in erster Linie ein „Körperstreik" (Huebschmann), der aber gerade dadurch, daß durch diesen „Streik" Signale ausgesandt werden, Chancen für Gesundheitswirkungen und Gesundheitserziehung bietet. Die Chance zur Gesundheit besteht darin, die Botschaften aufzugreifen, zu verstehen und über die Störungen mit sich selbst in Kontakt zu treten. Bei Gesundheit geht es um die Balance von Körper, Geist und Seele, um das Verhältnis zu sich selbst und um ein positives Verhältnis zur Umwelt. Arbeit an der Gesundheit kann sich so prinzipiell nicht allein bei der Krankheit oder gar einem Krankheitssymptom aufhalten, sondern ist immer auch — so abgegriffen sich dies anhören mag — „ganzheitliche" und integrative Arbeit. Gesundheit ist somit primär eine „Lebensführungslehre", die die Selbstheilungskräfte des Menschen, die zwischenmenschlichen Beziehungen und das Verhältnis zur Umwelt mit umfaßt. Dies aber kann nicht allein medizinischen „Experten" überantwortet werden, sondern stellt vielmehr höchste Anforderungen an die Mitbeteiligung der Betroffenen, ja an deren Selbstverantwortlichkeit. Vor allem aber ist Gesundheit als „Lebensführungslehre" nicht nur auf das isolierte Individuum zu beziehen, sondern stellt natürlich auch die politischen und sozialen Kontakte der Lebensbedingungen in Frage.

---

**Literatur:**


BECKKERS, E. u. a.: Gesundheitsbildung — Wahrnehmungsentwicklung — Bewegungserfahrung. Theoretische Grundlagen. Köln 1986.

CAPRA, F.: Wendezeit. Bausteine für ein neues Weltbild. Bern u. a. 1983.

FRANKE, A.: Ist die Frau ein kranker Mensch? In: Psychologie Heute-Special: Frauen. 1986, 66—73.

FRANKE, E. (Hg.): Sport und Gesundheit. Reinbek 1986.

HUEBSCHMANN, H.: Krankheit — ein Körperstreik. Freiburg 1974.

KLEIN, M. (Hg.): Sport und Körper. Reinbek 1984.

KLEIN, M. (Red.): Sport, Gesundheit und die „neue" Bewegungs- und Körperkultur. Clausthal-Zellerrfeld 1986).

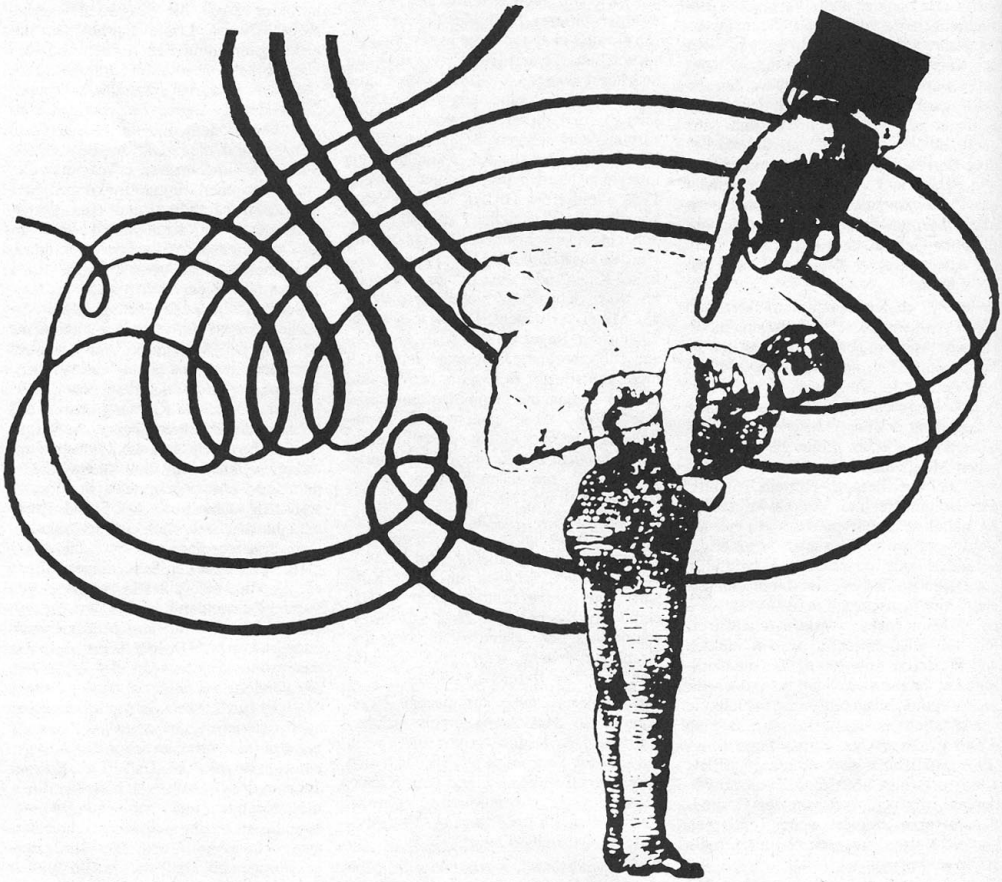
MONTAGU, A.: Körperkontakt. Stuttgart 1980.

PEYKER, I.: Gesundheitspädagogik I. Retzhof b. Leibnitz 1985.

SCHMIDBAUER, W.: Im Körper zuhause. Frankfurt 1982.

TEEGEN, F.: Ganzheitliche Gesundheit. Reinbek 1983.

VOGT, I.: Medizinsoziologie und weibliche Leidenswesen. In: K. HAUSEN / H. NOWOTNY (Hg.): Wie männlich ist die Wissenschaft? Frankfurt 1986, 179—198.

## Sabine Hollomey-Gärner

# ...ESSEN, UM ZU LEBEN...

Solange es Menschen gab und gibt, besteht der Wunsch nach einem langen Leben. Wir wollen nicht nur lang leben, sondern auch gesund bleiben. Andererseits wollen wir aber auch unser Leben „genießen". Was Genuß ist und in welchem Ausmaß ihn der einzelne auskosten will, ist natürlich individuell sehr unterschiedlich. Fest steht, daß die Affinität zum Genuß gewohnheits- und einstellungs- und niveauabhängig ist.

Nicht von ungefähr ist auch der Begriff „Genußsucht" geprägt worden. Das Bedürfnis, Genüssen zu frönen, kann tatsächlich zur Sucht werden. Die Ursachen hierzu sind sehr komplex — vom Fehlen anderer Bezüge und Lebensinhalte bis zur physischen und psychischen Abhängigkeit.

Kulinarische Genüsse stehen bei uns wahrscheinlich an erster Stelle. Interessant ist die Tendenz der Bedürfnisse eher in Richtung Quantität als in Qualität. Setzt man Qualität mit Geschmack gleich, könnte man sagen: Das Essen muß für die meisten Österreicher „viel" und „gut" sein. Was viel und gut ist, kann man am ehesten erkennen, wenn man in die Qualität das Wort „gesund" einbezieht.

Betrachtet man den Gesundheitswert der Ernährung des durchschnittlichen Österreichers, muß man leider eindeutig feststellen: „Viel und gut" heißt „zu viel und zu gut". Es heißt vor allem auch falsch, zum Teil sogar erheblich falsch.

Als Beurteilungskriterium, ob eine Ernährung richtig oder falsch ist, läßt sich die Gesundheit eines Menschen verwenden. Hier ist es natürlich nicht leicht, Maßstäbe zu setzen. Es scheint vor allem auch problematisch, den generellen Gesundheitszustand bzw. Krankheiten mit der Ernährung des Betreffenden in Verbindung zu setzen. Dennoch lassen sich eindeutige Zusammenhänge zwischen Ernährung und Gesundheit bzw. Fehlernährung und Krankheit erkennen.

An erster Stelle müssen hier die weitgehend ernährungsabhängigen Stoffwechselstörungen und Risikofaktoren für Herz- und Kreislauferkrankungen genannt werden. Allen voran und als Folge der meisten Fehlernährungsmöglichkeiten sei die Arteriosklerose, im Volksmund Aterienverkalkung, genannt. Hohe Blutfette, Bluthochdruck, Gicht und die Zuckerkrankheit sind die sogenannten klassischen, ernährungsabhängigen Stoffwechselstörungen, die Herzinfarkt und Schlaganfall begünstigen. Es gibt wohl kaum jemanden bei uns, der noch nicht davon gehört hat, denn gewarnt wird von allen Seiten vor diesen schleichenden Krankheiten, die man erst dann wirklich zu spüren bekommt, wenn es eigentlich schon zu spät für die Heilung ist. Der Vorbeugung und Vorsorgeuntersuchung kommen bei diesen Entgleisungen höchste Bedeutung zu.

Bedenkt man nun, daß wahrscheinlich die meisten Menschen über die groben Zusammenhänge bei der Entstehung dieser Störungen informiert sind, drängt sich die Frage auf, warum ihr Verhalten so konträr dazu verläuft. Nach einer neueren Umfrage interessieren sich nur etwa 5% unserer Bevölkerung dafür, ob ihre Ernährung auch gesund oder wenigstens nicht schädlich ist. Selbst bei Annahme, daß die Zahl untertrieben ist, kann man davon ausgehen, daß der Großteil der Menschen wahrhaft hirnlos in sich hineinißt. Und nicht minder hirnlos werden Medikamente und ihre zum Teil erheblichen Nebenwirkungen in Kauf genommen, die die selbstverschuldeten „angefutterten" Störungen des Organismus zu beseitigen versuchen. Die jeweiligen Beschwerden (und es sind deren viele!) werden als gegeben hingenommen — ohne Hinterfragen der Ursachen und Möglichkeiten der natürlichen Behebung durch Änderung falscher Lebensweisen.

Die Frage, die sich mir im Bewußtsein dieser Tatsachen immer stellt, ist: Empfindet der „moderne", angepaßte (woran?) Mensch sich selbst nicht mehr? Spürt er wirklich nicht mehr, welche Rückmeldungen ihm sein Körper gibt? Sieht er auch nicht mehr die Verantwortung, die er selbst für seine eigene Gesundheit und sein Leben trägt? Oder verdrängt er all diese Empfindungen, um sich möglichst bequem gehen lassen zu können? Oder meint er, die zahllosen Unpäßlichkeiten, Schmerzen und Behandlungen gehören nun einmal zum Leben?

Wenn man sich, wie ich, dazu entschlossen hat, hauptberuflich Menschen ihre liebgewonnenen, falschen Ernährungsgewohnheiten bewußt zu machen und ihnen Auswege zu zeigen, beschleicht einen nicht selten das Gefühl, allen etwas wegnehmen zu wollen. Man muß sich seiner Sache schon sicher sein, wenn man in dieser Situation den Menschen verständlich machen will und kann, daß ein momentaner Verzicht (z. B. auf viel Zucker, Salz, bestimmte Speisen und Getränke u. a.) ein langfristiger Gewinn wird. Daß der Lohn aus den Bemühungen ein vielfacher sein wird und daß man stolz sein wird auf sich selbst, wenn man das erreicht hat, was man sich insgeheim schon lange ersehnt hat: Keine Verstopfung mehr zu haben, keine Schlaftabletten mehr zu brauchen, ohne Zigaretten auszukommen, mehr Bewegungsfreiheit und Leistungsfähigkeit, Selbstbewußtsein und Freude mit sich selbst zu haben durch die längst fällige Abnahme sinnlos hinaufgefressener Kilos, weniger Abhängigkeit von seinen momentanen Gelüsten und Eßbegierden zu haben und vieles andere. Die Liste kann wahrscheinlich jeder Mensch selbst noch ergänzen.

Das Hauptproblem, warum solche Aussichten auf Erleichterungen und Verbesserungen so viele nicht reizt: Sie liegt in weiterer Ferne als der momentane Lustgewinn durch ein Stück Buttercremetorte, Schweinsbraten, Wienerschnitzel mit Pommes frites oder durch einen ordentlichen Alkoholzuspruch. Es erfordert doch eine gewisse Willensstärke und Überzeugung, Gewohnheiten und Traditionen zu durchbrechen und anders als bisher zu handeln: Öfter nein zu sagen, wenn es „gerade am besten schmeckt" — stimmt gar nicht, am besten schmeckt es immer, wenn man am hungrigsten ist.

Apropos: Hunger und Appetit sind zwei verschiedene Empfindungen, die man auch fein säuberlich auseinanderhalten lernen sollte. Hunger ist eine Reaktion des Körpers: Magenkrachen bis -schmerzen, Schwindelgefühl, Müdigkeit, Erschöpfung, Zittern u. a. Hunger ist endogen, von innen her gesteuert. Appetit hingegen ist meist exogen, von außen gesteuert; durch den Anblick oder Geruch von Speisen, durch eine bestimmte Uhrzeit (12 Uhr war immer Essenszeit), aber auch durch gedankliche Beschäftigung mit Eßbarem aus Langeweile, Ärger, Kummer oder Freude. Beim Normalgewichtigen melden sich Hunger und Appetit meist abgestimmt aufeinander: Ist man hungrig, hat man auch Appetit, ist man satt, regt kaum etwas zum Essen an.

Ein Phänomen, das ich schon oft beobachtet habe, ist: Viele Übergewichtige verspüren nur selten Hunger — sie essen schon lange, bevor er sich überhaupt melden kann. Andere allerdings sind wahre Hungerkünstler — bis zum Abend. Dann aber gibt es kein Halten mehr, denn der Heißhunger, der sie dann — verständlicherweise — überfällt, läßt sie alles Eßbare unkontrolliert, ungekaut, ohne nennenswerte Zubereitung und Darbietung verschlingen. Die Probleme danach sind nicht schwer vorstellbar. Neben zahllosen Unbehaglichkeiten durch den verstimmten Verdauungstrakt meldet sich auch ein nagendes schlechtes Gewissen mit den immer wiederkehrenden Fragen: War **das** wieder nötig, hat sich **das** rentiert?

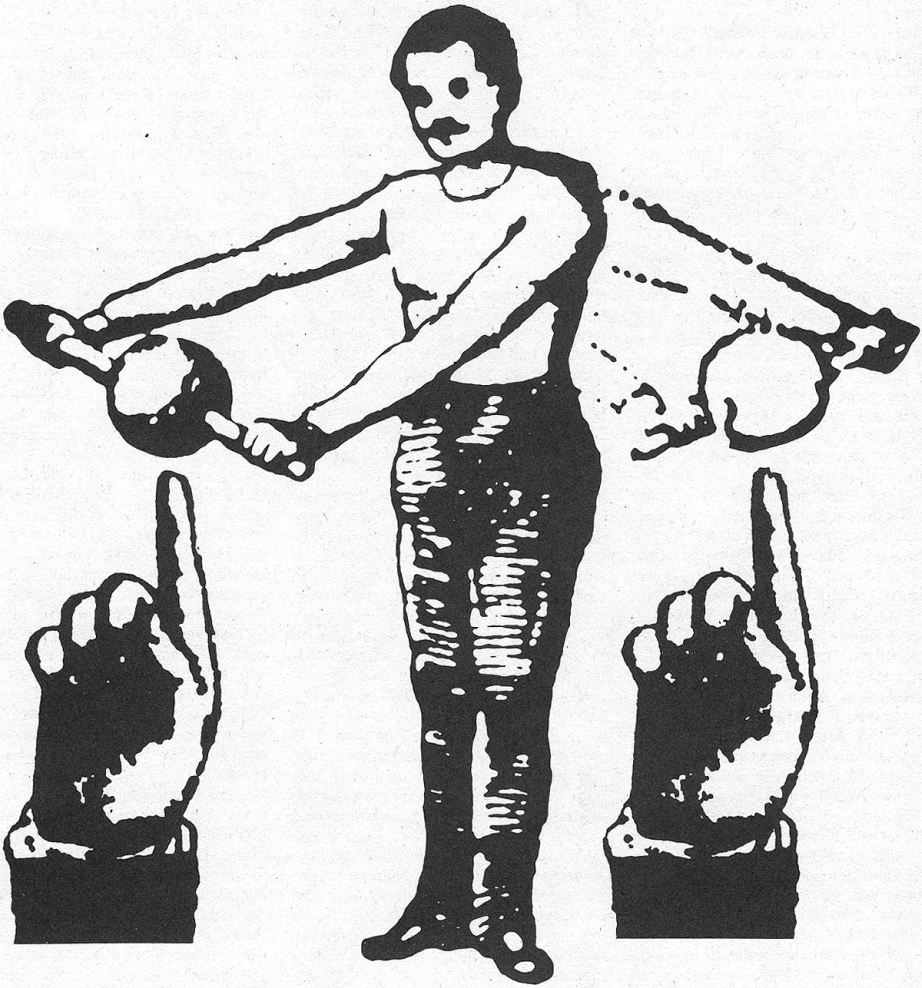
Bei der Beobachtung der Eßgewohnheiten vieler Menschen sucht man vergeblich nach einem Rest einer gewissen Eßkultur. Den Verfall der Eßkultur sehe ich in direktem Zusammenhang mit dem Kleinerwerden unserer Familien und mit den uneinheitlichen Arbeits- und Schulzeiten ihrer Mitglieder. In der durchschnittlichen Familie gibt es da nur zwei Lösungen: Entweder die Hausfrau

(Hausmann) steht den ganzen Tag in der Küche und bekocht zeitgerecht und einzeln eintreffende Familienmitglieder, oder jeder nimmt sich Vorgekochtes oder auch irgendwelche „Snacks" aus Küche und Vorratsschränken. Der gemeinsame Mittagstisch, meist auch das gemeinsame Frühstück beschränkt sich auf Sonn- und Feiertage.

Und auch dann sind oft diverse Aktivitäten wichtiger. Das Abendessen wird bei den meisten Familien gemeinsam eingenommen. Hier werden einige ganz wesentliche Fehler gemacht: Erstens findet es meist viel zu spät am Abend statt. Um diese Zeit besteht nicht mehr der Bedarf nach einer Hauptmahlzeit. Womit wir bei der Menge sind: Nach einem arbeitsreichen, mühevollen Tag kann man den ganzen Streß abstreifen und vergessen. Dabei hilft ein gutes, viel zu schweres und fettes Essen, im Kreise der Familie genossen. Viele finden dabei dann kein Ende mehr und das Essen zieht sich hin bis zum Schlafengehen — oder dem Versuch, zu schlafen, denn nach solch späten Gelagen findet man schwer einen ruhigen und erholsamen Schlaf, Magenschmerzen und Unwohlgefühle bleiben bis zum Morgen erhalten, an dem man verständlicherweise keinen Appetit auf ein Frühstück hat. Kaffee und die „nötigen" Medikamente schnell hinuntergeschluckt, die Zigarette während des oberflächlichen Zeitungsüberfliegens („man muß ja informiert sein, wenn man das Haus verläßt") — so sieht das gesundheitliche Morgenprogramm unzähliger aus. „Jause? Na, Sie haben Vorstellungen! Dafür hab ich keine Zeit! Woher soll ich denn jetzt eine Jause nehmen?" Von zuhause mitnehmen, zum Beispiel einen Apfel einstecken. „Hm, vergeß ich immer."

Das Mittagessen wird bestenfalls in einem Gasthaus gegessen — was sonst als große Portion Fleisch, Pommes frites, Salat mit viel Öl und mindestens ½ l Bier. Ein Schnaps und/oder ein Kaffee, damit man das Essen verträgt, die Verdauungspille nicht vergessen, und wieder an den Arbeitsplatz. Viele essen gar kein Mittagessen, nur irgendein Würstel oder eine Wurstsemmel an irgendeinem Stand.

Jause am Nachmittag? Nein danke, ich bekomme sowieso gleich Abendessen... Womit wir wieder beim üppigen Nachtmahl sind und der Kreislauf von vorne beginnt. Das Essen der meisten Österreicher muß „viel und gut" sein — wenn man dazu Zeit hat. Hat man keine, wird auch viel gegessen, nur merkt es der Betreffende meist gar nicht, daß es zu viel war, weil er nicht einmal dazu Zeit hat; und überhaupt, etwa 20.000 Österreicher jährlich merken leider erst viel zu spät, daß sie jahrzehntelang zu „viel und gut" gegessen haben, nämlich dann, wenn sie einen Herzinfarkt haben. Leider kann die Hälfte dieser Menschen keine Korrektur ihres Verhaltens mehr vornehmen. Es ist zu spät!



Karl Harnoncourt

# RECHT AUF GESUNDHEIT

## Wieder entscheiden lernen

Heute blicken wir mit skeptischem Stolz auf die Errungenschaften der modernen Industriegesellschaft, und als aufgeklärte Menschen diskutieren wir lange über die dadurch entstandenen Probleme, die Verantwortung, die auf uns lastet sowie über drohende Zukunftsvisionen. Und gerade darüber diskutieren wir besonders gerne. Doch wenn es wirklich darauf ankommt, so halten wir lieber an dem fest, was dieser Fortschritt uns so beschert hat.

Eine ähnlich schizophrene Haltung nehmen wir auch gegenüber der Medizin ein. Die Zeiten sind vorbei, in denen so viele an den Pocken, der Pest, einer Blinddarmentzündung oder einer Blutvergiftung starben. Wir brauchen nicht länger in ständiger Angst vor einer Krankheit zu leben und müssen uns nicht, so wie unsere Vorfahren, das Leben mit mühsamer und wenig tauglicher Vorbeugung vor Krankheiten erschweren. Wir können uns ganz dem Leben widmen. Im Krankheitsfall wird uns geholfen, dafür haben wir ja die Ärzte, und für die wirtschaftlichen Probleme kommt die Krankenkasse bzw. das Sozialnetz des Staates auf. Denn zu den Rechten des modernen Bürgers gehört nun endlich auch das Recht auf Gesundheit.

Allzu verlockend ist es, sich als gesunder Mensch dieser Illusion hinzugeben, öffnet sich doch das Tor zu einer fast unbeschränkten Freiheit. Und gerade junge Menschen ergreifen gern die Chance, ihr Leben zu entfalten, ohne dabei durch Sorgen vor gesundheitlichen Risken behindert zu sein. Wir alle leben gerne im Schutz der Vorstellung, daß jegliche Verantwortung von der Gesellschaft übernommen wird.

Es soll keineswegs verschwiegen werden, daß heute nicht nur über die Grenzen des möglichen, sondern auch über die Grenzen des menschlichen in der Medizin gesprochen wird, und daß gerade daraus enorme Probleme resultieren. Nur wird diese Diskussion von den meisten so verstanden, daß es sich dabei in erster Linie um die Folgen eines Versagens des medizinischen oder/und des sozialen Systems handle. Dann mündet die Diskussion fast zwangsläufig in die neuerliche Forderung, daß das Recht des Bürgers auf Gesundheit nun endlich garantiert werden müsse.

Viele der täglichen Erfahrungen geben den Fordernden auch Recht: Die Mitteilung, ein Freund sei an Darmverschluß operiert worden, führt ebenso wenig zu echter Besorgnis wie die Nachricht von einem schweren, aber nicht lebensgefährlichem Verkehrsunfall. In solchen Fällen rechnet man gern mit den guten Erfolgen medizinischer Versorgung.

Wir alle kennen die Beispiele, die zeigen, wo einer blind vertrauenden Zuversicht Grenzen gesetzt sind, Beispiele, die aufzeigen, daß den Möglichkeiten der modernen Medizin ungeachtet ihrer weitreichenden und zum Teil auch spektakulären Erfolge ebenso Grenzen gesetzt sind. Grenzen im Bereich jener chronischen Leiden, die sich wie die Arteriosklerose, die chronische Bronchitis, die Leberzirrhose, aber auch verschiedene psychosomatische Störungen im Laufe der Jahre allmählich entwickeln und die erst zur Kenntnis genommen oder erkannt werden, wenn sie sich bereits in einem irreversiblen fortgeschrittenen Stadium befinden. Grenzen aber auch bei akuten Krankheiten und Unfällen, die bei einer entsprechenden Vorbeugung durch die Betroffenen offen gewesen wären.

In solchen Fällen kann das vermeintliche Recht auf Gesundheit von keiner Institution eingefordert werden. In diesen Bereichen liegt das gesundheitliche Schicksal der Menschen voll und ganz in deren eigener Verantwortlichkeit, die ihnen niemand abnehmen kann. Die Medizin und das öffentliche Gesundheitswesen müssen hierin Ratgeber sein, wenn nötig auch Feuerwehr und Nothelfer. Sie werden aber nie in der Lage sein, eine Gesundheitsgarantie zu bieten, denn letztlich liegt das Wohl und Wehe der Gesundheit in der Hand eines jeden einzelnen.

Natürlich gibt es auch verschiedentlich Krankheitsursachen außerhalb des Einflußbereiches der betroffenen Menschen. Seien dies Belastungen aus der Umwelt, Belastungen im Bereich der Arbeitswelt, Belastungen, die sich aus den mitmenschlichen Beziehungen ergeben, oder einfach aus der sozialen Situation entstehende Probleme. Hier muß die öffentliche Hand initiativ werden und effektive Vorbeugungsmaßnahmen initiieren. Was ja schließlich auch in vielen Bereichen geschieht. Man denke an die Umweltinitiativen, an unser vorbildliches Arbeitnehmerschutzgesetz und an viele ähnliche Aktivitäten. Trotzdem geschieht auf diesem Gebiet noch immer viel zu wenig und es gibt zahlreiche Anlässe zur Klage. Es wäre aber nicht richtig, würde man über diesen Klagen und Forderungen vergesen oder verschleiern, daß es einen enorm großen Bereich gibt, in dem die Gesundheitsvorsorge voll und ganz in der Verantwortung, in der Kompetenz, aber auch im Bereich der Möglichkeiten des einzelnen liegt.

Durch Jahrtausende haben wir in völliger Eingenverantwortlichkeit Gesundheitsvorsorge betrieben. In den Familien, auch in der Gesellschaft wurden die entsprechenden Erfahrungen zusammengetragen und von Generation zu Generation weitergegeben. Schon dem jungen Menschen wurde beigebracht, daß sein Erfolg von seiner Tüchtigkeit und seine gesundheitliche Zukunft von seiner mit Bedacht geplanten Lebensführung abhängig sein werde.

Die große Wende kam mit den explosiven Erfolgen der modernen Medizin. Vor allem die Akuterkrankungen, die uns rundum bedrohten, konnten durch ärztliche Maßnahmen erfolgreich behandelt werden, und viele davon verloren ihren Schrecken. Der Fortschritt ging so rasch voran, daß es dem normalen Bürger längst nicht mehr möglich war, sich selbst ein kritisches Bild darüber zu machen. Als Folge davon hat man das Kind mit dem Bade ausgegossen und das jahrhundertealte Erfahrungsgut der Eigenvorsorge über Bord geworfen. Man meinte, die Effektivität dieser oft von den Großmüttern weitergegebenen Erfahrungen stehe ja in gar keinem Verhältnis zu den Möglichkeiten der modernen Medizin.

Dies kann aber nur einer der Gründe sein. Denn schon jahrzehntelang wird darüber diskutiert, daß zahlreiche als Zivilisationskrankheiten subsummierte chronische Leiden durch eine fehlprogrammierte Lebensform mitverursacht werden. Daß es hier auf das Wissen und auf das Wollen des einzelnen ankomme. Es gibt kaum jemanden, der darüber nicht orientiert ist, daß eine richtige Ernährung, genügend körperliche Bewegung, die Vermeidung von Nikotin und übermäßigem Alkoholgenuß sowie die Durchführung regelmäßiger Gesundenuntersuchungen eine wichtige Voraussetzung für ein gesundes Leben darstellen. Die Frage, warum dieses Wissen nicht dazu geführt hat, daß wir nun doch die Initiative wieder selbst ergreifen, kann möglicherweise aufzeigen, wo der Hebel angesetzt werden muß, wenn man die Situation verbessern will.

Zum einen scheint hier oft die jahrzehntelange Beschwerdefreiheit trotz Vorliegens massiver Risikofaktoren und allmählicher Zunahme der Krankheitserscheinungen verantwortlich zu sein. Warum soll ich etwas ändern, wenn ich keine Beschwerden habe?

Zum anderen gibt es offensichtlich ausgeprägte psychologische Hemm-Mechanismen, welchen wir uns schwer widersetzen können. Wie wäre es sonst zu verstehen, daß in bestimmten besonders schwerwiegenden Bereichen eine effektive Gesundheitsvorsorge erst durchgesetzt werden konnte, als vom Staat

Zuckerbrot und Peitsche eingesetzt wurden. Ist es nicht beschämend, daß werdende Mütter erst durch Einführung einer Prämie mehrheitlich dazu veranlaßt werden konnten, jene Untersuchungen durchführen zu lassen, welche für ihre Gesundheit und die Gesundheit ihres Kindes so wichtig sind? Der Erfolg des Mutter-Kind-Passes steht außer Zweifel. Ist es nicht auch beschämend, daß es erst einer staatlich dekredierten Strafandrohung bedurfte, um die Autofahrer und Motorradfahrer dazu zu bringen, jene Schutzmaßnahmen einzuhalten, die für sie selbst und ihr Schicksal im Falle eines Unfalles von so entscheidender Bedeutung sind?
Manche könnten sich auf den Standpunkt stellen, all das ginge uns nichts an. Wir könnten mit unserer Gesundheit machen, was wir wollten, es wäre unsere Privatsache. Kann man diese Meinung akzeptieren, belasten Gesundheitsschädigungen des einen nicht die Allgemeinheit? Ist es völlig bedeutungslos, daß Raucher im Durchschnitt höhere Leistungen von der Krankenkasse beanspruchen müssen als Nichtraucher, weil die tabakassoziierten Erkrankungen eben zum allgemeinen Erkrankungsrisiko dazukommen? Ähnliches könnte für eine bestimmte Gruppe von Übergewichtigen gesagt werden. Auch für leichtsinnige Sportler, auch für Trinker und für viele andere Personengruppen, die nichts daran finden, ein erhöhtes gesundheitliches Risiko auf sich zu nehmen.

## Was könnte, was müßte geändert werden?

26 1. Weg mit dem Märchen von der Allmacht von Medizin und Staat:
Es ist wichtig und notwendig zu wissen, welche Möglichkeiten die moderne Medizin im Krankheitsfall bieten kann und welche Sicherheiten der Sozialstaat zu gewähren imstande ist. Ebenso wichtig ist es aber, die Grenzen dieser Institutionen einzuhalten. Darüber hinaus ist jeder in voller Eigenverantwortlichkeit seines Glückes Schmied.

2. Aufbau eines gesunden Selbstbewußtseins:

Sehr viele Menschen haben bis heute nicht gelernt, die Freiheiten, die ihnen die moderne demokratische Gesellschaftsform bietet, in angemessener Form in Anspruch zu nehmen. Viele fühlen sich nach wie vor als von der Obrigkeit gesteuerte Vasallen, die das daraus resultierende Schicksal zu ertragen haben. Eine solche Grundhaltung behindert jede Entfaltung einer Eigenverantwortung und einer daraus resultierenden individuellen Initiative. Vielleicht könnten und sollten die Medien auf diesem Gebiet wirksamer werden, indem sie neben der sicher notwendigen spektakulären Anprangerung öffentlicher Mißstände noch mehr über Menschen und Persönlichkeiten berichten, die durch besonderes Engagement zu einem gesunden und erfolgreichen Leben gekommen sind. In dieser Richtung könnte sehr vieles auch in den Familien, in den Jugendbewegungen, in Sportvereinen, bei der Erwachsenenbildung und in vielen ähnlichen Bereichen geschehen.

3. Vermittlung der nötigen Gesundheitsbildung:

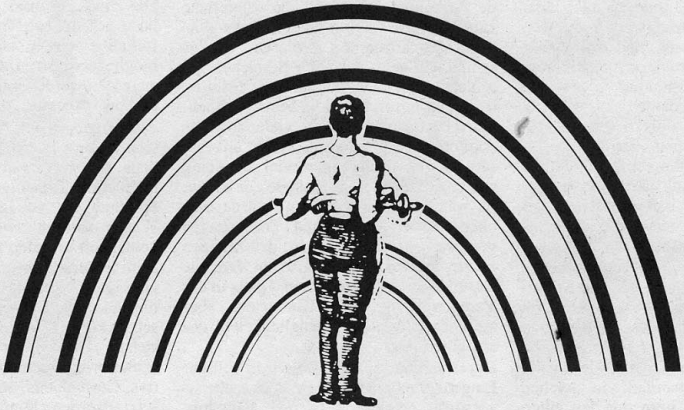
Eine Eigeninitiative ist nur dann möglich, wenn sie auf einem entsprechenden Wissen aufbaut. Man liest und hört zwar viel von Risken und deren Vermeidung, leider ist aber vieles davon widersprüchlich. Solche Widersprüche werden dann gerne als Alibi benützt. Nichts Genaues ist bekannt, also ist es gleichgültig, was man tut.

Natürlich ist das Patentrezept für eine gesunde Lebensführung nicht verfügbar. Viele wichtige Grundregeln sind aber längst nachgewiesen und außer Streit. Unseres Erachtens wäre es eine Aufgabe, ja eine Verpflichtung des Staates, ein genau definiertes Minimum an Gesundheitsbildung obligatorisch in allen Schultypen zu vermitteln. Die Gesundheitsbildung hat neben der Berufsausbildung zweifellos eine gleichrangige Bedeutung, denn „die Gesundheit ist zwar nicht alles, ohne die Gesundheit ist aber alles nichts".

4. Förderung einer realistischen Lebensauffassung:
Die moderne Erfolgsgesellschaft hat es offensichtlich geschafft, die Realität von Krankheit und Tod weitgehend zu verdrängen. Zwar lesen wir sehr viel über tragische Schicksale, doch haben wir längst einen Abwehrmechanismus aufgebaut und tun so, als ginge uns das gar nichts an. Diese Fehlentwicklung wird besonders deutlich in der Kommunikation zwischen Gesunden und Behinderten bzw. zwischen Gesunden und Todkranken. In Bereichen, mit welchen man sich nicht selbst ernsthaft auseinandergesetzt hat, kann man einem anderen nicht spannungsfrei begegnen. An dieser Stelle muß auch das obige Zitat relativiert werden, „Ohne Gesundheit sei alles nichts". Wer einen todkranken Menschen, der sein Schicksal akzeptiert, mit Aufmerksamkeit und Zuwendung begleiten kann, hat gelernt, daß auch in einem schweren Schicksal ein hoher menschlicher Wert gefunden werden kann. Ein solches Wissen ist auch in der Lage, die Angst zurückzudrängen, die viele von uns daran hindert, unsere eigene gesundheitliche Zukunft vorurteilsfrei zu betrachten und dementsprechend auch die erforderlichen Konsequenzen zu ziehen.

## Was also läßt sich daraus ableiten?

Es sollte uns gelingen, anstelle eines ängstlich blinden Vertrauens in die Medizin und das staatliche Wohlfahrtssystem einen klaren offenen Blick für die Möglichkeiten und Risken des modernen Lebens zu entwickeln. Dann werden wir nicht in erster Linie ein Recht auf Gesundheit, sondern vielmehr die Verpflichtung zur Erhaltung unserer Gesundheit sehen. Und dann können wir vom Staat und von der Medizin ein Recht auf Hilfe mit allen modernen Möglichkeiten fordern. Und zwar Hilfe dort, wo immer die Eigenvorsorge nicht genug erfolgreich war.



## Harald Cesnik

# IST DIE SCHULMEDIZIN KRANK?

Die moderne Medizin kann alles oder fast alles, und je weniger das wahr ist, desto lauter bekräftigen wir Ärzte es.

**Das Mißtrauen in den Arzt wächst weiter.**

Es wäre Aufgabe des Arztes, zwischen dem Notwendigen und dem Möglichen einen vernünftigen Mittelweg zu finden.

**Der Arzt müßte auch in wirtschaftlichen Fragen, die das Gesundheitswesen betreffen, mehr Verantwortung zeigen. Das setzt allerdings voraus, daß der Arzt auch davon etwas versteht.**

Und eine Medizin, die den Menschen mit allen Mitteln der Naturwissenschaft solange untersucht, bis er tot ist, um nachzuweisen, daß er gesund war, ist nur mehr eine Medizin um ihrer selbst willen.

Daß die Schulmedizin krank sein könnte, ist uns Schulmedizinern ein unaussprechlicher Gedanke, weil auch wir soweit schon vom Geist unserer Zeit erfüllt sind, daß uns alles Morbide absolut verderblich erscheint. Gerade wir, die wir ein Leben lang gegen die Krankheit kämpfen, verdrängen geflissentlich die unumstößliche Tatsache, daß die Krankheit, das Leiden, der Schmerz und der Tod aus unserer Welt nicht wegzudenken sind und nie wegzudenken sein werden. Der Gedanke, daß der Schmerz und das Leiden, ja selbst die Krankheit und der Tod in unserer Welt eine schöpferische Aufgabe haben, ist uns fremd geworden. Und den Gedanken, daß nicht nur der Mensch, sondern auch alle seine geistigen Gebilde, ja ganze historische Perioden zeitweilig krank sein könnten, assoziieren wir in unserer Naivität nicht selten mit dem Weltuntergang. Hauptgrund dieses Trugschlusses ist unsere größenwahnsinnige Annahme, daß wir und unsere gegenwärtige Denkart die unumstößliche Norm seien, und alles, was davon nur ein Yota abweicht, krankhaft und verderblich ist. Was wir heute als Fortschritt bezeichnen, ist im Grunde nichts anderes, als eine sich ins Aschgraue fortsetzende Multiplikation ein- und derselben Denkweise. Und unser vielgepriesener Fortschritt ist oft nichts anderes als ein Fortlaufen vor der Einsicht, daß uns der Maßstab, den uns das wahrhaft große Denkgebäude der Naturwissenschaft in die Hand gegeben hat und mit dem wir alles zu messen gewohnt sind, im wahrsten Sinne des Wortes zwischen den Fingern zerrinnt. Die Welt, wie wir sie uns in den letzten 300 Jahren im blinden Vertrauen auf die Naturwissenschaften gedacht haben, schien uns im großen wie im kleinsten prinzipiell erklär- und durchschaubar. Wir Menschen, die in einer solchen Welt den Kampf ums Dasein bestehen wollen, müssen jung, gesund, optimistisch und angepaßt sein und wehe dem, der andersartig als wir, morbid oder gar krank ist! Nach der öffentlichen Meinung ist er unserer Fürsorge und unseres Mitleides anheim gestellt. Welche Dummheit und Überheblichkeit! Es ist nicht sonderlich schwer zu beweisen, daß eigentlich wir, die gesunde, genormte Masse, des Mitleides einiger weniger, andersartiger, daher für uns morbid, ja sogar krank erscheinender Menschen bedürfen. Jener wenigen Menschen nämlich, die uns all das gegeben haben, dessen wir uns heute so rühmen. Man möchte manchesmal daran zweifeln, ob es Zufall war, daß Demosthenes stotterte, Attila, Prinz Eugen, Napoleon, Karl der Große, Friedrich der Große kaum einmeterfünfundsechzig groß waren, Beethoven taub, Monet blind geworden ist und Michelangelo, ein Auswurf körperlicher Häßlichkeit, uns den Inbegriff der Ästhetik geschenkt hat. Solche Beispiele gäbe es noch mehrere. Ist nicht oft aus der Gegenwart gesehen, das aus der Regel Fallende, als morbid, ja krank Erscheinende, rückschauend betrachtet, der große Fortschritt? Nur ein ganz dekadenter und degenerierter Affe, sagt Egon Friedell, kann auf die Idee gekommen sein, aufrecht zu schreiten und nicht mehr bequem auf allen Vieren zu gehen. Eine Wahnsinnstat übrigens, unter der unsere Wirbelsäule noch heute kräftig leidet.

Die Ahnung, daß der Krankheit auch eine schöpferische Kraft innewohnt, ist im übrigen nur uns verlorengegangen. Diese Ahnung war den Menschen der Antike keineswegs fremd. Sie kannten die heilige Krankheit, und die großen Seher ihrer Zeit waren blind. Ja, sogar ihren Homer haben sie sich als Blinden vorgestellt. Selbst das Christentum hat zu Zeiten angenommen, daß man durch Leiden und Schwächung des Körpers durch Askese zu höherer Einsicht gelangt.

Nach dieser Einleitung wage ich mit besserem Gewissen neuerlich die Frage: Ist unsere Schulmedizin krank? Und wenn ja, — welches sind die Symptome der Krankheit?

Ich behaupte, daß eines der Krankheitssymptome darin besteht, daß in unserer Zeit nichts mehr tabu ist, außer das Leiden, der Schmerz, die Krankheit und der Tod. Jeder Mensch, wenn ich übertreiben wollte, hat heute ein staatlich verbrieftes Recht auf Freiheit von Leiden, Schmerz und Krankheit und auf ein ewiges Leben; ohne Gegenleistung, versteht sich! Die moderne Medizin kann alles oder fast alles heilen, und je weniger das wahr ist, desto lauter bekräftigen wir Ärzte es. Sollten wir aber einmal in die Lage kommen, und wir kommen fast täglich in die Lage, einem Patienten oder seinen Angehörigen mitteilen zu müssen, daß der Tod vor der Tür steht, sofern wir es nicht überhaupt schamhaft verschweigen, dann ist die erste Reaktion unseres Klientels: das gibt es nicht. Erst kürzlich, so wird uns entgegengehalten, las ich in der Zeitung, daß so etwas heilbar ist. Und wenn schon nicht mit Mitteln der Schulmedizin, dann mit Petroleum oder Stanniolkugeln; oder in Manila. Wahrscheinlich weiß das der Arzt noch nicht!

Der Arzt spürt das Mißtrauen seines Patienten und flüchtet sich als Kind der modernen Wissenschaft, oder besser gesagt, als Kind unserer Zivilisation, in den Apparat. Hätte ich einen Kernspintomographen, könnte ich die Erkrankung vielleicht noch im heilbaren Zustand diagnostizieren. Hätte ich mehr Geld, hätte ich ein größeres Labor, einen größeren Maschinenpark, es ließe sich vielleicht noch etwas machen. Der Arzt flüchtet in die öffentliche Hand und in die Gesellschaft: diese sind guten Willens und pumpen Millionen und Milliarden in das Gesundheitswesen; sie bauen wahre Wunder an Krankenhäusern, aber die Krankheit, das Leiden und den Tod können sie damit auch nicht aus der Welt schaffen. Und nun geben die Zahlen den schwarzen Peter wieder dem Arzt zurück: Da stimmt doch etwas nicht, hört man in der Öffentlichkeit. Wie haben so viel Geld investiert, und der Mensch lebt heute auch nicht viel länger als vor 50 Jahren; ich las das neulich in der Zeitung. Am Ende verschlingt der Arzt zuviel von den investierten Geldern, und für den Patienten bleibt zu wenig übrig. Das Mißtrauen in den Arzt wächst weiter. Er ist nicht nur unwissend, sondern auch das, was er weiß, macht er nur aus Selbstsucht und Geldgier. Wenn wir annehmen wollen, daß das Vertrauen in den Arzt gleichsam als Placebowirkung 20% der Heilung ausmacht, so sind diese 20% Heilungschance dem Patienten heute weitgehend verlorengegangen.

Demnach wäre der Wiederaufbau eines vernünftigen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patienten, an dem sowohl die Gesellschaft als auch der Arzt kräftig mitwirken müßte, billiger und hätte mehr Effekt als eine überdimensionale und für den Staat schließlich untragbare Steigerung der Ausgaben für das Gesundheitswesen. So traurig es klingt: der Versuch, allen Menschen optimale Voraussetzungen für die Gesundheit zu schaffen, könnte durch die Verdünnung der nicht unbegrenzt zur Verfügung stehenden Mittel zur Einschränkung des Aufwandes für den einzelnen führen und

umgekehrt, der überdimensionale medizinische Aufwand für den einzelnen könnte schließlich den möglichen Aufwand für alle schmälern. Es ist Aufgabe des Arztes, zwischen dem Notwendigen und dem Möglichen einen vernünftigen Mittelweg zu finden.

Hier scheint es der Medizin im besonderen ähnlich zu ergehen, wie der Volkswirtschaft im allgemeinen, in der eine Erhöhung des statistischen Sozialproduktes nicht unbedingt eine Verbesserung der Wohlfahrt aller Menschen bedeuten muß, weil das auf der einen Seite Gewonnene auf der anderen Seite wieder verlorengeht; etwa durch eine die Wohlfahrt einschränkende, vermehrte Umweltbelastung oder durch die Steigerung der Kosten zur Beseitigung drohender oder bereits eingetretener Gesundheitsschäden, die im Gefolge des Wirtschaftswachstums auftreten.

Es ist eine unbillige Flucht vor der Verantwortung, wenn der Arzt heute die enge Verflechtung der Medizin mit der Volkswirtschaft nicht sehen will oder sie nicht zu überschauen vermag; und wenn er Entscheidungen, die nur ihm zustehen, auf andere Instanzen abwälzt, denen er, nachdem sie für ihn die Entscheidungen getroffen haben, sowohl die Kompetenz als auch die Vernunft abspricht. Der Arzt müßte auch in wirtschaftlichen Fragen, die das Gesundheitswesen betreffen, mehr Verantwortung zeigen. Das setzt allerdings voraus, daß der Arzt auch davon etwas versteht. Das setzt ferner voraus, daß jene, denen die Mittel nur Mittel zum Zweck sind, nicht länger ihr Süppchen am Gesundheitswesen wärmen. Und unter diesen ist der allzu geschäftstüchtige Arzt genauso einzureihen wie der unverständige Bürokrat, der Politiker, dem an der Wahl mehr als am Wohl liegt, die Industrie, die wie eine Hydra rund um die Medizin aus dem Boden wächst, und der Eiferer, der dem Arzt nicht nur das Vertrauen seines Patienten mißgönnt, sondern auch das Honorar.

Ein zweites Krankheitssymptom: Die moderne Medizin ist ein Kind der Naturwissenschaften, und sie nimmt das, was man ihr anbietet, wie das bei Kindern so oft der Fall ist, ohne tiefere Einsicht als selbstverständlich hin. Die Medizin als Konsument bemüht sich nur selten, den philosophischen Ursprüngen und Hintergründen der Naturwissenschaften nachzugehen. Sie nimmt das in den naturwissenschaftlichen Theorien ausgedruckte Weltbild meist als bare Münze und als erschöpfende Darstellung der Wirklichkeit. Was die Naturwissenschaft teils aus augenblicklicher Laune oder aus mangelnder Kompetenz nicht berücksichtigt, gilt auch der Medizin als unreal. Die tägliche und subjektive Realität kann zunächst von der Naturwissenschaft nicht berücksichtigt werden, denn sie erstellt ihre Gesetze erstens objektiv, zweitens durch Beseitigung aller Widersprüche und drittens nach den Grundsätzen der Logik. Sie versucht also, ein möglichst vereinfachtes Modell der Welt zu konstruieren, das immer und überall anwend- und durch das Experiment überprüfbar ist. In der Medizin aber bedeutet objektiv das Absehen vom Individuum Mensch. Das Beseitigen aller Widersprüche würde naturwissenschaftlich bedeuten, daß man den Mensch in seine einzelnen Bestandteile zerlegen müßte, um ihn den naturwissenschaftlichen Gesetzen vollends unterwerfen zu können, und mit den Grundsätzen der Logik hat selbst die moderne Physik schon beträchtliche Schwierigkeiten.

Nicht, daß ich meine, die Medizin sollte die Erkenntnisse der modernen Naturwissenschaft nicht ausnützen. Ich meine nur, daß sie sich ständig dabei bewußt sein müßte, daß ihr die Naturwissenschaft im besten Fall ein vereinfachtes Denkschema in die Hand geben kann, das zur Darstelllung der Wirklichkeit nicht ausreicht. Oder anders ausgedrückt, der Mensch ist mit den Maßstäben der modernen Naturwissenschaft allein nicht zu messen. Und eine Medizin, die den Menschen mit allen Mitteln der Naturwissenschaft so lange untersucht, bis er tot ist, um nachzuweisen, daß er gesund war, ist nur mehr eine Medizin um ihrer selbst willen.

Ein drittes Krankheitssymptom.

Die Medizin vernachlässigt das Individuum Mensch zugunsten des Kollektivs. Wenn das Kollektiv keine Angst mehr vor der Pest oder Pocken haben muß, so heißt es, dann muß sie der einzelne auch nicht mehr haben. Statistisch gesehen ist das richtig, aber menschlich gesehen ist es falsch. Oder glaubt man wirklich, daß das Aufstellen von Telefonzellen an jeder Ecke einer Großstadt der zunehmenden Vereinsamung des einzelnen Menschen entgegenwirken kann? Genauso wenig können wir dem einzelnen die Angst vor einer Operation nehmen, wenn wir ihm statistisch beweisen, daß nur jeder 20. an dieser Operation stirbt.

Unsere letzte Hoffnung, das Zeitalter des Computers könne vielleicht das Kunststück zuwege bringen, durch Sammlung und Auswertung all der komplexen Daten, den Menschen naturwissenschaftlich in den Griff zu bekommen, ist eben dabei zu scheitern. Das Gefährlichste an dieser logischen und widerspruchsfreien Erfassung des Menschen in Form von Zahlenkolonnen rührt nicht daher, daß das Erfassen der Daten so schlecht, sondern daß es so gut funktioniert. Denn wenn der Mensch wirklich nichts anderes wäre, als ein in Zahlen exakt erfaß- und ausdrückbares Objekt, dann ist er nicht mehr und nicht weniger als ein teurer Luxusartikel auf dieser Welt und sollte, wenigstens in seiner Masse, durch Computer ersetzt werden. Und ich wage zu behaupten, daß man das schon längst getan hätte, wenn man den Menschen nicht letzten Endes doch, wenigstens als irrationales Konsumbündel, brauchen würde. Nur das, was jeder Kaufmann heute weiß, nämlich daß dieser Mensch entgegen jeder Logik und jeglicher mathematischen Kalkulation sein Geld, und mehr noch als das, für Dinge ausgibt, die er nicht braucht, daß dieser Mensch also völlig unlogisch und widersprüchlich ist, das haben wir Ärzte bis heute leider noch nicht erfaßt.

Woran leidet also unsere Medizin?

1. Am Wissenschaftsaberglauben der Menschen, der zu einer Überschätzung der Möglichkeiten der Medizin führt. Unterstützt wird dieser Glaube von profilierungssüchtigen Ärzten, die oft nur eine aufwendige, spektakuläre Scheintherapie betreiben.

2. An der Überschätzung der naturwissenschaftlichen Möglichkeiten in der Medizin. Der Mensch ist mit den Maßstäben der Naturwissenschaft allein nicht zu messen und mit ihren Mitteln allein nicht zu behandeln. Der beste Beweis dafür ist die Tatsache, daß heute schon die Schamanen und Wunderheiler beginnen, uns den Platz streitig zu machen. Und

## Womit sind die Zauberer erfolgreich?

daß die Zauberer mit ihren Methoden gar keinen Erfolg hätten, wage ich als Schulmediziner zu bezweifeln. Und wenn wir uns nicht bald fragen, womit die Zauberer ihren Erfolg erzielen, wird man das Kind mit dem Bade ausschütten, oder anders ausgedrückt, man wird den segensreichen Teil der naturwissenschaftlichen Medizin negieren, nur weil er den unlogischen, widersprüchlichen, subjektiven Teil des Menschen nicht oder noch nicht zu erfassen vermag.

3. Das ,,noch nicht'' im vorigen Satz ist der Gabelpunkt der Wege in der modernen Medizin, der Gabelpunkt unserer Denkweise überhaupt. Ich billige den Naturwissenschaften die Kraft zu, den Menschen nach ihren Formeln soweit umzuformen, daß sie ihn schließlich doch als Zahlenkolonne voll und ganz in ihrem Sinne in den Griff bekommen. Nur wird das dann der Wegwerfmensch sein, mit Konstruktionsbüros, Herstellungslaboratorien, Reparaturwerkstätten, Ersatzteillagern und Revitalisierungsanstalten. Ob das eintreten wird, hängt meiner Meinung nach von der weiteren Zunahme der Weltbevölkerung ab. 10 Milliarden Menschen können nur mehr in Fabriken repariert werden. Daß das mit Sicherheit das Ende des Menschenbegriffes in seiner heutigen Form bedeuten würde, wird wahrscheinlich niemand bestreiten. Dann brauchen wir uns um die Entwicklung der Medizin keine Sorge zu machen. Dann sind wir am richtigen Weg.

Der zweite Weg teilt sich, wie mir scheint, schon nach kurzer Zeit:

Die eine Route wird zur Heerstraße, die andere zum Philosophensteig. Beide Routen könnten zu einer völligen Neugestaltung des Menschen in einer völlig veränderten Welt führen. Die eine, nämlich die Heerstraße, über eine Massenkatastrophe, die über uns hereinbricht. Die andere über eine wahrscheinlich Jahr-

hunderte dauernde mühevolle Denk- und Erziehungsperiode, in der der Medizin als Kreuzungspunkt von Natur- und Geisteswissenschaften eine Schlüsselposition zukommt. Wenn wir uns auf diesen Weg

## Altes geistig verarbeiten

begeben wollen, dann müssen wir in die Medizin neben den naturwissenschaftlichen Erkenntnissen mindestens ebensoviel geisteswissenschaftliches Potential einführen. Es gilt im Augenblick, nicht so sehr Neues zu finden, als Altes geistig zu verarbeiten.

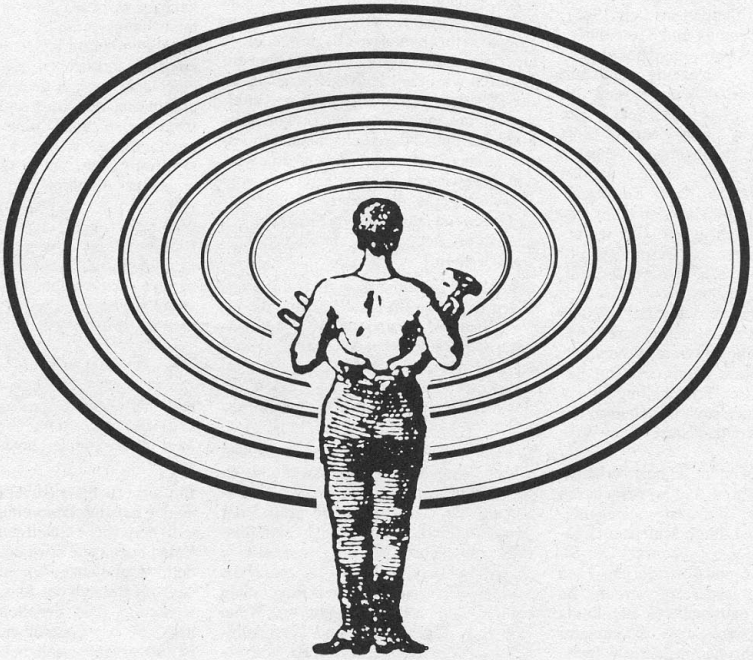
Dem Arzt käme es zu, den Menschen über seine geistigen und biologischen Schwächen aufzuklären, über seine Manipulierbarkeit, anstatt ihn in seiner dummdreisten Überheblichkeit zu unterstützen.

Dem Arzt käme es zu, den Menschen über seine zeitliche Begrenzung nicht irrezuführen, sondern sie ihm klar und

## Der Arzt soll die Ursachen behandeln

deutlich vor Augen zu halten. Ihm zu erklären, daß das Ziel seines Daseins nicht eine jugendlich faltenlose Haut mit 70, sondern ein geistig erfülltes Leben ist. Der Arzt soll den Menschen nicht krank machen, dort wo er nicht krank ist. Eine abgenützte Wirbelsäule oder ein vermindert leistungsfähiges Herz mit 70 ist nichts Krankhaftes. Dem Arzt käme es zu, nicht Krankheitssymptome, sondern Krankheitsursachen zu behandeln. Das Wegschneiden des halben Magens bei Magengeschwüren oder unsere diätische Frage, was der Mensch bei diesem Leiden frißt, ist das traurige Eingeständnis unserer Ignoranz nachzuforschen, was am Menschen frißt.

Und das ist nicht die Aufgabe eines Psychiaters, sondern wäre die Pflicht jedes einfachen, menschlich mitfühlenden Arztes. Die Wurzeln des Leidens liegen sehr oft zunächst im Geistigen. Und erst die Symptome manifestieren sich im Körperlichen. Daß das ein Ausbreiten der ärztlichen Tätigkeit in gesellschaftliche, soziologische, ja philosophische Bereiche notwendig macht, ist selbstverständlich. Daß das wenigstens vorerst noch einen schizophrenen Arzt voraussetzt, der zwischen naturwissenschaftlichem Labor und einem Beichtstuhlzimmer hin- und hergerissen ist, ist bedauerlich. Aber der Arzt wird es verarbeiten können, wenn er die nötige weltanschauliche Grundlage dazu hat, die wir ihm allerdings erst geben müssen. Wir züchten heute in unseren hohen Schulen Massen an Medizinern oder besser gesagt, Massenmediziner. Und ich bin mir sicher, daß wir das Gehirnpotential der Besten in dieser Masse kaum zu einem Drittel ausnützen. Das Hauptleiden in der Medizin — und nicht nur in diesem Fach — besteht darin, daß wir in unserem Wahn — alle seien gleich und die Klügsten müßten sich an den Dümmsten orientieren und nicht umgekehrt, das geistige Potential der Zukunft auf einem politischen Volksaltar dahinopfern, und wer mir entgegenhält, der Gute macht seinen Weg allein, dem muß ich entgegenhalten: das war einmal. Nämlich in der Zeit, in der sich ein Mensch in zwanzig Jahren noch ein Universalwissen anlesen konnte. Im Zeitalter der Datenflut kann sich der Tüchtige allein höchstens zu einem hoch spezialisierten Fachidioten hocharbeiten. Aber das so dringend notwendige, umfassende Weltbild kann er nur im geistigen Uterus einer elitären hohen Schule bekommen. Und diese elitäre hohe Schule werden eben nur wenige bestehen können. Man kann zum Mond fliegen, ohne von Schopenhauer oder Kant etwas zu wissen. Man kann einen Computer bedienen, ohne das Einmaleins gelernt zu haben. Aber den Menschen in seiner ganzen Ratlosigkeit zu helfen, wird man nur können, wenn man seinem überdimensionalen, erkennenden Wissen wenigstens ein Quentchen mehr moralischer Vernunft hinzufügen wird können.



Otto Wagner

# WELCHEN FEHLMOTIVATIONEN UNTERLIEGT DER ARZT IM KRANKENHAUS?*

Die Leistungen in allen Bereichen des Gesundheitswesens werden in der Regel von Ärzten veranlaßt, die damit entsprechende Kosten im Rahmen von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen verursachen. Der Patient leitet die Nachfrage von Gesundheitsleistungen durch den Arzt ein, falls er sich etwa krank fühlt, hat aber auf den weiteren Kostenverlauf einen relativ geringen Einfluß, da er die Notwendigkeit, Wirksamkeit, aber auch die Qualität der getroffenen Maßnahmen kaum mehr beurteilen kann. Zahler ist wiederum ein Dritter, und so besteht eine ausgeprägte Trennung zwischen Konsument (Patient), Nachfrager (Arzt) und Zahler (Krankenkasse, Spitalserhalter) mit völlig verschiedener Handlungsmotivation dieser 3 Partner, die viel zu wenig berücksichtigt wird und schwere Fehlentwicklungen aus volkswirtschaftlicher Sicht zur Folge hat.

Den niedergelassenen Ärzten, die mit einem relativ geringen Honorarvolumen (14 Milliarden im Jahr 1985) über 90% der Patienten betreuen, stehen die Krankenhäuser gegenüber als Konzentration von Fachwissen, Technologie und Mitteleinsatz (45 Milliarden im Jahr 1985). Ihre heutige Bedeutung und Kostenintensität überschreitet bei weitem das zweckmäßige Ausmaß. Gleichzeitig muß damit gerechnet werden, daß die Kosten des Krankenhausbereiches als Sektor im Gesundheitswesen sich unter sonst gleichbleibenden Bedingungen weiterhin überproportional entwickeln werden (derzeit 10% pro Jahr). Diese Kostensteigerung ist im wesentlichen durch den medizinischen Fortschritt an sich verursacht. Immer neuere und teurere Diagnose- und Therapieverfahren werden entwickelt, um in der Krankheitsbekämpfung einen mehr oder weniger kleinen Schritt vorwärts zu machen. Teure Geräte und Medikamente werden benötigt, der Personaleinsatz nimmt zu. Ein Extrembeispiel dieser Entwicklung in absurde Dimensionen stellt der Neubau des Allgemeinen Krankenhauses in Wien dar.

Anreize zu unökonomischem Verhalten bestehen seit Jahren und werden durch unzweckmäßige Finanzierungsregelungen ausgelöst und durch schlechte Organisationsformen noch verstärkt. Die Situation für die Spitalsfinanzierung kann als bekannt vorausgesetzt werden. Es sind dies: die pauschalierte Bezahlung aufgrund des Bettenbelages, die kameralistische Buchführung mit Jahresbudgets, die budgetäre Benachteiligung im Folgejahr bei Einsparungen, die geteilte Finanzierung durch mehrere Kostenträger. Unter diesen Rahmenbedingungen wird nun der Arzt im Krankenhaus tätig, dessen Aufgabe darin bestehen sollte, die Krankheit eines aufgenommenen Patienten rasch festzustellen und zweckmäßig zu behandeln. Dabei werden allerdings folgende Motivationen wirksam: 1.) Der Arzt richtet sich nach den vermeintlichen Interessen des Spitalserhalters und handelt primär nach betriebswirtschaftlichen Motiven. 2.) Die psychologische Situation in einem Großbetrieb führt tendenziell immer zu einer Ausweitung (siehe Parkinson). 3.) Zusätzlich werden direkte ökonomische Eigeninteressen wirksam (Einkünfte aus Spitalsambulanzen, Sonderklassegebühren).

ad 1): Der Arzt im Krankenhaus paßt sich den (jahrelangen) Wünschen des Spitalserhalters an. Er füllt die Betten, so gut er kann, er läßt die Patienten auch über das Wochenende nicht nach Hause. Er akzeptiert eine unwirtschaftliche Organisation. Dies bedeutet, daß der Ablauf der medizinischen Maßnahmen im Krankenhaus aus betriebswirtschaftlichem Interesse stark verlangsamt wird. Die Befunderhebung erfolgt schrittweise, die Nutzung der Einrichtungen nur halbtags, Engpässe im apparativen Bereich oder im Operationssaal werden nicht behoben. Dadurch wird die Liegedauer verlängert, die Patienten befinden sich immer in einer Warteposition oder werden vor Belegung des Bettes durch einen anderen Patienten nicht entlassen. Gleichzeitig werden in gewissem Rahmen Engpässe vom Personal gerne akzeptiert, da der Arbeitsaufwand aus eigener Sicht auf ein gerechtfertigtes Maß heruntergesetzt werden kann.

Schließlich liegen auch zum Teil die falschen Patienten im Krankenhaus, die etwa genau so gut ambulant als stationär untersucht oder behandelt werden könnten; auf das Problem der Pflegefälle im Akutkrankenhaus bzw. der Patienten, die Rehabilitationsmaßnahmen bekommen sollten, sei nur hingewiesen.

ad 2): Auch psychologische Momente führen zu einer Leistungsausweitung, jeder Arzt betreut natürlich gerne viele Patienten, hat viele Betten. Je größer der Arbeitsbereich, umso besser ist sein Image. Umgekehrt ist eine notwendige Selbstbeschränkung zwar ein modernes Schlagwort, wird aber in der Regel nicht bei der eigenen Person begonnen. Wenn eine freiwillige Betten- und Personalreduktion die eigene berufliche Existenzberechtigung in Frage stellt, so müßten bei diesem schmerzhaften Schrumpfungsprozeß massive Kompensationsmaßnahmen getroffen werden.

ad 3): Die Ärzte sind in der Regel über die Folgekosten, die sie verursachen, nicht informiert, und zwar nicht einmal über die direkten primären Kosten, von den sekundären und tertiären gar nicht zu reden. Meist hat das Krankenhaus selbst nicht diese Informationen (außer den Ordensspitälern), und wenn etwa im Wiener Allgemeinen Krankenhaus über die Kostenstellenrechnung die Medikamententangente monatlich mitgeteilt wird, so hat dies nur dann einen Sinn, wenn das Management (falls überhaupt vorhanden) mit den Ärzten spricht, diskutiert und ökonomische und medizinische Konsequenzen überlegt. Der leistungsgerechte Mitteleinsatz kann jedoch nur dann erhoben werden, wenn aufgrund eines adäquaten Diagnoseschlüssels der Kostenaufwand medizinisch bewertet werden kann. Ein derartiger Diagnoseschlüssel soll ja jetzt endlich in den österreichischen Krankenanstalten eingeführt werden.

Diese fehlende Kostentransparenz führt aber auch dazu, daß man sich im Krankenhaus nicht auf die zweckmäßigen Untersuchungsverfahren und Therapiemöglichkeiten beschränkt, sondern im Sinne eines diagnostischen „Rundumschlags", einer unkritischen therapeutischen Polypragmasie, die Komplettierung aller Informationen auch ohne unmittelbaren medizinischen Wert („Vollständigkeitssyndrom") anstrebt, wobei vieles auch ambulant durchführbar wäre. Derzeit läuft die Motivation eher in die entgegengesetzte Richtung, und ein Patient einer Medizinischen Universitätsklinik wird kaum entlassen, ohne daß nicht alle denkbaren Untersuchungen durchgeführt wurden, ganz gleich, aus welchem Grund ursprünglich die Aufnahme notwendig war. Erst wenn man wirklich nichts findet, ist der Patient gesund. Dazu kommt noch, daß sowohl Effektivität (Wirksamkeit) als auch Effizienz (Kostengünstigkeit) der getroffenen Therapiemaßnahmen nicht immer hoch einzuschätzen sind.

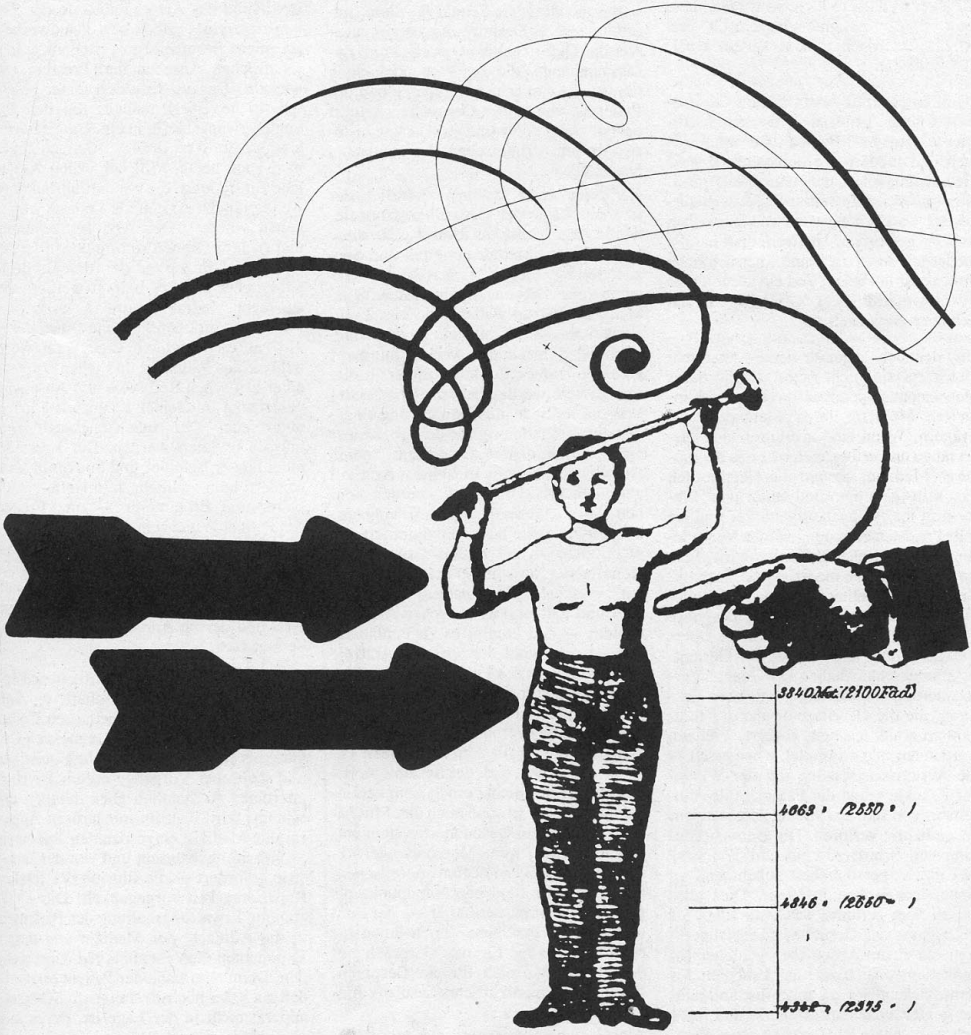
Ein sicherlich weit überschätzter Faktor an der Leistungsausweitung ist die direkte ökonomsiche Beteiligung der Ärzte an Einnahmen, wie etwa bei Beteiligung an den Ambulanzgebühren (Steiermark) oder im Bereich der Sonderklasse. Auch wenn die Zahl der Sonderklassebetten mit 20% der Gesamtbettenzahl limitiert ist, so ergeben sich bei Schwankungen darüber hinaus keinerlei Konsequenzen, sodaß wohl kaum eine generelle Betten-

ausweitung dadurch angenommen werden kann.

Es sind daher die Ärzte Gefangene eines Systems, eines schlechten, unökonomischen Systems, das seit Jahrzehnten, seit Ärztegenerationen auf sie einwirkt. Notwendig wäre daher eine völlige Änderung der Motivationsmechanismen im Sinn auf ein leistungsorientiertes, fallbezogenes und diagnoseabhängiges Finanzierungssystem. Dies kombiniert mit einer Qualitätskontrolle, die auch heute schon notwendig wäre, um Schwachstellen zu erfassen, den Minimalstandard festzulegen und Verbesserungen zu ermöglichen. Diese Qualitätskontrolle erfolgt derzeit nur in eingeschränktem Maß an den Universitätskliniken und größeren Krankenhäusern im Rahmen von wissenschaftlichen Publikationen, wobei natürlich eher gute Ergebnisse veröffentlicht werden, die Publikation von Mißerfolgen naturgemäß unterbleibt. Diese Qualitätskontrolle hätte die Strukturqualität (Ausstattung des Krankenhauses, Ausbildung der Ärzte und sonstigen Mitarbeiter), die Prozeßqualität (Indikationsstellung, Durchführung der therapeutischen Maßnahmen) und die Ergebnisqualität (Komplikationsrate, Sterblichkeit, Entlassungszustand, Liegedauer usw.) zu erfassen, wie dies auch in anderen Ländern der Fall ist.

Das anzustrebende Ziel wären die adäquaten Diagnose- und Therapiemaßnahmen nach modernen Gesichtspunkten, soweit notwendig (= stationär notwendig), die auch dann leistungsgerecht zu zahlen wären. Ein Konsens über die adäquate Behandlungsweise für viele Erkrankungen wäre soweit kostenrelevant (ob die Operation A oder B durchgeführt wird, ist finanziell meistens gleichgültig) sicherlich möglich. Die Einschränkung im stationären Bereich müßte allerdings mit einer Ausweitung im Bereich niedergelassener Ärzte einhergehen, eine ökonomische Mittelverschiebung, die wahrscheinlich nur bei einer gleichzeitigen massiven Reform der sozialen Krankenversicherung erreicht werden kann.

* Dieser Beitrag ist einem Arbeitspapier von Prof. Wagner für eine Kurzveranstaltung beim Europäischen Forum Alpbach 1986 entnommen.



Hubert Hauser

# VON DER ENTEIGNUNG DER GESUNDHEIT ÜBER DIE PARTIZIPATION ZUR EIGENVERANTWORTLICHKEIT

## Plädoyer für eine neue Arzt-Patient-Gesundheit-Beziehung

Starben im Jahre 1874 von 100.000 Steirern noch 322 an Tuberkulose und 535 an verschiedenen anderen Infektionskrankheiten, so waren es 1974 nur mehr 3 bzw. 12. Endete um die Jahrhundertwende eine Scharlacherkrankung für jedes 6. Kind tödlich, so verzeichnete man 1972 gesamtösterreichisch bei 10.225 Scharlachkranken keinen einzigen Todesfall.[1]

Dank eines straff organisierten Gesundheitssystems, großartiger wissenschaftlicher Leistungen, hygienischer Maßnahmen und moderner Krankenhäuser sind viele Krankheiten, denen unsere Urgroßeltern noch auf Gedeih und Verderb ausgesetzt waren, längst zur medizinischen Routine geworden. Unzweifelhaft hat die moderne Medizin eine beträchtliche Strecke zurückgelegt und ein ausgefeiltes Instrumentarium gegen Krankheit und Schmerz entwickelt.

Und dennoch — gerade heute — herrscht vielenorts ein nicht mehr überhörbares Unbehagen gegenüber dieser perfektionierten Medizin, ihren Methoden und Trägern. Wenn eine Institution sich derart lange und erfolgreich hält wie die moderne Medizin, besteht die Gefahr, daß das selbstgefällige und autoritäre Element in ihr zwangsläufig stärker und sie selbst resistenter gegen jegliche Veränderung und kritischer Reflexion wird. Ehrfurchterweckende medizinische Technik, Expertentum, elitäre Rhetorik, Privilegien, Entpersonalisierung von Diagnose und Therapie, Übertechnisierung, Überspezialisierung und Verlust der Gesamtzusammenschau haben zu einer Verschleierung von sozioökonomischen Faktoren, die die Gesellschaft und das Individuum krank machen, geführt. Vielfach werden nur mehr Symptome behandelt — die Auseinandersetzung mit der Wurzel der Krankheit und die Fähigkeit des einzelnen, von sich aus alleine zu gesunden, gehen häufig verloren. Die Herausforderung von Schmerz, Leid und Tod wird von einem persönlichen zunehmend zu einem technischen Problem. Dies alles hat zu dem geführt, was Ivan Illich als Enteignung der Gesundheit bezeichnet[2], d.h., zu einem Abschieben jeglicher Eigenverantwortlichkeit des Patienten für seine Gesundheit an eine institutionalisierte Gesundheitsmaschinerie und letztlich wahrscheinlich sogar zu einer Paralysierung jeglicher gesunder Reaktion auf Leid[3].

Es wäre nun eine zu billige Simplifizierung, die „Zunft der Ärzte als eine Hauptgefahr für die Gesundheit des Menschen"[4] oder dem Patienten und seiner Lethargie allein die Schuld für diese Entartung unseres Gesundheitssystems zuzuweisen. Dafür sind die Ursachen und Zusammenhänge, die zur Wegentwicklung des Arztes von seinem Patienten und des Patienten von seiner Gesundheit geführt haben, zu komplex und zu sehr von historischen und strukturellen Determinanten beeinflußt.

Nichtsdestotrotz erscheint natürlich der in erster Reihe der Gesundheitsfront stehende Arzt häufig als Ursache für diese Entwicklung. Methodenvielfalt und Spezialisierung, die Eingliederung des Arztes in eine relativ anonyme Gesundheitskette, in der der Patient wie ein Werkstück von einer Stelle zur anderen gereicht wird, haben den Arzt oft nur mehr zu einem reinen Funktionsträger in diesem System werden lassen. Persönliches Wissen, individuelles Können und Engagement treten häufig zurück gegenüber einer standardisierten Medizin, deren Auswirkungen vom einzelnen Arzt oft gar nicht mehr überblickt werden können. Dies geht solange gut, solange das System funktioniert. Funktioniert es nicht mehr — sei es auf Grund einer Kommunikationsstörung zwischen Ärzten verschiedener Sparten, zwischen Arzt und Patient oder zwischen Arzt und System — und kommt es zu Fehlabläufen, ist sehr wohl der einzelne Arzt die Personifikation des Fehlers. Erfolge hingegen werden meist der Medizinmaschinerie zugeordnet. Der Arzt muß wieder zu mehr Eigenverantwortlichkeit gelangen. Er muß — für sich und seinen Patienten — lernen, sich des Systems zu bedienen und sich nicht vom System vereinnahmen lassen. Er muß auch den Mut haben, sich diesem Gesundheitssystem entgegenzustellen, wenn Methodik oder Resultate dieses System vom moralischen, humanen oder ethischen Standpunkt aus nicht mehr verantwortbar sind. Der Arzt muß sich wieder mehr Zeit nehmen für seinen Patienten, für das Gespräch mit dem Patienten, auch für ein Gespräch, das über die medizinische Kasuistik hinausgeht.

Als Grundvoraussetzung für die Übernahme von Eigenverantwortlichkeit durch den Patienten muß auch das historisch gewachsene Arzt-Patient-Verhältnis überdacht werden. Dank großartiger Männer wie Pasteur, Virchow, Koch, Semmelweiß, Billroth u.a. hat sich das Berufsbild des Arztes im Laufe der Zeit von dem eines gehobenen Handwerkers zu einem Berufsbild mit großem gesellschaftlichen Ansehen und Prestige entwickelt. Daraus resultiert eine gesellschaftliche Überlegenheit, die den Patienten zwangsläufig in ein Autoritätsverhältnis zum Arzt drängt. Vielfach findet man auch heute noch bei vielen Ärzten jene Einstellung, die um die Jahrhundertwende jungen Ärzten als Leitsatz mitgegeben wurde: „Der Arzt sei bestimmt und sicher in seinen Anordnungen, er befehle, und je kürzer der Befehl, desto pünktlicher kann er befolgt werden, desto mehr Vertrauen wird der Arzt dem Patienten einflößen."[5] Eine Einstellung, die natürlich jegliche Eigenverantwortlichkeit des Patienten und jeden Versuch einer kritischen Reflexion und Auseinandersetzung mit seiner Krankheit a priori unterbindet. Derartige Geisteshaltungen müssen revidiert werden. Der Arzt darf nicht länger Befehler und Souverän sein, sondern muß vielmehr zum Helfer, Aufklärer und Ermunterer — zum Freund des Patienten und seiner Familie werden. Der Patient hingegen muß lernen, die sicherlich oft sehr bequeme Rolle des Befehlsempfängers zu verlassen und sich kritisch mit seiner Krankheit, seinem Arzt und dessen Anordnungen auseinanderzusetzen.

In unserer naturwissenschaftlich und rational orientierten Gesellschaft, wo von der Modifikation des genetischen Codes über die Transplantation der meisten Organe bis hin zur Beeinflussung geistiger und seelischer Vorgänge mittels Psychopharmaka so ziemlich alles möglich erscheint, wird dem im monströsen Apparat der Medizin eingespannten Patienten — von ihm gewünscht und von der Industrie gefördert — die Illusion der totalen Reparierbarkeit vorgegaukelt. Diese allzu hohe Erwartungshaltung der Patienten in die Allmacht der Medizin und deren Exponenten muß ebenfalls reduziert werden. Denn nur, wenn der Patient erkennt, daß auch der höchsttechnisierte Medizinapparat nicht in der Lage ist, durch aus mangelnder Sorgfalt für seine Gesund-

heit gesetzte Schäden zu reparieren, wird er den hohen Wert seiner Eigenverantwortlichkeit erkennen und sich dementsprechend verhalten. Geburt, Leiden, Behinderung, Krankheit und Tod, die für uns längst keine natürlichen Erfahrungen mehr sind, sondern von unserer gewinn- und leistungsorientierten Gesellschaft abgetrennt, sich hinter dicken Spitalsmauern abspielen, müssen wieder transparent gemacht werden. Arzt und Kliniken müssen integriert werden in eine sozial und strukturell ausgewogene Einheitsschau. Eigenverantwortlichkeit muß gefördert werden — auch durch Aufzeigen der Realität.

Eine weitere Voraussetzung für mehr Eigenverantwortlichkeit ist ein gerechterer Zugang zur Medizin. Medizinische Information, aber auch zu einem gewissen Anteil medizinische Untersuchung und Therapie sind häufig von sozialen, regionalen (z. B. Stadt/Land) und finanziellen Faktoren abhängig. Mangelnde Aufklärung und zu geringe Information bedingen mangelnde Eigenverantwortlichkeit.

Abgegangen muß auch werden von der — von multinationalen Pharmakonzernen forcierten — zunehmenden Medikalisierung des Lebens. Gegen Gifte werden Gegengifte verabreicht, gegen Schmerzen Analgetica, Infektionen mit Antibiotika und Depressionen mit Antidepressiva bekämpft. Man wird aufhören müssen, nur mehr den Status quo zu bekämpfen, um erneut wieder zu einer Analyse von Krankheitsursachen zurückzufinden. Aber auch die Politik im allgemeinen und die Gesundheitspolitik im besonderen werden entscheidende Beiträge leisten müssen, damit mehr Eigenverantwortlichkeit überhaupt gewährleistet werden kann. Wie die Analyse des Krankheitstrends zeigt, ist das Milieu im weitesten Sinne die wichtigste Determinante des allgemeinen Gesundheitszustandes einer jeden Bevölkerung.[6] Ernährung, Wohnverhältnisse, Arbeitsbedingungen, Nachbarschaftsbeziehungen sowie kulturelle Mechanismen verschiedenster Art bestimmen ganz wesentlich, wie gesund eine Bevölkerung ist, wie gesund sie sich fühlt und welches Durchschnittslebensalter sie erreicht. Faktoren, die vom Arzt nur in sehr geringem Maße und auch vom Patienten häufig kaum beeinflußt werden können. Hier muß die Politik jene Voraussetzungen schaffen, die Eigenverantwortlichkeit überhaupt erst ermöglichen. Nicht nur für die bereits Kranken, sondern in erster Linie für die Gesunden. Um krankmachende Faktoren in Wohnung, Arbeitswelt und Umwelt ausschalten bzw. auf ein Minimum reduzieren zu können.

Aus all diesen Ansätzen und Denkanstößen läßt sich erkennen, daß einer rein naturwissenschaftlich-materialistischen Denkweise in der Medizin Grenzen gesetzt sind. Parallel mit dem Hinterfragen unserer Industriegesellschaft mit ihrer Wissenschaftsvergötterung, ihrem Fortschrittsglauben, ihrem Hetzen und Hasten und ihrer Gier nach materiellem Wohlstand um jeden Preis haben vor allem jüngere und aufgeklärtere Menschen begonnen, unser derzeitiges Gesundheitssystem zu hinterfragen und zaghafte Versuche, sich an ihrer Gesundheit und deren Erhaltung zu beteiligen, gestartet. Daß man von dieser zumindest in Ansätzen vorhandenen Partizipation an der Gesundheit in größerem Ausmaß und auf breiterer Ebene zur Eigenverantwortlichkeit gelangen wird müssen, ist vor allem im Spektrum der Krankheiten, mit denen wir uns zur Zeit konfrontiert sehen, begründet. Arteriosklerose, Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre, Lungen- und Darmkrebs Unfallfolgen, zahlreiche psychische Krankheiten usw. sind zu einem Gutteil durch Umwelt- und Ernährungsfaktoren und durch unsere Lebensweise bedingt. Ihnen wird man nicht durch eine noch so perfektionierte Behandlungsmaschinerie, sondern nur durch ein geändertes Verhältnis zu unserer Umwelt und unserem Körper beikommen können.

Um von der Enteignung der Gesundheit über die Partizipation zur Eigenverantwortlichkeit gelangen zu können, wird nicht nur bei Ärzten und Patienten eine grundlegende Bewußtseinsänderung eintreten müssen, sondern insgesamt ein generell soziokulturelles Umdenken notwendig sein. Nur dann wird eine Eigenverantwortlichkeit gegenüber der Gesundheit möglich sein! Eine Eigenverantwortlichkeit, die durch aktive Beteiligung des Patienten als mündigen, verantwortlichen Partner anstatt durch passives Unterwerfen, durch bewußtes Erkennen und Erleben der Behandlungsabsicht, durch Mobilisierung von Begründung und Rechtfertigung von Diagnose und Therapie anstelle von unkritischem Akzeptieren, durch hohen, auf Gegenseitigkeit beruhenden Vertrauensstatus zwischen Arzt und Patient, durch gewissenhaftes gemeinsames Ringen um Entscheidungen, durch subjektives Ernstnehmen des Patienten und seiner Sorgen als unabdingliche Voraussetzung eines jeglichen Heilungsprozesses, durch Wachheit und Wachsamkeit des Patienten gegenüber seiner Gesundheit und durch Eigeninitiative, freiwilliges Handeln und Einsicht in Leiden und Krankheit charakterisiert sein sollte.

---

**Anmerkungen:**


1) J. R. Möse: Hygiene und Mikrobiologie für Krankenpflege, Infektionsbekämpfung und Umweltschutz. Verlag Styria 1984; 164.

2) I. Illich: Die Enteignung der Gesundheit — Medical Nemesis. Rowohlt 1975.

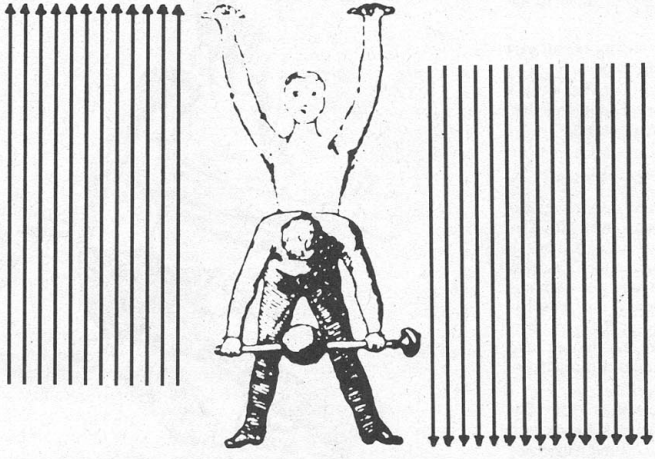
3) W. Jacob: Der kranke Mensch in der technischen Welt, IX. Internationaler Fortbildungskurs für praktische und wissenschaftliche Pharmazie der Bundesapothekerkammer in Meran, 1971; Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker mbH., Frankfurt/Main.

4) I. Illich: Die Enteignung der Gesundheit — Medical Nemesis. Rowohlt 1975; 1.

5) A. Laufs: Arzt und Recht im Wandel der Zeit. MedR 4, 1986; 163—170.

6) W. Winkelstein jr.: Epidemiological considerations underlying the allocation of health and disease care resources; in International Journal of Epidemiology, Vol I, Nr. I, Oxford Univ. Press, 1972.



Barbara Hollomey

# EIN TAGUNGSBERICHT

**Barbara Hollomey faßt die Ergebnisse der Enquete „Wir und unsere Gesundheit“ zusammen.**

Der Sozialwissenschaftler Univ.-Prof. Dr. Hans Braun nannte in seinem Referat fünf Gründe für die gewaltige Zunahme der Kosten für das Gesundheitswesen, nicht nur in Österreich. Hierzulande haben sich in den letzten 16 Jahren die von privater und öffentlicher Hand für die Volksgesundheit ausgegebenen Mittel verfünffacht. Darüber hinaus aber sind die Krankenhauskosten nochmals überproportional angewachsen. Als wesentliche Ursachen nannte der Vortragende:

**1. Altersaufbau der Bevölkerung:**

Dieser bringt es mit sich, daß heute der Anteil an Senioren weit höher als früher ist. Die statistische Lebenserwartung liegt heute bei 69 Jahren (Männer), bei 76 Jahren (Frauen), und der alte Mensch ist anfälliger für Krankheiten, sodaß für ihn die Spitalskosten allein dreimal so hoch wie bei einem jüngeren veranschlagt werden müssen.

**2. Risikofaktoren:**

Diese verursachen immer höhere Kosten. Der übermäßige Alkoholkonsum, das starke Rauchen und ein hoher Prozentsatz übergewichtiger Menschen schlagen bei der Finanzierung des Gesundheitswesens mit Milliarden negativ zu Buch.



**3. Die Verbesserung der medizinischen Versorgung:**

Genauere Diagnosen und zielgerichtete Therapien sowie größere Ärztedichte, besseres Personal und moderne technische Geräte erfordern zusätzliche Milliarden.

**4. Leistungsverbesserungen der Krankenkassen und sonstige Sozialversicherungsträger:**

In Zeiten der Hochkonjunktur leichtfertig gewährt, können solche heute schwer zu rückgenommen werden. Die Problematik der Gewährung von Kuraufenthalten steht etwa stellvertretend dafür.

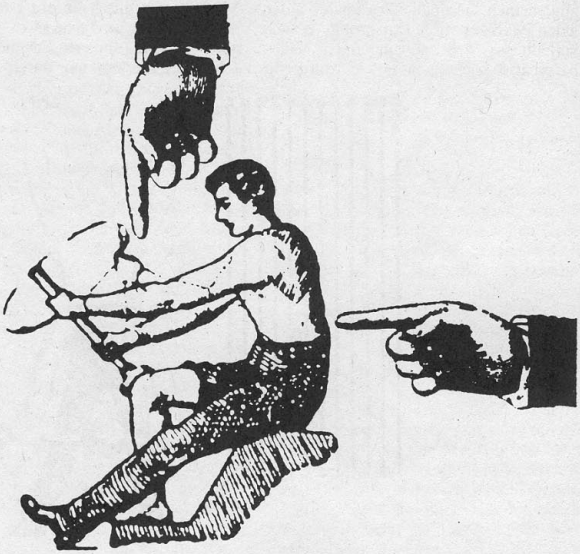
**5. Die Beziehung Arzt — Patient:**

Diese kann nicht nach marktwirtschaftlichen Kriterien gewertet werden. Der Arzt und die Spitäler als Anbieter können die Nachfrage beeinflussen, der Leidensdruck beim Patienten und die Struktur des Gesundheitswesens europäischer Prägung haben zur Folge, daß ohne Kostendenken auch teure Diagnosen und Therapien verordnet und in Anspruch genommen werden.

Abschließend berichtete Braun über Bemühungen in der BRD, das Anwachsen der Kosten für das Gesundheitswesen einzudämmen. Überflüssige Leistungen sollen abgebaut und der Patient direkt an den Kosten beteiligt werden. Bestehen aber bleibt als moralisches Problem das Anspruchsdenken weiter Bevölkerungsschichten.

Im Anschluß an das Hauptreferat gaben die Herren Bacher, Baumann, Bosch, Fischer-Felgitsch und Kartnig in kurzen Statements ihren Standpunkt zu Gegenwart und Zukunft unseres Gesundheitswesens kund. LAbg. Johann Bacher trat für leistungsbezogene Mittelverteilung ein. Medizinalrat Dr. Alois Baumann der GKK warnte vor Zerschlagung des österreichischen Sozialversicherungs- und Gesundheitssystems und trat eher für Verbesserungen im Wege der kleinen Schritte ein. Dkfm. Dr. Ulrich Bosch, Vorstandsvorsitzender der Stmk. Krankenanstalten, nannte als Hauptziele seiner Institution Stabilisierung der Kosten, Einsparungen durch Umstrukturierungen im Spitalsbereich, Abbau des Überangebotes an Akutbetten, Förderung der Privatinitiative und bessere Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Spitälern. Betriebsratsobmann Fischer-Felgitsch meinte ebenfalls, daß die Verweildauer des Patienten verkürzt werden könne, einzelne Kosten besser transparent gemacht werden, die Vorsorgemedizin verstärkt werden müsse sowie der Hauskrankenpflege wieder ein breiterer Raum einzuräumen sei. Dr. Kartnig vom Krankenhaus der Elisabethinen erklärte, daß hohe Bettenauslastung, Sparen auch und vor allem am Personalsektor, Effizienz in der Verwaltung, wenig Bürokratie es den Privatspitälern ermöglicht, modern und trotzdem kostengünstig zu arbeiten.

Die abschließende Publikumsdiskussion brachte verschiedenste Fragen, Anregungen und Standpunkte. Interessant ist etwa, daß die Stmk. GKK in den letzten 5 Jahren 800 Millionen Schilling Gewinn erwirtschaftet hat, dies jedoch offenbar auf Kosten der Krankenhausträger. Die Tarife der Krankenkasse decken die echten Kosten nur zu 30% ab. Vertreter der öffentlichen Spitäler meinten, daß sie gegenüber den Privatspitälern im Nachteil seien, da sehr teure Spezialoperationen von den „Privaten“ nicht durchgeführt würden, die „Öffentlichen“ aber in jedem Falle ihrer Annahmepflicht nachkommen müßten. Außer Streit steht aber wohl, daß der Einsatz von etwa 25 Ordensschwestern, beispielsweise im Elisabethinenspital, den Spitalserhalter finanziell entlastet. Im Sinne ihrer Ethik arbeiten die geistlichen Schwestern bis zu 100 Stunden wöchentlich für das Wohl der Kranken. Nicht nur die Kosten des Gesundheitswesens erregten die Gemüter, sondern auch bürokratische, dem Patienten nicht einsichtige Dienstzeiten. So können etwa Schüler nur vormittags zur ambulanten Untersuchung gehen und versäumen den Unterricht, da nachmittags niemand zur Verfügung steht. Den Privatspitälern wurde auch vorgeworfen, ihre Patienten quasi auszusortieren.



Gustav Mittelbach

# KRANKHEITSPOLITIK ODER GESUNDHEITSPOLITIK?

Für alle, die an einer steirischen oder österreichischen Gesundheitsdebatte interessiert sind (an einer Debatte, die als öffentliche unter den Menschen im Lande nie so recht geführt wurde), zunächst als Einstimmung ein kleines gedankliches Quiz: Von wem, von welchen Personen, politischen Gruppierungen oder Interessensgemeinschaften könnten folgende Zitate stammen?

„Um den einzelnen kranken Menschen zu heilen, um ihm in seiner ganz spezifischen persönlichen Notsituation zu helfen, wurde bisher nur ein — keineswegs ausreichender — Ausgleich für das finanzielle Risiko geschaffen, während die sozialen Bedingungen, von denen Gesundheit und Krankheit eines Menschen innerhalb der Industriegesellschaft auch abhängen, bei der Heilung kaum berücksichtigt werden. Unharmonische Familienverhältnisse, schlechte Wohnbedingungen und Umweltbelastungen, Fremdentscheidungen und der Zwang zur Anpassung sind oft unmittelbare Ursachen vieler Krankheiten."

„Mit dem Streben nach Gesundheit oder wenigstens gesundem Aussehen als Basis für den beruflichen und gesellschaftlichen Erfolg ist eine lautlose Absonderung der Kranken und Schwachen aus der Gesellschaft verbunden."

„Die ökonomischen Gesichtspunkte des Produktionsverfahrens führten zu einer immer stärkeren Zergliederung der Arbeit in einzelne Handgriffe und zur Isolierung des Menschen im Betrieb. Die Folge davon war eine steigende Entfremdung des Menschen vom Arbeitsplatz und vom Ergebnis seiner Arbeit."

„Die naturwissenschaftlich orientierte Ausbildung und das Honorierungssystem der Ärzte verstärken eine Entwicklung, die das Gespräch zwischen Patient und Arzt reduziert. Die Folge ist nicht nur, daß die psychischen und sozialen Ursachen von Krankheiten verborgen bleiben... Die kindliche Abhängigkeit des Kranken vom Arzt und seiner Autorität, insbesondere in der Anonymität einer Klinik, erschwert die notwendige psychische und physische Bewältigung der Krankheit durch den Kranken."

„In den Ballungszentren sollen auf Bezirksebene Stationen für Sozialmedizin geschaffen werden, in denen Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter und Seelsorger gemeinsam arbeiten."

„Sämtliche Leistungen zur Rehabilitation Behinderter sollen im Rahmen der Sozialversicherung Pflichtleistungen sein. Jeder Behinderte soll daher einen gesetzlichen Anspruch auf Leistungen haben. Die Bedürfnisse der Behinderten müssen auch in der Planung von Wohnungen, Ämtern und Verkehrsmitteln Berücksichtigung finden."

„Dazu kommt, daß gerade jene Fachrichtungen fehlen, die in der freien Praxis besonders benötigt werden, wie Geriatrie, Psychotherapie und Sozialmedizin. Förderung von Praxisgemeinschaften als Kooperation mehrerer praktischer Ärzte und von Gruppenpraxen als Zusammenarbeit einander ergänzender Fachdisziplinen..."

„Das Honorierungssystem der Ärzte fördert das Abschieben in die Krankenanstalt."

„Das Verfahren, das den Betroffenen die Wahrung ihrer Interessen an einer gesunden Umwelt garantiert, ist durch Gesetz zu regeln. Die Betroffenen müssen das Tätigwerden der zuständigen staatlichen Stellen erwirken können."

Schöne Worte aus Sonntagsreden einflußloser Schwärmer„ linke Gesellschaftsveränderung, Parteiprogramm einer Grüngruppierung, Zielvorstellungen für das Jahr 2000 eines Geheimpapieres der großen Koalition, intellektuelle Gedankenspielereien kritischer Wechselwähler, Arbeitsprogramm des (nicht mehr existierenden) Gesundheitsministeriums? Oder? Ja freilich, gewiegte Kenner und unermüdliche, noch nicht verzweifelte Leser diverser Parteipapiere haben aus der unermeßlichen Flut uns verwirrender programmatischer Sprechblasen das Richtige erkannt: Es handelt sich ausschließlich um Zitate aus dem ÖVP-Plan 1 Lebensqualität (Gesundheit, Wohnen, Umwelt) aus der ersten Hälfte der Siebzigerjahre, als die ÖVP gerade wieder die Regierungsbeteiligung anstrebte.

Als Erinnerungsreiz für heutige Gesundheitspolitiker, als Anlaß zum Nachlesen vor salopper Neuproduktion anderer Papiere mit anderer Diktion, nämlich einer der „Wende" — vor allem auch für die damals beteiligten Politiker, Ausschußmitglieder u. a., die den Plan 1 formulierten: Günther Wiesinger, Rudolf Bretschneider, Fritz König, Sixtus Lanner, Arthur Mussil, Wolfgang Schüssel, Heribert Steinbauer.

Oder fällt Ihnen noch etwas anderes ein? „Utopie Gesundheit" zum Beispiel, das Generalthema einer steirischen Akademie, auch schon 10 Jahre her? Auch damals schöne Worte: „Über die Grenzen der Medizin" dachte Ivan Illich nach; „Stumme Ärzte heilen schlecht" (Paul Lüth); Hans Strotzka forderte: „Ökologie wird eben jetzt höchste Priorität erhalten müssen, ebenso Dezentralisierung, Mitbestimmung, Aufklärung..."

„Die Entstehung von Krankheit durch Arbeit muß verhindert werden" (Hans-Ulrich Deppe)...

Viele Politiker und politisch Interessierte hörten zu, klatschten Beifall und gingen zum Alltag des steirischen Herbstes über. Österreichische, steirische Gesundheitspolitik?

Worte, Analysen, Programme habe ich auch als junger Beteiligter in unserem Gesundheitswesen schon genug gehört. Sie verstellten/verstellen leider oft den Blick auf die Realität und machten vergessen, daß in dieser Realität ganz andere Regeln und Zielvorstellungen gelten.

Der Mutter-Kind-Paß als herausragende gesundheitspolitische Leistung kann schon lange nicht mehr Konzeptlosigkeit, Ankündigungspolitik und immer konkreter werdende Drohungen von Sozialabbau verdecken. Immer deutlicher setzen sich wegen einer fehlenden Gesamtkonzeption rein ökonomische Denkmuster im Gesundheits- und Sozialbereich durch.

Einige Beispiele aus der steirischen Realität können das etwas deutlicher machen:

### Spitals-Ges. m. b. H. und Psychiatriereform

Die Aktionen der sicher redlichen Spitalsmanager, die ihre Arbeit nach rein betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten ausrichten (müssen), was zur Straffung und Rationalisierung vieler Bereiche sicherlich notwendig ist, machen der Öffentlichkeit das Fehlen einer steirischen Gesundheitspolitik besonders deutlich, beziehungsweise umgekehrt: die Manager machen Politik und werden darin stillschweigend toleriert.

Die Interessen der Betroffenen, der psychisch Kranken und der gebärenden Frauen, um die jüngsten 2 Beispiele zu nennen, spielen neben betriebswirtschaftlichen Überlegungen nur eine untergeordnete Rolle. Die Betten im Landessonderkrankenhaus müssen ausgelastet sein, ein Ausbau der ambulanten Versorgung ist daher kontraproduktiv, und die Ges. m. b. H. dafür außerdem nicht zuständig. Da nur die Manager Politik machen, geschieht also sonst nichts.

Konkrete Pläne einer Gruppe „Unverbesserlicher", die noch an eine Zukunft der ambulanten Sozialpsychiatrie glauben, können leicht vom Tisch gewischt werden. Forderungen und Erfahrungen des Beratungszentrums (BZ) am Griesplatz, unterstützt vom Verein für praktische Sozialmedizin, könnten einen modellhaften Charakter im Rahmen einer Reform haben (ganz im Sinne der märchenhaften

eingangs zitierten Sätze), aber wer hat ein Interesse an einer Reform? Die Realität: Zugeständnisse, wie die Bewilligung dringend benötigter Dienstposten für das BZ, werden erkämpft, solange die Kämpfer nicht müde sind, mehr nicht.

**Demokratie im Gesundheitswesen**

Auf der einen Seite läßt sich die fehlende Perspektive für eine zukünftige Gesundheitspolitik beklagen, der Mangel an kreativer Fantasie, die Angst vor Veränderung, das Zögern vor einem Bekenntnis zur konkreten Solidarität mit den Schwachen, die oberlehrerhafte Sparstiftmentalität als Ersatz für eine radikale präventive, krankheitsvermeidende Strategie.

Andererseits fördert der noch so kritische Blick auf strukturelle Hindernisse einer Reform mit all zu sehr den Glauben ,,die da oben'' könnten allein in der Lage sein, den verfahrenen Reformkarren wieder flott zu kriegen.

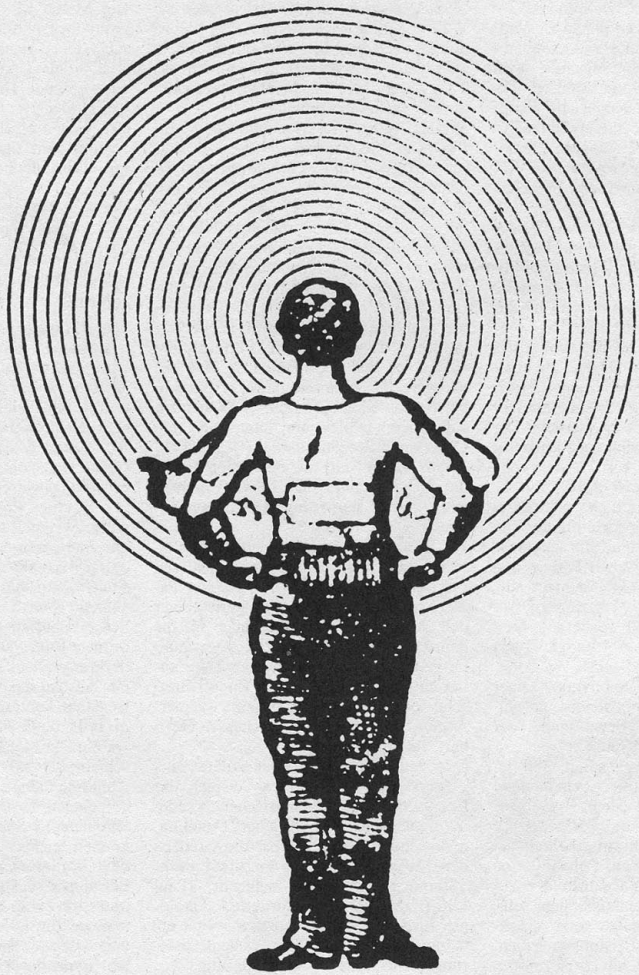
Denn viele von uns haben vielleicht verlernt, Demokratie auch im Gesundheitswesen ernst zu nehmen.

Mitbestimmung der Bürger, Mitbestimmung, Aktivierung — Ernstnehmen der im Gesundheitswesen Arbeitenden — haben diese Formeln bereits wieder soviel von ihrem früheren Reiz verloren, daß wir alle auf unseren Mut, unser Selbstvertrauen, unser geistiges Veränderungspotential verzichten?

Oder ist der disziplinäre Druck auf den einzelnen, die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes doch auch hier so groß, daß Initiativen von der sogenannten Basis nur noch Ausnahmen sind?

Beispiele aus der jüngsten Vergangenheit scheinen dieser Skepsis recht zu geben: Der Sprecher des ärztlichen Personals im Landessonderkrankenhaus Graz, der auf personelle und organisatorische Mängel an der Versorgung psychisch Kranker hinwies, wurde von der Spitalsverwaltung diszipliniert, das Grazer Beratungszentrum veröffentlichte eine Studie, die eine eventuelle Übernahme der Betreuung psychisch Kranker durch Sozialstationen der Gesellschaft für steirische Sozialdienste kritisierte (Zitat Studie: ,,Die Frage, ob private Initiativen wie etwa die ,,Gesellschaft'' in der Lage sind, sozial psychiatrische Versorgungsaufgaben der öffentlichen Hand zufriedenstellend übernehmen zu können, kann verneint werden'').

Zitat Modell Steiermark: ,,Durch die Sozialdienste erfolgt in der Steiermark eine Nachbetreuung psychisch kranker Personen''. Gerade diese gesundheitspolitisch hoch interessante Frage, inwieweit private Aktivitäten Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens übernehmen können (Privatisierung auch in diesem Bereich — Aktivierung der Betroffenen als Selbsthilfe etc.) muß jetzt immer wieder öffentlich diskutiert werden. Das Beratungszentrum erhielt vorläufig Veröffentli-



chungsverbot: Die Entlassung des Beraterteams des FaBeZe (Familienberatungszentrum) Graz wird auch Engagierte nicht gerade ermutigen, in diesem von Budgetverkürzungen besonders betroffenen Bereich der Vorsorge und Kriseninterventionen einzusteigen. Gerade wegen des oft ernüchternden Alltags wird es vordringlich notwendig sein, Zeichen zu setzen für eine gesundheitspolitische Zukunft, um die Aktivitäten der vielen Selbsthilfegruppen, Beratungs-Sozialinitiativen und kritische Gesundheitsarbeiter in der Steiermark mit neuem Selbstvertrauen zu erfüllen, ihnen entsprechend ihren Fähigkeiten Gestaltungsraum und finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen.

Mein Vorschlag: eine Plattform oder Enquete aller steirischen Gesundheitsinitiativen etwa unter dem Titel Werkstatt „Gesundheit 2000", oder „Gesundheitsmodell Steiermark" nicht als unverbindliche Spielwiese, sondern als Beginn einer sozial gerechten Umgestaltung des öffentlichen und privaten Gesundheitswesens. Dem härteren Wende-Gegenwind der späten 80er Jahre zum Trotz sollten die ausgesprochenen Personen diesen Zukunftsdialog und das gemeinsame Auftreten ruhig von sich aus beginnen. Eine steirische Gesundheitsbewegung? Anzeichen dafür sind erst zaghaft erkennbar.

**Der mündige Patient**

Als Phantom geistert er schon jahrelang durch gesundheitspolitische Stellungnahmen.

Zwei Kriterien können sein tatsächliches Auftreten begünstigen: 1. wenn klargemacht oder garantiert werden kann, wie der Patient und wie umfassend er zu Informationen über seine Krankengeschichte, seine Befunde, seine Therapie und seine Prognose kommen kann, und 2. wenn er weiß, welche Rechte er in einem Konfliktfall zur Verfügung hat.

Es geht nicht um die Formulierung einer Charta der Patientenrechte (wie vor Jahren von Ministerin Leodolter in vielen Broschüren formuliert), die wirkungslos an der Realität vorbeigeht, sondern um konkrete Maßnahmen:

Werden Selbsthilfegruppen aus Ärzten, Schwestern und Patienten, wie der jahrelang in der Öffentlichkeit und mit Klienten arbeitende „Arbeitskreis für Patientenrechte" (mangels finanzieller und personeller Unterstützung mußte er schließlich doch aufgeben), heutzutage eher unterstützt? Wie erhalten Patienten heute zum Beispiel Aufklärung darüber, daß ihnen das Recht zusteht, Kopien von **allen** Unterlagen ihrer Krankengeschichte zu erhalten?

Mündige Patienten wird es dann geben, wenn unabhängige Institutionen, wie ein Medizin-Ombudsmann (unabhängig von Spitals- und Ärztekammerhierarchie), eingerichtet werden.

Dieser wird in den seltensten Fällen gerichtliche Schritte vorschlagen müssen, allein die Tatsache einer unabhängigen Informationsstelle wird Signal genug sein, daß Mündigkeit ernstgenommen wird.

**Praxisgemeinschaften**

Jahrelang standen sie auf allen Parteiprogrammen, alle Ärztekammerfraktionen schrieben sich die Forderung nach Praxisgemeinschaften zur Aufwertung der Arbeit der niedergelassenen Ärzte stereotyp vor jeder Kammerwahl auf ihre Fahnen.

Kaum nahmen jedoch 3 Grazer Ärzte (ich bin einer davon) diese Ideen ernst und gründeten in Graz/Liebenau die erste österreichische Praxisgemeinschaft, stießen sie auf Widerstand, der sich bis zu einem Disziplinarverfahren steigerte. Keine Rede mehr innerhalb der Ärztekammer davon, daß ein solches Projekt Modellcharakter hat, dessen Erfahrungen wertvolle Hinweise für die oft beschworene Reform der ambulanten Medizin geben kann.

Gerade der gelungene Versuch, den psychosozialen Aspekt der medizinischen Arbeit durch die Einrichtung einer Familienberatungsstelle, in der Psychotherapie, Beratung und Sozialhilfe kostenlos für die Patienten, aber honoriert für die Berater, angeboten werden, besonders hervorzuheben (neben einem Verein für verschiedene Vortrags- und Gruppenaktivitäten), verdient Beachtung.

Die tägliche Erprobung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Juristen und nichtärztlichem Personal sollte bei Interessierten Berührungsängste abbauen helfen und Mut zur Veränderung der eigenen Arbeitspraxis machen. Eine ähnliche Praxisgemeinschaft existiert in Wien. Einladungen für Kontaktbesuche, auch für Politiker, sind hiermit herzlich ausgesprochen.

Eine Ausweitung des Grazer Projekts sieht den Aufbau einer eigenen **Hauskrankenpflege** für den Bezirk Liebenau im Rahmen dieses sozialmedizinischen Zentrums vor. Diese im Bezirk befindliche Betreuungsmöglichkeit wird die häusliche Pflege von Patienten drastisch verbessern und eine Einweisung ins Spital oft unnötig machen. Insbesondere dann, wenn es endlich gelingen wird, die Hauskrankenpflege in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufzunehmen.

**Zukunftsperspektiven**

Wie weit wir es in Zukunft nicht nur mit Krankheitspolitik oder Verhinderungspolitik (siehe oben), sondern mit einer neuen Gesundheitspolitik zu tun haben werden, läßt sich anhand von einigen (sicher unvollständigen) Kriterien zusammenfassen:

— Wir haben uns provinziell von der internationalen Debatte über eine Neuorientierung der Gesundheitspolitik abgekoppelt. Wie weit wird es in den nächsten Jahren möglich sein, das WHO-Regionalkonzept für Europa, „Gesundheit 2000", auch bei uns so zu diskutieren, daß ähnlich konkrete auf unsere spezifische Situation passende Abwandlungen des Konzepts wie in der BRD daraus entstehen.

Wird es uns gelingen, in offenen Diskussionen in der Steiermark die Konzepte der burgenländischen Sozialsprengel und des Vorarlberger „Gesunder Lebensraum" kritisch zu beleuchten, ohne gleich den Sozialabbau, den Einsatz von privaten Firmen zur gewinnbringenden Betreuung rentabler Sozialfälle (wie etwa die MEDA Vorarlberg) zu fordern? Der Appell an die Selbsthilfe allein übersieht die realen gesellschaftlichen Ungleichheiten, die gerade verhindern, daß sich jeder gleich gut selbst organisieren kann.

— Der Abbau von Sozialleistungen, wie die jüngste Krankenhausselbstbehaltsdebatte zeigte — Selbstbehalt als Strafgebühr — muß vor allem für besonders betroffene Unterschichten und Randgruppen unbedingt verhindert werden.

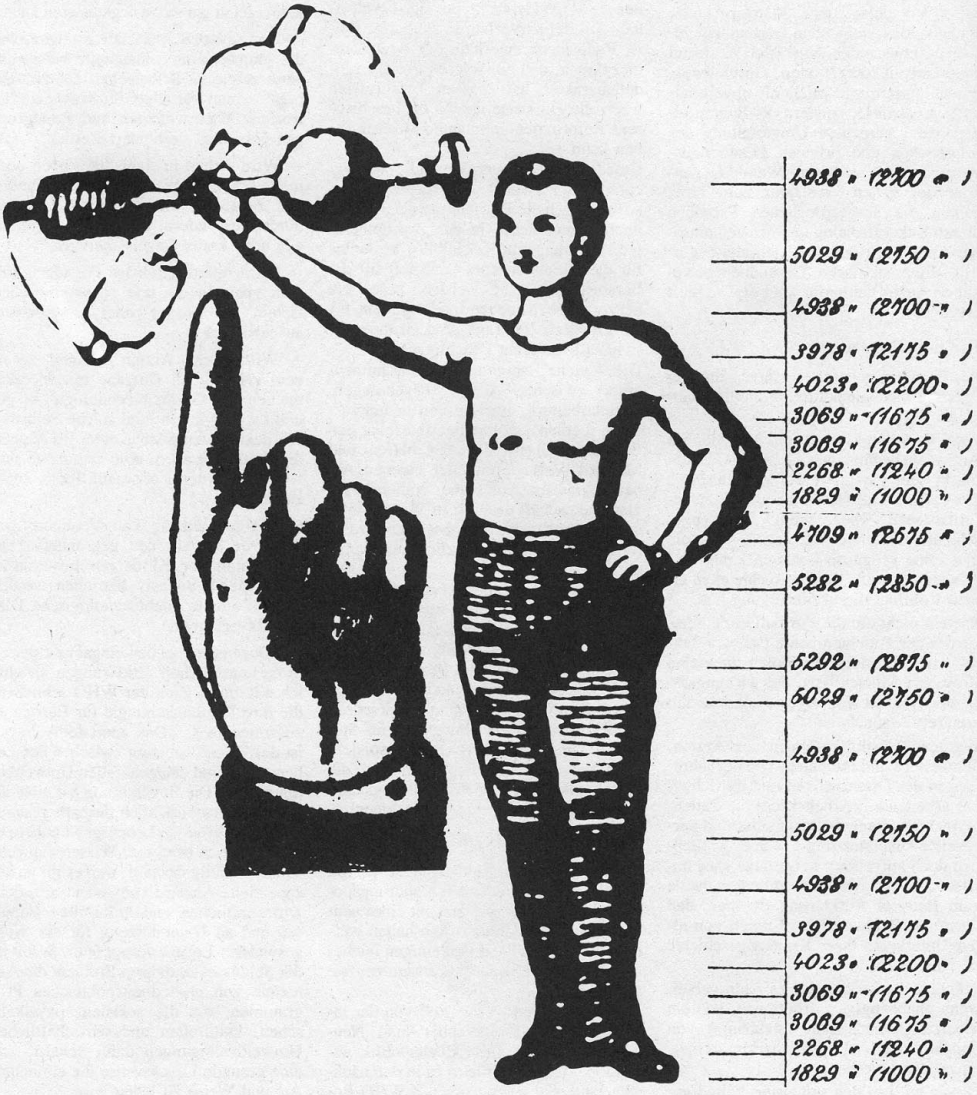
— Wird Arbeit im Jahr 2000 noch oder mehr krank machen, wird gesundheitliche Belastung am Arbeitsplatz weiter durch Aussondern, finanzielle Abgeltungen oder Entlassungen „geregelt"?

— Wird interdisziplinäre Forschung auf dem gesundheits- und sozialpolitischen Gebiet auf Bundes- oder Landesebene ausgebaut?

— Wird es den Ärzten gelingen, zu einem kritischeren Umgang mit Medikamenten und Medizintechnologie zu gelangen, und durch eine solche Selbstbeschränkung den Ausbau einer Breitenmedizin, die vor allem eine ambulante sein wird, zu fördern, ohne auf Technologie zu verzichten?

(Die Unterstützung von Vereinen, wie dem vor kurzem neu gegründeten zur **Förderung der Kinderpsychosomatik,** sollte gleich intensiv betrieben werden wie bestimmte hochtechnologische Diagnostikverfahren.)

Als Gegenstück zu den eingangs zitierten programmatischen Erklärungen möchte ich mit einem Zitat der WHO schließen, die ihre Regionalstrategie für Europa so zusammenfaßt: „Das zentrale Anliegen ist der Zusammenhang zwischen der Lebensweise und den generellen Umweltbedingungen. Die Bevölkerung hat nicht allein bzw. hauptsächlich deshalb gesundheitsschädliche Lebensgewohnheiten, weil es ihr an besserem Wissen mangelt, sondern häufig deshalb, weil es ihr an akzeptablen Alternativen oder sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Impulsen und an Unterstützung für die Wahl gesünderer Lebensweisen fehlt. Somit ist der Schlüssel zu diesem Problem die Annahme von gesundheitspolitischen Programmen, die die sozialen, physikalischen, kulturellen und wirtschaftlichen Umweltbedingungen dafür schafft, daß eine gesunde Lebensweise die einfachste Art und Weise zu leben wird."


4938 » (2700 » )
5029 » (2750 » )
4938 » (2700 » )
3978 » (2175 » )
4023 » (2200 » )
3069 » (1675 » )
3069 » (1675 » )
2268 » (1240 » )
1829 » (1000 » )
4709 » (2575 » )
5282 » (2850 » )
5292 » (2875 » )
5029 » (2750 » )
4938 » (2700 » )
5029 » (2750 » )
4938 » (2700 » )
3978 » (2175 » )
4023 » (2200 » )
3069 » (1675 » )
3069 » (1675 » )
2268 » (1240 » )
1829 » (1000 » )

# Tagungsdokumentation

# MACHT DER STAAT FAMILIE?

Folgende Kurzstatements und Referate wurden anläßlich der Familienpolitischen Tagung vom 13. 6. 1987 im Josef-Krainer-Haus gehalten. Aus redaktionellen Gründen war uns teilweise nur eine Wiedergabe in gekürzter Form möglich.

## Annelies Paierl

Das Schlagwort von der „Krise der Familie" kursiert in vieler Munde. Durch die abnehmende Heiratsneigung wird das Schreckgespenst einer generellen Scheu vor familiären Bindungen an die Wand gemalt — die steigenden Scheidungsraten als Bindungsunfähigkeit und Ablehnung von Verantwortung klassifiziert — der Geburtenrückgang als Zeichen der Emanzipation oder gar als Ausdruck von Egoismus, vor allem weiblichem, interpretiert. Wert- und Sittenverfall werden uns nachgesagt! Ich persönlich halte diese Analyse für zu simpel — sie geht am Problem vorbei.

Denn Familie als innerer Halt, als Ort der Zuwendung, der Geborgenheit, des gemeinsamen Erlebens und der Kontinuität ist nach wie vor ein existentieller Wunsch des Menschen von heute.

Die „Institution Familie" aber ist kein Garant dafür, wie andererseits auch die vielen anderen familiären Lebensformen (unverheiratete Paare mit Kindern, alleinerziehende Mütter und Väter mit Kindern, zusammenlebende Frauen mit Kindern wie auch verschiedene Formen der Beziehung zu anderen Verwandten und Freunden) diese humanen Qualitäten ebenso gewährleisten können.

Der traditionelle Familienbegriff trägt dem jedoch nicht Rechnung und ist für mich somit zu eng gefaßt.

Denn nicht die äußere Form des Zusammenlebens macht den Wert von „Familie" aus, sondern die inneren Beziehungen.

Familie ist auch kein starres Gebilde! Sie kann und darf sich weder den gesellschaftlichen Veränderungen noch den Veränderungen und Entwicklungen der einzelnen Familienmitglieder entziehen. So ist einer der Schlüsselpunkte in der familienpolitischen Diskussion sicher die Frauenfrage.

Dem Wunsch vieler Frauen, Familie und Beruf zu vereinen, stehen in der Realität geringere Chancen bezüglich Berufstätigkeit und die Übernahme der Hauptlast der Familienarbeit gegenüber. Und dieser anstrengende Versuch wird dann auch noch oft von der Gesellschaft mit Zynismus quittiert: „Sie müssen ja nicht arbeiten!"

Wie auch in letzter Zeit wieder verstärkt die Vorurteile auftauchen, die Mutter gehöre vor allem zum Kind, oder die berufstätige Mutter vernachlässige ihr Kind. Vätern stellt sich diese Frage von vornherein nicht! Möglicherweise liegt auch der steirischen Kindergartenpolitik mit ihrem Manko an Ganztageskindergärten und ihrer wahrlich nicht frauen-, kinder- und somit familienfreundlichen Regelung der Öffnungszeiten eine derartige Einstellung zugrunde.

Dieses Beispiel reißt schon den nächsten Problemkreis an: Ist Familie wirklich jener letzte gesellschaftliche Ort für Privatheit und Autonomie, als der er so gerne gehandelt wird?

Um Mißverständnisse von vornherein auszuschließen:

Durch die Tatsache, daß zum überwiegenden Teil Frauen die Basisinformationen zur Erörterung dieser Themenkreise liefern, soll weder angedeutet werden, daß Familie nur ein Frauenthema ist — die Dominanz der männlichen Experten bei der Familientagung letztes Jahr bewies das Gegenteil — noch daß wir Männer diskriminieren wollen.

Ziel der Programmgestaltung war, vor allem Expertinnen, deren Zugang zum Thema wohl doch ein etwas anderer ist als der ihrer männlichen Kollegen, in einem Bereich zu Wort kommen zu lassen, der in der Praxis nach wie vor und zu weiblichem Leidwesen fast ausschließlich von Frauen getragen wird. Und nur diese Realität spiegelt unser Programm wider! Da wir als Katalysator für die Vielfalt von „Familie" fungieren wollen, möchte ich meine persönliche Lebenssituation kurz skizzieren: Ich lebe entsprechend dem klassischen Familienbild, bin verheiratet, habe zwei Kinder und bin seit etwa 11 Jahren Familienfrau — in den letzten vier Jahren mit Teilzeit- und Zusatzbeschäftigung.

Trotz meiner traditionell anmutenden familiären Lebensform plädiere ich für eine Familiendefinition, in der es nur auf die Qualität der Beziehungen ankommt und nicht auf irgendwelche institutionelle und formale Bindungen.

## Christine Saiko-Jogan

Zu Beginn will ich meine familiäre Situation, wie sie früher war und heute ist, schildern: Zur Zeit lebe ich alleine mit meinen beiden Söhnen, 15 und 19 Jahre alt. Die Kinder besuchen eine Schule und ich bin berufstätig. Viele Schwierigkeiten sind in dieser Familiensituation von mir alleine zu bewältigen, was nicht immer leicht ist. Vorher lebte ich mit den Kindern und meinem damaligen Mann in der traditionellen Familienkonstellation Vater — Mutter — Kinder. Ich war nicht berufstätig. Diese Familienform und das daraus resultierende Zusammenleben verursachte sehr große Probleme, und ich wollte als Frau aus dieser Situation aussteigen. Sie war für mich nicht zufriedenstellend zu bewältigen.

So lebte ich bisher, ausgenommen in meiner eigenen Stammfamilie, bereits zwei Familienformen, wovon die eine die traditionelle und von daher gesellschaftlich wie auch gesetzlich voll anerkannte und die zweite mittlerweile gesellschaftlich einigermaßen akzeptiert ist. Vielleicht aber entscheide ich mich in einem halben Jahr, mit einem Mann zusammenzuleben, der nicht der Vater meiner Kinder ist, oder ich ziehe mit meinen Kindern zu meiner Mutter, oder ich lebe mit meinen Kindern und meiner unverheirateten Schwester zusammen. Was ist, wenn nur eine bestimmte oder einige bestimmte Zusammenlebensformen von Menschen als Familie definiert werden dürfen? Mit welchen Förderungen können Personen, die in bestimmten Familienkonstellationen leben, rechnen, und mit welchen Diskriminierungen müssen jene rechnen, die sich andere ausgesucht haben? Was passiert mit mir, wenn ich eine Zusammenlebensform wähle, die nicht als Familie akzeptiert wird, die nicht in das vom Staat gemachte Konzept paßt?

## Ingeborg Sperl

Ich selbst bin eine inzwischen schon recht häufige Variante von „Familie". Einmal geschieden, mit einem ebenfalls geschiedenen Mann wiederverheiratet, immer berufstätig gewesen, keine eigenen Kinder, jedoch Kinder aus der ersten Ehe meines Mannes.

Eine Konstellation, die klarerweise genug Konfliktstoff bietet, jedoch auch Chancen einer gemeinsamen Bewältigung von erweiterten Beziehungen. Was sind wir nun? Sind mein Mann und ich bloß Partner? Wären wir nur dann eine Familie, wenn wir gemeinsame Kinder hätten? Oder sind wir eine Familie auf Zeit, nämlich dann, wenn die Kinder aus erster Ehe etwa mit uns Ferien machen?

Familie bedeutet für mich das intensive Zusammenleben von mindestens zwei Menschen, egal welchen Geschlechtes, die entschlossen sind, einander, solange es geht, in größtmöglicher Ehrlichkeit und Gleichberechtigung seelisch und materiell zu unterstützen.

Für mich sind nicht einmal die sexuellen Beziehungen von erstrangiger Bedeutung. Ich kann mir auch eine Familie vorstellen, die aus einer Großmutter besteht, welche ihr verwaistes Enkelkind aufzieht.

Unter Familie verstehe ich auch eine Gruppe von sogenannten alleinerziehenden Frauen oder Männern, die sich vielleicht zusammen mit ihren Kindern eine gemeinsame Wohnung nehmen, um die Organisation des Alltags besser bewältigen zu können. Familie bedeutet für mich, daß menschliche Lebewesen freiwillig die Fürsorge und Verantwortung für andere Menschen übernehmen und sich ernsthaft um eine emotionale Stabilität bemühen. Mir scheint, dies ist eine Definition, die anspruchsvoll genug ist.

Mit dem Wissen, daß „Familie" im heutigen, gern von den Politikern gebrauchten Sinn erst eine Erfindung des 19. Jahrhunderts ist, und vor dem statistischen Hintergrund, daß bald jede dritte Ehe geschieden werden wird, kann ich nur die emotionale Qualität einer Beziehung als Maßstab nehmen, nie eine äußere Bescheinigung.

Daher kann der Staat für mich auch nicht „Familie machen", zumal deren Definition zunehmend unmöglich wird.

Birgit Bolognese-Leuchtenmüller

# VON DER SIPPE ZUR HEUTIGEN KLEINFAMILIE

## oder Familie im Blickfeld politisch-ideologischen Interesses

Wenn hier — abweichend vom Tagungsprogramm — eine Veränderung am Titel des Referates vorgenommen wurde, so ist dies als Reaktion auf den weitverbreiteten, einer bestimmten Familienideologie aber sehr entgegenkommenden Irrtum zu verstehen, bei unserer heutigen Familienform handle es sich um das Resultat einer langen linearen Entwicklung. Wie Untersuchungen zeigen, gibt es aber praktisch in jedem Zeitabschnitt ein Nebeneinander unterschiedlicher Formen familiären oder verwandtschaftlichen Lebens, insbesonders natürlich im interkulturellen Vergleich, aber auch bis hin zu kleinen regionalen Einheiten.

Die uns heute so selbstverständlich scheinende, als verbindliches Lebensmodell propagierte Form der Familie (also die Kernfamilie, in der Eltern und Kinder zusammenleben) ist in Wirklichkeit aber relativ jung. So sehr es heute üblich ist, von dieser Kernfamilie als der kleinsten sozialen Einheit innerhalb der Gesellschaft zu sprechen, so sehr stellt sich aber auch in Anbetracht der ständig wachsenden Zahl sogenannter ,,unvollständiger'' Familien die Frage, inwieweit wir nicht unseren Begriff der ,,sozialen Einheit'' und damit auch den von ,,Familie'' korrigieren müssen. Tatsächlich setzt ja nur der rein **biologische** Begriff von Familie zwingend die Existenz einer Mutter-Vater-Kind-Beziehung als notwendigste kleinste Einheit voraus, um im biologischen Sinn als Familie gelten zu können. Sowohl in historischer Sicht wie auch hinsichtlich der heutigen gesellschaftlichen Realität läßt sich aber erkennen, daß Familie als **sozialer** Begriff wandelbar und mit verschiedensten Inhalten erfüllbar ist.

Die Frage, die sich in diesem Zusammenhang natürlich stellt, ist die nach den Gründen dafür, daß ein ganz spezifisches Familienmodell (eben das der kleinbürgerlich-städtischen Kernfamilie, das sich seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert entwickelte), in relativ kurzer Zeit zu einem für alle gesellschaftlichen Gruppen und Schichten gültigen Leitbild werden konnte. Diese Frage stellt sich umso mehr in Hinblick darauf, daß es sich im Falle des städtischen (Klein-)Bürgertums um ein recht schmales Segment der Gesellschaft handelte, diese Gruppe stand bis ins 20. Jahrhundert hinein einer überwältigenden Bevölkerungsmehrheit, gebildet aus der Agrarbevölkerung und industriellen Unterschichten (Handwerker, Arbeiter, Dienstboten, ungelernte Hilfskräfte, Heimarbeiter) gegenüber, in der weder arbeitsorganisatorische noch soziale und psychologische Voraussetzungen für dieses Familienmodell bestanden. Der absolut größte Teil der Bevölkerung lebte somit auch noch lange nach Entwicklung dieses Familientyps verschiedentlich bis weit ins 20. Jahrhundert hinein, in Wohn- und Lebensgemeinschaften mit nicht verwandten bzw. nur entfernter verwandten Personen zusammen. Wobei innerhalb der einzelnen Bevölkerungsgruppen sehr unterschiedliche Gründe dafür den Ausschlag gaben: In einer vergleichsweise schwach mechanisierten Agrarwirtschaft mit hoher Arbeitsintensität, bzw. angesichts erbrechtlicher oder materiell bedingter Beschränktheit der Besitzfähigkeit der ländlichen Bevölkerung waren vor allem arbeitsorganisatorische bzw. agrarstrukturelle Gründe für erweiterte Hausgemeinschaften maßgeblich. Eine Beschränkung des familiären Zusammenlebens auf Eltern und Kinder und maximal Großeltern signalisiert, wie etwa bei Keuschlern und landwirtschaftlichen Tagelöhnern, fast immer Armut. In den städtisch-industriellen Unterschichten war gerade die materielle Knappheit, vor allem aber die ungeheure Wohnungsnot auslösendes Moment für ein Zusammenleben in über die unmittelbare Familie hinausreichenden Wohngemeinschaften. Das für die Städte charakteristische Untermieter- und Bettgehersystem, wobei vor allem Arbeitskollegen oder Leute, die aus denselben Orten zugewandert waren, sich zu derartigen, nicht unbedingt freiwilligen Wohngemeinschaften zusammenfanden, erweitert noch um ein ebenso verbreitetes Kostkinder- und Kostgängersystem, schuf in den Unterschichten unterschiedlich intensive Lebens- und Sozialbeziehungen, die in scharfem Kontrast zur heutigen Privatheit und Intimität der Kleinfamilie stehen. Im Grunde entspringt diese Ausdehnung der Lebens- oder Wohngemeinschaften auch auf Nicht-Familienangehörige einer Maßnahme zu kollektiver Selbsthilfe, da in den einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen allein das tägliche Leben einzeln oder in kleinsten Gruppen kaum bewältigbar war. Es ist also auch nicht verwunderlich, daß wahrscheinlich in den meisten Familien zumindest von der Großelterngeneration her noch lebhafte Erinnerungen an doch völlig andere Formen familiären Zusammenlebens als heute üblich existieren. Das psychologische Moment in diesen Erinnerungen ist dabei nicht unwesentlich für die ständige Verfestigung der herrschenden Vorstellungen über die ,,richtige'' Form familiärer Beziehungen und familiären Zusammenlebens: Einerseits geht die Durchsetzung der Klein- oder besser Kernfamilie als ,,moderner'' Familientypus zweifellos einher mit zunehmendem materiellen Wohlstand. Leben im engeren Familienkreis, der Rückzug in einen intimen Binnenraum war ja nur bei einer Steigerung des allgemeinen Einkommens, bei Anhebung des Lebensstandards, ausreichendem Wohnungsmarkt etc. möglich. Andererseits existiert aber durchaus die Erfahrung einer leichteren Organisierbarkeit des Alltags, ganz besonders hinsichtlich der Koordination von Arbeit und Familienleben bei personell weitergefaßten Lebensgemeinschaften. Die Gefahr, aus derartigen Erfahrungen falsche Ableitungen auf die derzeitige Situation der Durchschnittsfamilie zu ziehen, liegt auf der Hand: Wenn es früher unter weit mißlicheren Bedingungen (geringes Einkommen, lange Arbeitszeit, Wohnungsmisere) möglich war, auf engstem Raum in größeren Gemeinschaften als die der Familie zusammenzuleben und sich entsprechend zu organisieren, so kann es unter den heute objektiv weit günstigeren materiellen Bedingungen nur individuelles Versagen der einzelnen Familienmitglieder zur Ursache haben, wenn die heutige Kleinfamilie vor Problemen steht, bzw. sich tendentiell immer häufiger auflöst.



Aber zurück zu der Frage, warum gerade der Typus der kleinbürgerlichen Eltern-Kind(er)-Familie sich zur beherrschenden, vor allem auch schichtübergreifenden Form des Zusammenlebens entwickeln konnte, wenngleich nochmals festzuhalten ist, daß es in den einzelnen Bevölkerungsgruppen zu beträchtlichen zeitlichen Verzögerungen in diesem Angleichungsprozeß gekommen ist und die derzeitige gleichsam uniforme Auffassung von Familie eine eher junge Entwicklung darstellt.

Mit Sicherheit führte der tiefgreifende Wandel in der Agrarstruktur, die Auflösung der alten dörflichen Ordnung, die zunehmende Dichte des Verkehrsnetzes, das Aufkommen des Fremdenverkehrs gegen Ende des 19. Jahrhunderts zu einem massiven Veränderungsdruck auch

auf die gegenüber äußeren Einflüssen durch Jahrhunderte eher resistente bäuerliche Lebensweise. Zunehmende Mechanisierung, begrenzte Ressourcen und ein rapid abnehmender Arbeitskräftebedarf lösten Abwanderungsverluste gerade bei der jüngeren Bevölkerung im ländlichen Raum, zumindest aber regional massiven Zwang zu industrieller Erwerbstätigkeit aus. Landwirtschaftlicher Nebenerwerb zieht aber zwangsläufig auch familienorganisatorische Veränderungen nach sich. Die scharfe Abgrenzung zwischen ländlicher und städtischer Lebensweise lockerte sich in Richtung einer zunehmenden Vermischung und Überlagerung durch industriell-städtische Verhaltensweisen und Gewohnheiten, wenngleich dieser Prozeß nur langfristig und regional unterschiedlich intensiv zu sehen ist.

Im Falle der industriellen Unterschichten, insbesonders der Fabrikarbeiterschaft ist dagegen neben der wirtschaftlichen Entwicklung vor allem auch der politisch-ideologische Einfluß für die Etablierung und allmähliche Dominanz der Kleinfamilie maßgeblich gewesen. Obwohl die politischen Motive aufseiten des Bürgertums und der Unternehmerschaft auf der einen und die der Theoretiker und politischen Führer der Arbeiterbewegung auf der anderen Seite absolut gegensätzliche waren, schien doch beiden Seiten eine Hinführung der Arbeiterschaft zu (klein-)bürgerlicher Lebens- und vor allem Familienform das geeignete politische Rezept für die Erreichung der jeweiligen gesellschaftlichen Ziele: Erwartete vor allem das Unternehmertum und mit ihm das bürgerliche Lager durch ein Mindestmaß an Lebensstandard und eine „Konsolidierung" der familiären Verhältnisse der Arbeiterschaft ihre politische Befriedung, so befanden sich die Theoretiker der Arbeiterbewegung überhaupt in einem Dilemma: Die schlechten bis katastrophalen Lebensverhältnisse der Unterschichten, die sichtbar schlechte physische und psychische Verfassung der Menschen dieser großen Bevölkerungsgruppe, vor allem aber das Kinderelend mußten die politische Schlußfolgerung nach sich ziehen, daß nur eine Anhebung bzw. Angleichung an das Niveau (klein-)bürgerlicher Lebensweise einen Ausweg aus materieller Benachteiligung und politischer Unterdrückung darstellen konnte. Nicht umsonst erwartete die Sozialdemokratie über die familiäre Stabilisierung der Arbeiterschaft auch eine Hebung ihrer politischen Kampfkraft und ihres politischen Kampfwillens.

Darüber hinaus muß aber wohl auch festgestellt werden, daß gerade das kleinbürgerliche Familienleitbild mit seinen charakteristischen Merkmalen — wie einer strengen innerfamiliären Hierarchie, einem strikten Autoritätsgefüge zwischen Eltern und Kindern, einer ebenso strikten Rollenteilung zwischen Mann und Frau, bei gleichzeitig hohem Anspruch an Intimität des Familienlebens, Abgeschlossenheit und Zuneigung als emotionale Basis des Zusammenlebens — für viele Stadien einer in Industrialisierung begriffenen Gesellschaft das gegebene Lebensmodell darstellte. Die Bedingungen industrieller Erwerbstätigkeit zielen auf maximale Effizienz des Arbeitseinsatzes, auf die Disponibilität des Arbeitskräfteangebots ab. Maximale Effizienz der Arbeitskraft ist nur zu erzielen, wenn die physischen und psychischen Voraussetzungen dafür kostenlos im sogenannten „Privatbereich" geschaffen werden. Gleichzeitig gestattet die Übertragung dieser „privaten Reproduktion" der Arbeitskraft als Hauptaufgabe an die Frau bei ständigem materiellen Druck auch die nötige Beweglichkeit eines weiblichen Arbeitskräftereservoirs. Der geschilderte Typus der bürgerlichen Kleinfamilie erfüllt auch wie kein anderer die Aufgabe einer entsprechenden (wirtschafts-)systemkonformen Sozialisation der Kinder. Dies umso mehr, da gerade in dieser Familienform fehlender materieller Standard mit idealistischen Forderungen (Häuslichkeit, Fleiß, Sparsamkeit...) kompensiert wird. Wenn also auch klar ist, daß die wirtschaftliche Entwicklung die Durchsetzung des kleinbürgerlichen Familienleitbildes begünstigte, so bleibt aber die Frage, ob dieser Familientypus auch in einer voll industrialisierten bzw. postindustriellen Gesellschaft jetzt rein vom wirtschaftlichen Standpunkt her gesehen (von anderen Gesichtspunkten zunächst ganz zu schweigen) noch immer als idealer gelten kann. Die Erwartungen, Anforderungen und Ansprüche an die Familie haben sich in den letzten Jahrzehnten zunehmend schneller gewaltig verschoben. Wenn vor kurzem durch den Chef der Wiener Jugendfürsorge die Frage angeschnitten wurde, warum sich eigentlich immer die Familie nach den Bedürfnissen der Wirtschaft orientieren müsse und nicht einmal auch eine Umkehr dieser Formel eintreten könne, so ist damit bereits ein prinzipielles Problem der heutigen familiären Situation angesprochen.

Wie bereits erwähnt, gibt es sehr unterschiedliche Auffassungen über den Grad der Belastung der Familie früher und heute. Es ist nun zweifellos so, daß der ökonomische Druck — früher, d. h. also noch bis nach Ende des 2. Weltkrieges, in vielen Fällen als unerträglich zu bezeichnen — für die Mehrheit der österreichischen Familien nicht mehr den primären Belastungsfaktor darstellt, wenn man auch nicht daran vorbeikommt, daß er in einigen Bevölkerungsgruppen immer noch und in letzter Zeit wieder verstärkt spürbar ist.

Mit Sicherheit ist auch eine immer wieder zitierte Funktionsentlastung der Familie durch die Auslagerung ehemals ausschließlich innerhalb des Familienverbandes wahrgenommener Aufgaben eingetreten. Außerfamiliäre Institutionen wie Schulen, Kindergärten, Spitäler, Altersheime, Fürsorgeeinrichtungen, Sozialversicherung, Arbeitslosenunterstützung etc. haben der Familie Versorgungs-, Betreuungs- und Ausbildungsaufgaben abgenommen, die sie in einem sich immer stärker differenzierenden Gesellschafts- und Wirtschaftssystem auch nicht mehr leisten hätte können. Wenn in diesem Zusammenhang auch immer wieder von einem Funktionsverlust die Rede ist, so meint dies die Tatsache, daß damit für die Familie natürlich auch Kompetenzen verloren gegangen sind, die heute „dem Staat", „der Allgemeinheit", „der Öffentlichkeit" zufallen. So sehr es aber auch vernünftig und notwendig ist, auf die Grenzen des Wohlfahrtsstaates, auf die Grenzen der Möglichkeiten gesamtgesellschaftlicher Einrichtungen hinzuweisen, so unüberlegt scheint in diesem Zusammenhang die undifferenzierte Forderung nach mehr „privater Initiative", nach mehr „privater Kompetenz". Nachdem in unserem Gesellschaftsbild ohnehin alle Letztverantwortung und alle schwer oder gar nicht gesellschaftlich organisierbaren Aufgaben der Familie zufallen (darüber hinausgehende, tragfähige „private" Konstruktionen gibt es in Wahrheit ja nicht), würde jedes weitere Zurückspielen an Aufgaben in den genannten Bereichen Zerfallserscheinungen im Familiensystem nach sich ziehen, gegen die unsere derzeitige Situation hinsichtlich Scheidungsraten, allein erziehender Elternteile und unvollständiger Familien harmlos erscheinen muß.

Tatsache ist, daß eine Entlastung der Familie ja nur in begrenzter Form und in ganz bestimmten Bereichen eingetreten ist. Dem steht aber eine völlig andere Erwartungshaltung an die Familie gegenüber und dies auf jeder Ebene des Zusammenlebens. Wenn nur ins Kalkül gezogen wird, was in einem in historischer Perspektive sehr kurzem Zeitraum, nämlich in den wenigen Jahrzehnten seit dem 2. Weltkrieg, an Veränderung in unseren Hygiene- und Sauberkeitsansprüchen, in unseren Wohnungsbedürfnissen, in unseren Vorstellungen über Ausbildungsqualität, an kindergerechter Betreuung, Ernährungs-, Freizeitqualität etc. eingetreten ist, dann wird bereits deutlich, daß ein solches Mehr an Lebensqualität insgesamt nicht ohne innerfamiliäre Mehrleistungen erreichbar ist. Tatsächlich bedeutet jede Verbesserung in den genannten Bereichen einen Zuwachs an ganz konkreter Arbeit. Zunächst ganz banal mehr Aufwand an Saubermachen, Kochen, Waschen, Bügeln, Einkaufen, Bevorraten etc. Die rapide Zunahme an Haushaltsgeräten erleichtert zwar die Arbeit in physischer Hinsicht, wie Untersuchungen (vor allem in den USA) aber zeigen, ziehen sie auch unmittelbar wieder noch höhere Standards in den Erwartungen nach sich.

Noch viel intensiver gestaltet sich der Aufwand aber in jenem Bereich, der die Betreuung, Erziehung und Ausbildung der Kinder betrifft. Die gesellschaftliche

Erwartung an die Elternrolle setzt heute ein maximales ideelles Engagement ebenso selbstverständlich voraus wie die rein materielle Fürsorge. Von zumindest einem Elternteil wird heute erwartet, daß über Jahre eine möglichst intensive Betreuung im Kleinkindalter als primäre Aufgabe aufzufassen ist (dies gilt auch für berufstätige Mütter). Eine solche generelle — also alle sozialen Gruppen oder Schichten betreffende — Erwartung ist historisch gesehen eine sehr junge Forderung (Wie ein zeitgenössischer Beobachter Ende des 19. Jahrhunderts einmal zynisch bemerkte, erwartete man von einer Arbeiterin als Mutter lediglich, daß sie ihre Kinder einigermaßen sauber hielt und nicht betteln schickte). Auch die Frage der Ausbildung der Kinder kann heute nicht mehr auf den Schulbesuch oder etwa die Absolvierung einer Lehre reduziert gesehen werden. Da gibt es neben dem berechtigten Schlagwort von den Müttern, als den ,,Hilfslehrern der Nation'' vor allem auch die Tatsache, daß heute die Absolvierung von Schule, Studium oder Lehre allein kaum mehr als ,,umfassende'' Ausbildung gelten können, von den Eltern wird heute durchaus erwartet, daß sie ihren Kindern ,,nebenbei'' zusätzliche Bildungsmöglichkeiten in kultureller, sprachlicher oder sportlicher Hinsicht bieten bis hin zu speziellen Lernkursen, die jene Wissensinhalte vermitteln, die in den Schullehrplänen noch nicht ausreichend abgedeckt sind.

Es läßt sich also historisch eindeutig ein Aufgabenzuwachs der Familie in vielen Bereichen ablesen, der ganz konkret und definierbar ist. Wesentlich schwieriger ist es aber, jenen Belastungsfaktor zu messen, der durch die ebenso irrationalen wie diffusen gesellschaftlichen Erwartungen entsteht, in die die emotionalen und psychohygienische Ressourcen der Familie gesetzt werden. Von der Familie wird erwartet, daß sie gegenläufig zu allen übrigen gesellschaftlichen Bereichen, vor allem der Arbeitswelt ,,funktioniert''. Sie soll sinnstiftend sein und dies umso mehr, je weniger sinnhaft die Erwerbsarbeit erscheint, sie soll sich partnerschaftlich und demokratisch präsentieren und dies umso mehr, je hierarchischer die Struktur in Schule, Arbeitswelt und Öffentlichkeit ist, sie soll solidarisch und im Gegensatz zur sonstigen gesellschaftlichen Realität nicht konkurrenzbestimmt sein, soll Harmonie, Geborgenheit, persönliches Angenommensein, Zuneigung bieten und auch dies umso mehr, je häufiger von der zunehmenden ,,gesellschaftlichen Kälte'' gesprochen wird.

Da es sich nun aber zeigt, daß eine sehr beträchtliche Anzahl von Partnerschaften und Familien Anzeichen von Überforderung zeigen, auseinandergehen, nicht jene universellen ,,natürlichen'' Fähigkeiten aufbringen, die von der Warte einer spezifischen Familienideologie stillschweigend vorausgesetzt werden und offenbar gewaltige Dissonanzen zwischen politischen Lippenbekenntnissen und Sonntagsreden und den realen Befunden bestehen (die Scheidungsziffern sind in Österreich tatsächlich sehr hoch, die Probleme Alleinerziehender sind tatsächlich oft groß, Kinder aus geschiedenen Ehen existieren tatsächlich in großer Zahl und haben tatsächlich oft Probleme), wird heute mit ähnlichen Argumentationen und Rezepten operiert, wie sie auch vor hundert oder zweihundert Jahren vorzufinden waren: So wie früher von der ,,familiären Verwahrlosung'' der Unterschichten gesprochen wurde, die ja zumindest ein gewisses Maß an Selbstverschulden signalisiert, so sind es heute die psychische Verwahrlosung, die Bindungsunfähigkeit, gesellschaftliche Freizügigkeit oder eben Emanzipationsfolgen, die als Begründung dafür herhalten müssen, daß auch zwischenmenschliche Bereiche nicht automatisch funktionieren und daß ein vorgegebenes Leitbild des Zusammenlebens nicht für alle gleichermaßen passen und gleichermaßen erstrebenswert sein kann. Die Probleme, die sich aus der Wertediskrepanz zwischen öffentlichem und privatem Bereich ergeben, die ganz realen Schwierigkeiten, die aus den nicht aufeinander abgestimmten Bedürfnissen von Familie, Arbeitsleben und Wirtschaft entstehen, bleiben aus der Diskussion ausgespart.

Die Tabuisierung der Tatsache, daß es Veränderungen in der Wirtschaft und im Arbeitsleben bedürfte, um die Organisation des Zusammenlebens in der Familie zu erleichtern, daß natürlich jede Verminderung von Sozialleistungen, vor allem der direkten Transferleistungen, gerade in einkommensschwächeren Familien für zusätzlichen Druck auf vielleicht ohnehin schon labile und mühsam ausbalancierte Verhältnisse sorgen wird, reduziert familienpolitische Diskussionen dementsprechend von vornherein auf ideologischen Schlagabtausch. Dementsprechend wenig Spielraum bleibt auch für eine Familienpolitik, die sich mit Vorschlägen über diesen Konsens des Nicht-Thematisierens von offen zutage tretenden Problemen hinauswagt. Es ist auch nicht verwunderlich, daß schon das Benennen von Schwierigkeiten in der heutigen Familiensituation oder ein Eintreten für die Zulässigkeit und gesellschaftliche Berechtigung anderer Lebensformen als Angriff auf die Institution als solche interpretiert wird.

Wenn nun von einigen Seiten eine Verankerung von Ehe und Familie in der Verfassung lanciert oder gefordert wird, so liegt dies zunächst exakt auf jener Linie, die vorher beschrieben wurde. Unterlegt man dieser Forderung die positivst möglichen Motive, nämlich idealistische in dem Sinne, daß die Befürworter Ehe und Familie für die gesellschaftlich einzig ideale Lebensform halten, so ist es im Grunde ein Versuch, eine Situation herbei- und über die Realität hinwegzuschreiben.

Es ist allerdings viel eher zu vermuten, daß hier handfeste gesellschaftspolitische Absichten festgeschrieben werden sollen, der Druck zur Konformität in der individuell-persönlichen Lebensführung vergrößert werden soll. Wahrscheinlich in Reaktion auf die Liberalisierung gesellschaftlicher Auffassungen in allen Fragen des Zusammenlebens, des Ehe- und Familienrechts, aber auch des Jugendwohlfahrtsgesetzes in den letzten Jahrzehnten, soll hier ganz offenkundig einem einzigen Modell des Zusammenlebens ein Absolutheitsanspruch eingeräumt werden, über dessen Berechtigung zuletzt zumindest offener diskutiert werden konnte. Bemerkenswert auch, daß die Forderung nach Verankerung in der Verfassung am vehementesten von genau jenen Gruppen gefordert wird, die ansonsten ,,staatliche'' Einflüsse in allen Bereichen am stärksten zurückgedrängt sehen wollen. Gerade im persönlichsten, unbestritten ,,privatesten'' Bereich sollen dagegen verbindliche Modelle gesellschaftlich dekrediert werden?

Natürlich muß den Befürwortern einer verfassungsmäßigen Verankerung von Ehe und Familie auch bewußt sein, daß dies nur um den Preis einer indirekten (falls hier nur ein ,,Signal'' gesetzt werden soll) oder auch direkten (falls materielle Konsequenzen eintreten sollten) Diskriminierung aller anderen Beziehungs- und Lebensformen geschehen kann. Wobei die zumindest indirekte Diskriminierung keinesfalls nur Erwachsene, sondern vor allem auch Kinder betrifft. Und gerade sie sind schon jetzt diskriminiert genug, wenn etwa in Schullesebüchern nur vollständige Familien vorkommen und keine Kinder aus geschiedenen Ehen oder unverheirateter Mütter existieren, eine Situation, in der sich regional verschieden jedes dritte, vierte oder fünfte Kind befindet.

Es bleibt allerdings die Hoffnung, daß schon allein die Definitionsschwierigkeiten, die bei einer derartigen gesetzlichen Formulierung eintreten müssen, auch viele derzeitigen Befürworter zu einem Abgehen von dieser Forderung bewegt: Denn **die** Ehe und **die** Familie gibt es nicht, der Gesetzgeber müßte sich darüber klar werden, ob damit jeweils auch die Zweit- oder Drittehe gemeint ist, ob unter Familie nur die formal intakte (vielleicht neue, zweite oder dritte gegründete Familie) oder auch die verlassene gemeint wäre. Er müßte sich darüber klar werden, wie eheähnliche Verbindungen (Lebensgemeinschaften) oder familienähnliche Gemeinschaften (hier gibt es verschiedenste mögliche Konstellationen) zu behandeln wären, welchen Status unvollständige Familien (schon per Definition Familien) haben sollen. Wenn sich herausgestellt hat, daß es im Grunde nur zwei logische Möglichkeiten gibt, nämlich entweder nur die formal intakte Ehe oder Familie (unabhängig davon, um die wievielte es sich jeweils handelt und wie sich die Beziehungsqualität tatsächlich darstellt) als solche anzuerkennen oder aber alle Formen des Zusammenlebens gleichberechtigt, so müßte sich die weitere Diskussion eigentlich erübrigen. Und dies ganz besonders im Hinblick auf die Tatsache, daß eine erhebliche Anzahl von Familien auch bei uns sehr konkrete Hilfestellung in sehr konkreten Anliegen braucht.

Gerda Neyer

# DIRIGISTISCHE MASSNAHMEN DES STAATES ZUR FAMILIENFÖRDERUNG UND IHRE FOLGEN[1)]

„Familie'' im heutigen Sinne — gemeinhin verstanden als ,,Einheit'' von Vater, Mutter und unmündigen, unverheirateten Kindern — ist historisch noch relativ jung. Sie entstand erst im Verlaufe jenes gesellschaftlichen Modernisierungsprozesses der letzten 200 bis 250 Jahre, der auf der Entstehung und Ausbreitung industriell-arbeitsteiliger Produktionsverhältnisse beruht. Der mit der Herausbildung dieser (Lohnarbeits-) Verhältnisse einhergehende Wandel der Familienverhältnisse[2)] war begleitet von einem zunehmenden Interesse des Staates an den privaten Beziehungen seiner Untertanen. Über rechtliche Regelungen — von den polizeilichen Zustimmungen zur Eheschließung und dem politischen Ehekonsens über die bürgerliche Rechtsordnung bis hin zur sozialstaatlichen Familiengesetzgebung[3)] — versuchte der Staat, auf die Gestaltung der ,,Privatsphäre'' Einfluß zu nehmen und wirkte solcherart an der allmählichen Durchsetzung der modernen ,,Kernfamilie'' als gesellschaftlicher Norm aktiv mit.[4)]

Aus unserer thematischen, frauenpolitischen Sicht entscheidend erscheint mir nun, daß bei den Versuchen einer staatlichen Regelung von ,,Familie'' diese stets auch als ein Ort verstanden wurde, an dem gesellschaftlich notwendige Arbeiten verrichtet werden oder werden sollten — und zwar all jene Arbeiten, die nicht in ausreichendem Maße über den Markt vermittelt werden können und deren Übernahme der Staat aus Kostengründen ablehnt. Staatliche Maßnahmen zur Gestaltung und Regelung familiärer Beziehungen waren und sind somit stets auch Eingriffe zur Herstellung und Erhaltung arbeitsteiliger Produktionsverhältnisse. In diesem Sinne umschreibt ,,Familienpolitik'' auch die staatlichen Regelungsversuche, wer welche Arbeiten macht und zu welchem Preis.

Die staatlichen Maßnahmen, die den gegenwärtigen gesellschaftlichen Produktionsbedingungen zur Durchsetzung verhalfen, beschränkten sich somit nicht allein darauf, ,,Lohnarbeiter'' in Lohnarbeitsverhältnisse einzugliedern[5)]; sie zielten ebenso — und zielen immer noch — darauf ab, Frauen in ,,Familienarbeitsverhältnisse'' einzugliedern. Je nach Bedarf und gesellschaftlichem Entwicklungsstand umfaßte diese staatlich reglementierte Integration von Frauen in die Familienarbeit neben rechtlichen Regelungen auch repressive Maßnahmen (z. B. Zugangssperren zu Bildung; Berufsverbote für verheiratete Frauen; staatliche Verordnungen über die Entlassung von Frauen in wirtschaftlichen Krisenzeiten), sozialpolitische Gesetze (Mutterschutz- und Karenzurlaubsregelungen) und fiskalische Maßnahmen (u. a. steuerliche Begünstigungen von Familien mit ,,Alleinverdiener''; Verweigerung von Transferzahlungen (Notstandshilfe) an verheiratete Frauen). Der Staat förderte solcherart die Etablierung und Absicherung eines Familienmodells, das auf einer geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung beruht, deren Charakteristikum wohl die Entlohnung der (Berufs-) Arbeit des Mannes und die Unentlohntheit der (Haus- und Kinder-)Arbeit der Frauen ist. Aus dieser Perspektive betrachtet stellt Familienpolitik jedoch Frauenpolitik dar — freilich eine Politik mit Frauen, die sich nicht am Selbstbestimmungsrecht der Frauen, sondern an ihrer Funktionalität und Funktionalisierbarkeit für andere orientiert.

Im folgenden möchte ich am Beispiel der Entwicklung der Mutterschutz- und Karenzurlaubsgesetzgebung in Österreich aufzeigen, wie der Staat sich der Frauen bemächtigt(e), um seine familienpolitischen Interessen — v. a. jene, an einer von Frauen unentgeltlich geleisteten Arbeit — durchzusetzen und zu erhalten. Dreierlei war für die Auswahl dieses Beispiels[6)] ausschlaggebend: Zum einen stellen Mutterschutz und Karenzurlaub Maßnahmen dar, die explizit auf Frauen eingegrenzt sind — eine Ausdehnung auf Männer harrt ihrer Verwirklichung — und die damit die Verschränkung von frauenspezifischer Gesetzgebung mit familienpolitischen Absichten und deren Folgen für Frauen offenlegen; zum anderen zählen die österreichischen Mutterschutz- und Karenzurlaubsregelungen im westeuropäischen Vergleich zu den umfassendsten und die hohe Rate der Inanspruchnahme eines Karenzjahres (95% aller anspruchsberechtigten Mütter) vermittelt den Eindruck einer Interessensallianz zwischen den familienpolitischen Absichten des Staates und den Wünschen der Frauen; zum dritten war die Mutterschutzgesetzgebung eine der ersten Maßnahmen des Staates im Bereich der ,,Familienpolitik'' und einer Politik, die zwischen Lohn- und Familienarbeitsmarkt geschlechtsspezifisch differenzierend zu wirken suchte.

Die Diskussionen um Mutterschutz reichen in Österreich bis in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts zurück, also in eine Zeit, als die überwiegende Mehrzahl der erwerbstätigen Frauen noch in der Landwirtschaft (1880: 76%) und nur ein kleiner Teil in der Industrie (1880: 17%) beschäftigt war.

An den Lebens- und Arbeitsbedingungen dieser Minderheit entzündeten sich ideologische und sozialpolitische Kontroversen. Die prekäre soziale Lage der lohnarbeitenden Frauen — hohe Arbeitsbelastungen, Arbeitszeiten von elf und mehr Stunden am Tag, geringe Entlohnung, gesundheitliche Risken vor allem für Schwangere und Wöchnerinnen —, dies allein war jedoch nicht Anstoß zu den Forderungen nach einem spezifischen Frauen- und Mutterschutz. Vielmehr schien die starke Zunahme der Frauenbeschäftigung in der Industrie auch das soziale und ökonomische Gefüge zu gefährden: Zum einen für das Kleingewerbe, das sich durch den Einsatz von (billigen) Lohnarbeiterinnen in der Industrie in seiner Konkurrenzfähigkeit gegenüber dieser weiter benachteiligt fühlte; zum anderen für den Staat, der die Reproduktion der Gesellschaft durch den Rückgang an Geburten, die Zunahme an Totgeburten und die hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit in Industriegebieten gefährdet sah; und letztlich auch für die bürgerlichen Familienväter und die männlichen Arbeiter, die die Frauen nicht nur als Konkurrenz auf einem wirtschaftlich an Bedeutung gewinnenden (industriellen) Arbeitsmarkt betrachteten, sondern die in der Frauenerwerbstätigkeit auch eine ökonomische und soziale Emanzipation der Frauen — mit Folgen für die eigene (familiäre) Versorgung — witterten.

Bevölkerungspolitische, wirtschaftliche und ,,patriarchale'' Interessen bestimmten somit die ersten Forderungen nach familienpolitischen Maßnahmen, die sowohl von konservativer wie von sozialdemokratischer Seite erhoben wurden[7)].

Aus konservativer Sicht stellten Schutzbestimmungen für Frauen ein Minimalprogramm zur Einschränkung der Frauenerwerbstätigkeit dar. Prinzipiell forderten die Konservativen ein Verbot der Frauenarbeit. Dies sei das wirksamste Mittel, um Frauen ihrem natürlichen Beruf als Hausfrau und Mutter in der Familie zuzuführen[8)]. Die sozialdemokratische Arbeiterbewegung betonte anfänglich die ,,Gleichheit der Entwicklungsmöglichkeiten'' für Frauen und Männer

und forderte daher einen allgemeinen Schutz vor Ausbeutung „ohne Rücksicht auf das Geschlecht"[9]. Allerdings erkannte die Sozialdemokratie bald, daß „ein besonderer Schutz der Frau" langfristig der gesamten Arbeiterschaft zugute kommen und überdies den Frauen die Übernahme ihrer Mutterschafts- und Haushaltsfunktionen erleichtern würde. Politische und private Eigeninteressen der männlichen Arbeiterschaft führten so zu einer Abkehr vom Bekenntnis zur „Gleichberechtigung" und zu einer Instrumentalisierung der Forderungen der Arbeiterinnen nach Recht auf (bezahlte) Arbeit und Schutz von Leben und Gesundheit im Sinne der „Familie".

Die 1884/85 erstmals erlassenen Bestimmungen über einen Mutterschutz tragen dennoch weit eher den Stempel wirtschaftlicher als familienpolitischer Auseinandersetzungen: Lediglich für die im Bergbau, in der Industrie und im Großgewerbe beschäftigten Frauen galt ab dieser Zeit ein generelles Beschäftigungsverbot in den ersten vier Wochen nach der Entbindung; seit 1888 wurde krankenversicherten Arbeitnehmerinnen während dieser Schutzfrist ein Wochengeld in der Höhe von 60—75% des ortsüblichen Lohnes gewährt.

Von konservativer und sozialdemokratischer Seite wurden diese Schutzbestimmungen als unzureichend angesehen und daher eine Erweiterung gefordert, wobei eine zunehmende Konvergenz der ideologischen Positionen zu beobachten ist. Vor allem die sozialdemokratische Arbeiterinnenbewegung ging ab der Jahrhundertwende von den bis dahin von ihr konsequent vertretenen Forderungen nach einer allgemeinen Verbesserung der Lebensbedingungen arbeitender Frauen unter der Devise der „Gleichberechtigung" ab und begann, die „Mutterrolle" der Frau ins Zentrum ihrer Argumentationen zu rücken: „Arbeiterinnenschutz", so wurde argumentiert, „ist nicht Schutz der Frau, er ist vor allem ein Schutz der Mutter". Die Frauen verlangten einen Mutterschutz nur, weil sie wollten, „daß man uns ermögliche, Mütter zu sein"... „das, was wir der Mutter tun, tun wir dem Kinde, und was wir dem Kinde tun, tun wir der gesamten Gesellschaft."[10] Mit diesem Bekenntnis zur Mutterschaft, zum Dienste der Frauen am Kinde im Namen des Allgemeinwohls und der Gesellschaft und mit der Idealisierung der Mütterlichkeit wurde aber der Boden gelegt für eine Entwicklung, die die Frauen langfristig einer Funktionalisierung ihrer Weiblichkeit im Interesse der Familie und der Gesellschaft ausliefern sollte. So begünstigten die Frauen selbst eine Politik, die sich nicht an der Frau „an sich", sondern an ihrer Gebärfähigkeit orientierte und in einer „Familialisierungspolitik" endete.

Die Bestrebungen der Frauen nach einer Erweiterung der Mutterschutzbestimmungen von 1884/85 hatten allerdings keinen Erfolg. Erst die nach 1914 rapid gesunkenen Geburtenraten, die gestiegene Säuglingssterblichkeit, der hohe Anteil an Frühgeburten und die kriegsbedingt hohe Frauenerwerbstätigkeit zwangen den Staat zu Konzessionen: 1917 wurde die Schutzfrist für Wöchnerinnen auf 6 Wochen ausgedehnt und den Krankenkassen das Recht eingeräumt, auch Schwangeren bis zu 4 Wochen vor ihrer Entbindung Wochengeld zu gewähren (Kann-Bestimmung). Für die Endphase des Ersten Weltkriegs blieben diese unter pro-natalistischen Gesichtspunkten erlassenen Maßnahmen allerdings weitgehend bedeutungslos. Dennoch waren sie in ihrer praktischen und ideologischen Ausprägung richtungsweisend für die bis heute gesetzten Maßnahmen.

Mit der Gründung der Ersten Republik konnten die zuvor im außerparlamentarischen Bereich tätigen Frauen erstmals auch ihre Forderungen selbst auf politischer Ebene vertreten. Bereits in der Konstituierenden Nationalratsversammlung 1919 brachte die christlichsoziale Abgeordnete Hildegard Burian einen Antrag auf Ausbau des Mutter- und Säuglingsschutzes ein. Auch die sozialdemokratischen Abgeordneten Adelheid Popp, Emmy Freundlich, Therese Schlesinger u. a. versuchten, eine gesetzliche Verankerung ihrer Forderungen nach erweiterten Mutterschutzbestimmungen zu erwirken. In allen Argumentationen zur Begründung weiterreichender Schutzbestimmungen wurde jedoch die bereits vor dem Kriege eingetretene Richtungsänderung — vom „Frauenschutz" hin zum Mütter-, Kinder- und Familienschutz — beibehalten. Dennoch wurden die Mutterschutzbestimmungen nur geringfügig ausgebaut[11]. Die weitreichendsten Regelungen wurden für Frauen in jenen Bereichen getroffen, die einen starken Zustrom an Arbeitskräften verzeichneten. Der Mutterschutz sollte so indirekt die bereits 1919 an die Arbeitsämter ergangene Instruktion, „dahin zu wirken..., daß von den zahlreichen Frauen, die in der Kriegsindustrie reichlichen Arbeitsverdienst fanden, ein möglichst großer Teil in die Hauswirtschaft zurückkehre"[12] unterstützen. Gerade diese staatlichen Versuche einer Abdrängung von Frauen aus dem Arbeitsmarkt ließ bei den Frauen die ersten Zweifel an den positiven Wirkungen der Mutterschutzgesetzgebung laut werden. 1926 warnte Käthe Leichter ihre Genossinnen, daß die von der Regierung geplanten Reformen zum Mutterschutz eine Verschlechterung der Erwerbssituation der Frauen nach sich ziehen würde. Tatsächlich verzichteten in den Krisenzeiten der 20er und 30er Jahre auch zunehmend mehr Frauen auf die Inanspruchnahme der Mutterschutzleistungen, um nicht ihres Arbeitsplatzes und damit ihrer Existenzsicherung verlustig zu gehen. Trotz dieser Belege über negative Auswirkungen des Mutterschutzes wurden die Forderungen nach einem Ausbau jedoch nicht revidiert. Erweitert wurden die gesetzlichen Regelungen allerdings erst unter völlig anderen politischen Gegebenheiten, nämlich nach dem Anschluß an das nationalsozialistische Deutschland.

Dort wurde — anders als im österreichischen Ständestaat — die politisch-rhetorische Aufwertung von Familie und Mutterschaft auch durch materielle Anreize für Frauen zum Verzicht auf Erwerbstätigkeit, durch sozialhygienische Maßnahmen und durch offene Repression betrieben. Das Regime forderte „Kinder für den Führer", setzte auf Geburtenbeihilfen, Kindertagesheime und Erholungsaktionen für Kinder und Mütter, zeitweilig auf Verbot von Frauenerwerbstätigkeit und generell auf einen umfassenden Schutz der „arischen" Mütter.[13]

Das reichsdeutsche Mutterschutzgesetz trat in Österreich 1940 in Kraft. In seiner 1942 novellierten Form umfaßte es einen Kündigungsschutz für Schwangere, Wochengeld ab der 6. Woche vor der Entbindung, verlängerte Schutzfristen nach Frühgeburten und für stillende Mütter, Mindeststillzeiten bei vollem Lohnausgleich sowie diverse Arbeitsschutzbestimmungen. Außerdem wurde der Kreis der Anspruchsberechtigten deutlich erweitert. Unter den kriegswirtschaftlichen Bedingungen blieben zahlreiche dieser Schutzbestimmungen allerdings wirkungslos und beschränkten sich schließlich auf gesonderte Luftschutzbunker für Mütter und Kinder.

Nach 1945 wurden die aus der NS-Zeit stammenden Mutterschutzbestimmungen in die österreichische Rechtsordnung übernommen. Versuche einer Neukodifizierung des Mutterschutzgesetzes hatten erst 1957 Erfolg. Gänzlich neu an dem damals beschlossenen Gesetz war die Einführung eines 6-monatigen unbezahlten Karenzurlaubs, der 1961 auf ein Jahr (bis zum ersten Geburtstag des Kindes) erweitert wurde. Seit 1961 erhalten Frauen während ihres Karenzjahres auch ein Karenzgeld. Von allen damals im Parlament vertretenen Parteien wurde dieses Gesetz als Teil der Familien- und Bevölkerungspolitik angesehen, das vor allem dem Wohle der Kinder dienen solle. So meinte etwa Grete Rehor (1961), das beschlossene Gesetz stelle für die berufstätigen Mütter „eine bedeutende Verbesserung und Erleichterung für die Erfüllung ihrer mütterlichen Aufgaben und Pflichten" dar. „Natürlich wäre es der Idealfall, wenn die verheiratete Frau und Mutter in die Lage versetzt wäre, auf außerhäuslichen Erwerb zu verzichten". Solange dies jedoch nicht möglich sei, müßte man der Frau die Übernahme ihrer Haushalts- und Mutterpflichten erleichtern. Und Maria Emhart (SPÖ) führte aus, daß das Gesetz „einen wesentlichen Fortschritt auf familienpolitischem Gebiet" darstelle, vor allem da sich „die Mutter in Zukunft ihrem Kinde mehr als bisher widmen" könne[14]. Diese Äußerungen, ebenso wie die Einführung eines (bezahlten) Karenzurlaubs lassen eine für Frauen nicht unbedeutende Richtungsän-

derung erkennen: Zum einen zeigen sie klar, daß die Berufstätigkeit der Frau ihren familiären Aufgaben nachgereiht wird; zum anderen machen sie auch die Absicht klar, der familiären Betreuung des Kindes durch die Mutter Vorrang einzuräumen vor öffentlichen Betreuungseinrichtungen.

Was sich in den 60er Jahren solcherart bereits abzeichnete, wurde durch die Reformen der 70er Jahre noch verstärkt: 1974 wurden nämlich nicht nur die Mutterschutzbestimmungen erweitert (Schutzfrist: 16 Wochen; bei Früh- und Mehrlingsgeburten, seit 1979 auch bei Kaiserschnittgeburten 20 Wochen), sondern auch das Karenzgeld deutlich erhöht und vereinheitlicht. Für alleinstehende Mütter besteht überdies die Möglichkeit, im Anschluß an das Karenzjahr bis zum 3. Geburtstag des Kindes Sonder-Notstandshilfe zu beziehen. Obwohl mit der Verabschiedung dieses Gesetzes arbeitsmarktpolitische Intentionen verfolgt wurden — die Ausschöpfung der weiblichen Arbeitskraftreserve — kam dieser Gesichtspunkt in der Nationalratsdebatte kaum zum Ausdruck. Betont wurde von den Abgeordneten lediglich die familienpolitische Wirkung dieses Gesetzes, die Mütter weit bessser als bisher die Erfüllung ihrer Mutter- und Familienpflichten ermögliche. Von seiten der ÖVP und FPÖ wurden die Maßnahmen sogar als zuwenig weitreichend kritisiert, da sie es Frauen noch nicht in gewünschtem Maße ermögliche, sich der notwendigen Betreuung des Kindes zu widmen. Die Gesellschaft müsse daher dafür sorgen, daß der Mutter der Verbleib beim Kinde ermöglicht werde[15]. Die in diesem Zusammenhang geäußerten Forderungen nach einer Ausdehnung des Karenzurlaubs auf drei Jahre und einer Erleichterung der Teilzeitbeschäftigung für Frauen mit familiären Pflichten sind seither nicht mehr verstummt. Allerdings hat die wirtschaftliche Krise der 80er Jahre auch auf politischer Ebene erkennen lassen, daß die bestehenden Mutterschutzregelungen Frauen in ihren beruflichen Chancen beeinträchtigen und eine ,,frauengerechte'' Familienpolitik auch die reale Lebenssituation von Frauen, mit einer oft lebenslangen Notwendigkeit zur Erwerbstätigkeit, miteinbeziehen sollte.

Welche Auswirkungen hatten die Mutterschutz- und Karenzurlaubsregelungen? Festzuhalten ist, daß sich der Anteil der Frauen, die vor bzw. nach einer Geburt Wochengeld beziehen, seit den 60er Jahren beträchtlich erhöht hat (1962: 37%; 1981 58%). Der Grund dafür liegt nicht allein in den verbesserten rechtlichen Regelungen, sondern auch in der steigenden Erwerbsbeteiligung von Frauen. Erhöht hat sich aber auch die Inanspruchnahme des Karenzurlaubs durch die anspruchsberechtigten Mütter (1962: 73%; 1981: 95%). Neun von zehn Karenzurlauberinnen bezogen 1980/81 das Karenzurlaubsgeld auch im längstmöglichen Ausmaß.

Auffällig war jedoch bereits Anfang der 80er Jahre, daß ein relativ hoher Anteil der Karenzurlauberinnen bereits während ihres Karenzjahres ohne aufrechtes Dienstverhältnis war (12%), wobei insbesondere Arbeiterinnen von Arbeitslosigkeit und während des Karenzjahres auslaufenden Dienstverhältnissen betroffen zu sein scheinen: Nur sechs von zehn Arbeiterinnen verfügten während des Karenzurlaubs über die Sicherheit eines Arbeitsplatzes. Besonders schwierig ist die Situation alleinstehender Mütter, die ja in der Regel auf ein eigenes Einkommen angewiesen sind: 1980/81 waren aber 56% der ledigen Mütter während des Karenzjahres ohne aufrechtes Dienstverhältnis; von den verheirateten Müttern dagegen nur 20%. Verständlich daher, daß die überwiegende Zahl der alleinstehenden, arbeitslosen Mütter nach dem Karenzjahr eine Sonder-Notstandshilfe bezog (79%; unverheiratete Mütter mit aufrechtem Dienstverhältnis: 13%). Fehlende Betreuungseinrichtungen für Kleinkinder scheinen also besonders für alleinstehende Mütter die Notwendigkeit einer sozialstaatlichen Versorgung zu bewirken. Allerdings scheinen Frauen mit Kleinkindern generell vor großen Schwierigkeiten zu stehen, Kinderbetreuung und Erwerbstätigkeit miteinander zu vereinbaren. Denn nur 30% der karenzierten Mütter kehren nach Ablauf ihres Karenzjahres sofort wieder in ihren Beruf zurück; ein weiteres Drittel unterbricht die Erwerbstätigkeit für einen längeren Zeitraum; zwischen 33% und 40% werden voraussichtlich nie wieder erwerbstätig werden. Eines zeigte sich jedoch klar — und dürfte in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen: Die überwiegende Mehrzahl der Berufsrückkehrerinnen (56%) nahm ihre Arbeit aus ökonomischen Gründen wieder auf, sei es, weil sie auf ein eigenes Einkommen nicht verzichten konnten oder wollten oder weil der Familienbetrieb ihre (Mit-)Arbeit erforderte. Ob und wie schnell Frauen nach einem Karenzjahr wieder in den Beruf eintreten, hängt also in erster Linie von den Möglichkeiten einer hinreichenden Existenzsicherung — nicht nur in der Gegenwart, sondern auch für die Zukunft — ab. Und gerade aus dieser Perspektive ist es fraglich, ob die familienpolitischen Zielsetzungen der Mutterschutz- und Karenzurlaubsregelungen im Interesse der Frauen liegen. Denn die auf Frauen alleine beschränkten Gesetze bürden die Lasten familiärer Verpflichtungen einzig auf ihre Schultern. Freilich, angesichts der Situation von Frauen am Arbeitsmarkt — ihrer geringen Entlohnung, den fehlenden Karrieremöglichkeiten und den schlechten Arbeitsbedingungen — mag für viele Frauen ein zeitweiser Ausstieg aus dem Beruf lohnend erscheinen. Vielen bleibt aber keine Wahl: Öffentliche Betreuungseinrichtung für Kleinkinder gibt es kaum; die Organisierung privater Hilfen stellt oft eine Belastung der Frauen dar. Unbestritten ist jedoch, daß für viele Frauen ,,Familie'' heute keine dauernde finanzielle Absicherung mehr bietet und immer mehr Frauen nicht nur berufstätig sein wollen, sondern auch müssen.

**Anmerkungen:**

1) Gekürztes Referat verfaßt für die Tagung ,,Macht der Staat Familie?'', 13, Juni 1987

2) vgl. Referat von B. Bolognese-Leuchtenmüller; ebenso: H. Rosenbaum: Formen der Familie, Frkft. a. M. 1982; M. Mitterauer/Sieder R.: Vom Patriarchat zur Partnerschaft, München 1980.

3) vgl. R. Münz: Familienpolitik gestern — heute — morgen, Salzburg 1984.

4) Zu den staatlichen Mitwirkungen: U. Gerhard, Verhältnisse und Verhinderungen. Frauenarbeit, Familie und Rechte der Frauen im 19. Jahrhundert, Frkft. a. M. 1978; H. Schröder: Die Rechtlosigkeit der Frau im Rechtsstaat, Frkft. a. M. 1979.

5) In der sozialpolitischen Forschung wird die staatliche Mitwirkung an der Durchsetzung arbeitsteiliger Produktionsverhältnisse meist nur unter dem Aspekt ,,Lohnarbeitsintegration'' gesehen, die staatliche Politik zur Integration von Frauen in die Familienarbeit jedoch ausgeblendet.

6) Da Familienpolitik in Österreich kein einheitliches Politikfeld ist und familienpolitische Zielsetzungen in verschiedenen Politikbereichen aufscheinen, kann eine Gesamtschau der familienpolitischen Maßnahmen und ihrer Wirkungen hier nicht geboten werden.

7) Die folgenden Ausführungen basieren auf folgenden Studien: R. Münz/Neyer G./Pelz M.: Frauenarbeit, Karenzurlaub und berufliche Wiedereingliederung. Wien-Linz 1986. G. Neyer: Sozialpolitik von, für und gegen Frauen, ÖZP 1984/4; Münz R./Neyer G.: Mutterschutz und Mutterschutzleistungen in Österreich, in: L. Unterkircher/Wagner I.: Die andere Hälfte der Gesellschaft, Wien 1987.

8) Vogelsang; Internationaler Arbeiterschutzkongreß Zürich 1897; Programm der Christlichsozialen 1896.

9) Leichter, K.: Frauenarbeit und Arbeiterinnenschutz in Österreich. Wien 1927.

10) E. Freundlich: Arbeiterinnenschutz, Wien 1913.

11) vgl. R. Münz/Neyer G. 1987, Anm. 7.

12) A. Lösch: Ausgrenzung von Frauen aus dem Arbeitsmarkt: Maßnahmen gegen Arbeitslosigkeit nach dem Ersten Weltkrieg. Wien 1987 (im Erscheinen).

13) K. Berger: Zwischen Eintopf und Fließband. Frauenarbeit und Frauenbild im Faschismus. Österreich 1938—1945. Wien 1984.

14) Sten. Protokolle des Nationalrats VIII GP, S. 1180ff.

15) Sten. Protokolle des Nationalrats XIII GP, S. 10038ff.

Hans Hafner

# FAMILIENPOLITIK IN DER KOALITION

Diese Tagung steht unter dem Thema „Macht der Staat Familie?" Meine These dazu: Die Familie macht den Staat. Vor allem jene werden zustimmen, die behaupten, daß die finanzielle Förderung der Familie und der Kinder durch den Staat wirkungslos sei.
Die Entscheidungen in der Familie, der Frauen und Männer, stellen den Staat und die Gesellschaft vor neue Probleme. Konkreter: Immer mehr Menschen entscheiden sich, keine Kinder, ein oder zwei Kinder in die Welt zu stellen.
Welche Auswirkungen hat dies nun auf die Wirtschaft, den Staat und die Gesellschaft, im besonderen auf die öffentlichen Haushalte?

## Zur Bevölkerungsentwicklung in Österreich

1963 kamen 9,2 Lebendgeborene auf 100 Frauen im Alter von 15—45 Jahren. 1974 waren es 6,5, im März 1987 5,1. 1963 wurde die Müttergeneration zu 130 Prozent durch die Töchter ersetzt; 1974 zu 90 Prozent, 1985 zu 70 Prozent und 1986 zu 69 Prozent. Bestandserhaltend wären aber 100 Prozent. Mit durchschnittlich 1,45 Geburten je Frau wurde 1986 der bisher niedrigste Wert in Österreich erreicht. 2,1 Geburten je Frau wären notwendig als Ersatz der Elterngeneration.
Etwa Mitte der 60er Jahre erfolgte der Umbruch im generativen Verhalten. Der Wille, Kinder auf die Welt zu bringen, nimmt seit damals rapide ab. Dazu Prof. Feichtinger: „Niemals seit Beginn der Industrialisierung ist es über längere Zeiträume zu derart ausgeprägten Einbrüchen gekommen."
Die Zahl der Lebendgeborenen sank auf Werte, die es vorher nur in der Weltwirtschaftskrise gegeben hatte, ab.
Dieser Geburtenrückgang dauert nun einerseits schon sehr lange, und andererseits erreicht er neue Rekordmarken.
Entscheidend für die gesamte soziale und wirtschaftliche Entwicklung ist der „demographische Alterungsprozeß" oder die zunehmende „Vergreisung" der Bevölkerung. Die Bevölkerungspyramide schrumpft nicht mehr oben, sondern unten.

## Auswirkungen des Geburtenrückganges auf die öffentlichen Haushalte (Staat)

— Bei schrumpfender Bevölkerung werden Steuereinnahmen relativ langsamer wachsen.
— Andererseits steigt generell mit zunehmendem Alter das Einkommen (bis zur Pension); daher kommt es durch die Steuerprogression tendenziell zur Erhöhung der Steuerquote.
— Der Alterungsprozeß der Bevölkerung ändert das globale Spar- und Vorsorgeverhalten.
— Das zunehmende Alter ändert aber auch die Konsumstruktur, insofern also den Erlös aus den Verbrauchssteuern.
— In vielen Gemeinden ist, verstärkt durch die Abwanderung der Jungen, ein drastischer Rückgang der Bevölkerung festzustellen. Die Pro-Kopf-Kosten der kommunalen Einrichtungen steigen.
— Bei Gebäuden und Infrastruktureinrichtungen wurden große Kapazitäten geschaffen, die nur schwer umgewidmet werden können.
Ich möchte nun einige Ausgabenbereiche aufzeigen, bei denen der Geburtenrückgang bereits starke Spuren hinterließ und auch in Zukunft Auswirkungen zu erwarten sind:

## Bildungs- und Erziehungsbereich

Zwischen den Schulen ist ein Kampf um die Schüler entbrannt. Gab es 1970/71 in der Steiermark noch 100.000 Volksschüler, waren es 1986/87 nur mehr 55.000. Trotz der Herabsetzung der Schülerhöchstzahlen in der Klasse kam es zum Lehrer-Überangebot. Der Geburtenrückgang führt zur strukturellen Arbeitslosigkeit. Die hohen Anteile der jüngeren Jahrgänge bei den Lehrern verhindern und erschweren eine Anpassung nach unten. Dazu kommt, daß die Lehrer ein großes Konfliktpotential haben, das durch drohende und reale Arbeitslosigkeit aktualisiert wird (Politikverdrossenheit — Grün-Alternative).
Der zurückgegangene Investitionsbedarf bei den Schulen führt zur Entlastung der öffentlichen Haushalte.

## Gesundheitsbereich / Krankenvorsorge

Eine von unten her schrumpfende Bevölkerung hat mit großen Belastungen zu rechnen.
Nach der Verteilungsstudie des Bundesministeriums für Finanzen betrugen die jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheitsleistungen im Jahre 1983 für

| | |
|---|---|
| Kinder (inkl. Studenten) | S 2.700,— |
| 20—30jährige Berufstätige | S 3.800,— |
| 30—40jährige Berufstätige | S 4.700.— |
| 40—50jährige Berufstätige | S 5.700,— |
| weibliche Pensionisten | S 8.200,— |
| männliche Pensionisten | S 10.800,— |

Pensionisten konsultieren einen Arzt doppelt so oft und beanspruchen ein Krankenhaus fast dreimal so oft wie Berufstätige.
Wenn in Zukunft der medizinisch-technische Fortschritt anhält und mit den Belastungseffekten aufgrund der Altersstrukturverschiebungen in der Bevölkerung kulminiert, kommt es zu einer Kostenexplosion im Gesundheitsbereich, zu Beitragserhöhungen und Leistungsabbau.

## Verkehrsbereich

Bei schrumpfender Bevölkerung werden die Pro-Kopf-Ausgaben für die Erhaltung der Verkehrssysteme (Schiene und Straße) steigen.

## Wohnbaubereich

Die Nachfrage wird von der Entwicklung der Wohnbevölkerung zwischen 15 und 30 Jahren bestimmt. Diese Gruppe stellt den Hauptteil der Bauherren.
Aufgrund des Geburtenrückganges ist selbst bei Erhöhung des Anspruchsniveaus mit wesentlichen Entlastungseffekten zu rechnen. Mittel könnten verstärkt für die Althaus-Sanierung freigemacht werden.

## Arbeitslosenversicherung

Die geburtenstarken Jahrgänge der 50er und frühen 60er Jahre rücken ins erwerbsfähige Alter vor und treffen mit wirtschaftlicher Rezession zusammen. Die Folge davon ist die hohe Jugendarbeitslosigkeit und die Explosion bei den Ausgaben.
1977 betrugen die Ausgaben der Arbeitsmarktverwaltung 4,8 Milliarden Schilling, 1986 24 Milliarden Schilling. Hier ist in Zukunft mit Entlastungen aufgrund des Geburtenrückganges zu rechnen.

## Pensionsversicherung

Trotz demographischer Entlastung — die geburtenschwachen Jahrgänge der Weltwirtschaftskrise kommen in die Altersgruppe über 60 Jahre — stieg die Belastungsquote stetig an:
Auf 1000 Erwerbstätige kommen

| | |
|---|---|
| 1980 | 527 Pensionen |
| 1987 | 601 Pensionen |
| 1991 | 622 Pensionen |

| | Pensionsaufwand | Pflichtbeiträge | Differenz | Abdeckung |
|---|---|---|---|---|
| 1980 | 81 Mrd. | 74 Mrd. | - 7 Mrd. | 91% |
| 1987 | 143 Mrd. | 114 Mrd. | - 29 Mrd. | 80% |
| 1991 | 178 Mrd. | 138 Mrd. | - 40 Mrd. | 78% |

Die Ursachen dafür sind die Ausdehnung der Zahl der Begünstigten, die vermehrten Frühpensionierungen, die steigende Durchschnittspension und die steigende Lebenserwartung (1986: Männer 71 Jahre, Frauen 78 Jahre).
Wirtschaftspublizist Franz Kohlmaier: „Das mögliche Leistungsvolumen nach geltendem Pensionsversicherungsrecht ist 1987 erst zu 60% erreicht."

Die Zahlen für das Jahr 1991 gelten laut Pensionsausschuß-Beirat nur unter den Voraussetzungen einer unveränderten Gesetzeslage, einer jährlichen Steigerung der Pro-Kopf-Einkommen um plus 5% und einer unveränderten Arbeitslosenrate von 5,6—5,7%.
Viele sprechen von einer Atempause, die man für Reformen nützen sollte. Das Bundesministerium für Soziales ist aber besorgt, weil die Zahl der Pensionisten über 70 Jahre von 1970—1987 um 300.000 gestiegen ist, und die Zahl der Pensionisten insgesamt von 1970—1990 um 425.000 zunehmen wird.
Die Experten rechnen in 15 Jahren mit einem Beitragssatz von 37—47%, derzeit liegt er laut ASVG bei 22,7%.
Laut Verteilungsstudie des Bundesministeriums für Finanzen beträgt heute die Deckungsquote bei Arbeitern 65%, bei Angestellten zwischen 40—80% und bei Akademikern 40%.
1987 muß auch davon ausgegangen werden, daß weibliche Frühpensionisten auf 25 Pensionsjahre kommen, ihre männlichen Pendants auf 16 Jahre; Frauen mit Alterspension (60 Jahre) 21 Pensionsjahre, Männer 13 Jahre erreichen.
Durch den Babyboom in den 50/60er Jahren verläuft die demographische Komponente bis zum Jahr 2000 noch relativ günstig — trotz zunehmender Lebenserwartung. Der Geburtenrückgang von heute wird aber ab dem Jahr 2010 dramatisch spürbar werden.
Um die Fiktion, daß ich mit meinen Beiträgen meine Pension sichere, zu berichtigen, einige Worte zum Umlageprinzip: Die Beiträge der heute berufstätigen Generation finanzieren die Pensionen der heutigen Pensionisten. Die Kinder der heute berufstätigen Generation finanzieren deren Pensionen. Mit meinen Kindern sichere ich meine Pension!

## Familienbeihilfen

Aufgrund des rapiden Rückganges der Geburten waren bei allen Leistungen, wo das Kind Anknüpfungspunkt ist, in der Vergangenheit Entlastungen der öffentlichen Haushalte spürbar. Gemessen am BIP gingen die Leistungen für die Familienbeihilfe und die Geburtenbeihilfe von 2,2% im Jahr 1964 auf 1,5% im Jahr 1984 zurück. Der Familienbeihilfe-Beitrag wurde von 6% auf 4,5% abgesenkt, der Pensionsversicherungsbeitrag entsprechend angehoben — aber nicht nur bei den Kinderlosen. So änderte sich bei einem durchschnittlichen Alleinverdiener mit drei Kindern (6—10 Jahre) die Differenz zwischen Sozialversicherungsbeitrag und Lohnsteuer einerseits und der Familienbeihilfe andererseits von im Jahr 1978 plus 300,— S auf minus 600,— S im Jahr 1985. Trotz Geburtenrückgang wurde die Kinderfreundlichkeit bestraft. Eine Gesellschaft aber, die nur Erwerbsarbeit und Pensionisten belohnt, sägt am eigenen Ast.

Der Staat muß Familie machen! Damit Familie wieder den Staat macht.
Die Verfassung weist dem Bund eine bevölkerungspolitische Aufgabe und im besonderen den Familienlastenausgleich zu.
Nach Artikel 10 (1) Ziffer 17 Bundesverfassungsgesetz ist „Bevölkerungspolitik, soweit sie die Gewährung von Kinderbeihilfen und die Schaffung des Lastenausgleichs im Interesse der Familie zum Gegenstand hat", in Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache.
Ziel ist eindeutig ein Lastenausgleich im Interesse der Familie. Haushaltsarbeit und familiäre Kindererziehung haben ein Anrecht auf Chancengleichheit, auf Berücksichtigung ihrer Interessen. Es geht um die Emanzipation der Hausfrauen und der Hausmänner.
Buben sollen daher Hauswirtschaft lernen wie die Mädchen — Männer sollen daher einen Karenzurlaub beanspruchen können wie die Frauen (ab 1988 wird es möglich sein).
Aus Selbsterhaltungsgründen wird der Staat die Entscheidung zur Ehe und zu Kindern nicht weiter diskriminieren dürfen. Eine wirtschaftliche Folgen-Neutralität ist derzeit bei der Entscheidung für verschiedene Lebensformen nicht gegeben. Entweder erhalten alle jungen Mütter das erhöhte Karenzurlaubsgeld und die Sondernotstandshilfe, oder diese Leistungen werden auf tatsächliche Härtefälle eingeschränkt. Wir werden auch mittelfristig um die Leistungen eines Erziehungsgeldes bei einer bestimmten Anzahl von Kindern für die Hausfrau und für den Hausmann nicht herumkommen. Dieser Beitrag zur Emanzipation der Hausfrau bzw. des Hausmannes wird wahrscheinlich nur gelingen, wenn jene erkennen, daß sie sich viel stärker in der Politik engagieren müssen. Kurzfristig muß die Familienbeihilfe bei mehreren Kindern progressiv erhöht werden. Die sozialistische Philosophie: „Jedes Kind ist dem Staat gleich viel wert, bzw., wer Kinder hat, ist selber schuld", hat Schiffbruch erlitten bzw. ist von einer atemberaubenden Kurzsichtigkeit. Die Familienbeihilfe darf nicht nur ein sozialpolitisches, sie muß wieder ein bevölkerungspolitisches Instrument werden.
Und schließlich muß bei der kommenden Steuerreform der Alleinverdiener-Absetzbetrag je Kind kräftig hinaufgesetzt werden. Diese Neuregelung seit 1. 1. 1987 ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. Unsere eigenen Pensionen sichern wir mit unseren Kindern, nicht mit unseren Beiträgen. Der Familienlastenausgleichsfonds muß daher auch in der Pensionsversicherung stärker zum Tragen kommen. Kinder-Erziehungszeiten in der Pensionsversicherung anzurechnen, ist für die Zukunft wichtiger, als Zeiten des Präsenzdienstes oder der Schulausbildung.
Solidarität darf keine Einbahnstraße sein.

Die Pensionsansprüche des Kinderlosen werden durch die Kinder des Nachbarn gesichert. Daher sind den Kindererhaltern die Pensionsversicherungsbeiträge zu ermäßigen oder den Kinderlosen die Pensionsversicherungsbeiträge zu erhöhen.

Schließlich muß die Rücksichtnahme der Berufswelt auf den Familienzyklus rechtlich abgesichert werden. Teilzeit-Arbeitsverhältnisse müssen sozial und arbeitsrechtlich geschützt werden. Die Rückkehr der Frauen ins Berufsleben muß durch Schulungen während der Berufs-Unterbrechung und durch Beihilfen beim Wiedereintritt ins Berufsleben gefördert werden.

Das Jugendwohlfahrtsgesetz ist als nächstes im Familienausschuß zu beraten. Dabei geht es um die Verbesserung der Rechtsstellung der Pflegeeltern (von 10.000 Pflegekindern sind 2.800 in der Steiermark) und um die Verbesserung der Rechtsstellung des außerehelichen Kindes — Gleichstellung im Erbrecht. Wo es notwendig ist, soll die Familie bei der Pflege und Erziehung der Kinder unterstützt werden. Erwartungsgemäß ist bei der Inanspruchnahme von Fürsorgehilfe der Anteil unehelicher Kinder und von Kindern aus geschiedenen Ehen unverhältnismäßig hoch.

Nachdem wir das Wohl des Kindes in Gesetzgebung und Verwaltung hier als wichtigste Zielvorgabe formulieren, erfüllt uns die wachsende Scheidungsrate, aber auch die Zunahme der unehelichen Geburten mit Sorge. 1985 waren 16.600 Kinder von einer Scheidung betroffen, davon 13.500 unter 18 Jahren.

Martin Huber, der große jüdische Philosoph, sagte einmal: „Die Beziehungen der Eltern untereinander beeinflussen die Kinder weit mehr als jede bewußte Erziehung."

Selbstverständlich werden wir eine gewaltfreie Erziehung postulieren. So wie die Freiheit ist aber auch die Gewaltfreiheit unteilbar. Es gibt daher kein absolutes Recht auf das eigene Kind — die außereheliche Mutter sollte daher nur unter bestimmten Voraussetzungen dem Kinde den außerehelichen Vater vorenthalten dürfen — wie es kein absolutes Recht auf den eigenen Bauch gibt.

Die Vergewaltigung muß auch in der Ehe unter Strafandrohung gestellt werden.

Wir haben also eine Fülle von Aufgaben, die wir schon morgen angehen werden. Ich bin überzeugt, die Koalition in Regierung und Parlament wird sie im Interesse einer guten Zukunft meistern.
Gestern abend begegnete ich auf dem Heimgang vom Büro einem jungen Paar und seinem Kind. Die junge Dame schob den Kinderwagen, der junge Herr trug das Baby in den Armen. Ich meine, ein hoffnungsvolles Zeichen.

Karin Heitzlhofer

# ERZIEHUNG INNERHALB UND AUSSERHALB DER FAMILIE

Sehr geehrte Damen und Herren, wenn ich heute hier und jetzt über das Thema „Erziehung innerhalb und außerhalb der Familie" sprechen soll, so geschieht dies nicht ohne große persönliche Betroffenheit. Sie sehen mich hier einerseits als Mutter von zwei Kindern, die sich in diesem Augenblick hoffentlich dank Ihrer Bemühungen und Ihrer Organisation vergnügen und spielen, die aber beide wissen, daß die Mutter für die nächsten zwei Stunden für ihre Sorgen und Nöte nicht zuständig sein kann.

Andererseits nehme ich gerade an einem Geschehen teil, das man gemeinhin als Arbeitswelt bezeichnet. Ich möchte diesen Teil meines Daseins nicht missen, es macht mir — ehrlich gesprochen — Spaß, hier mit Ihnen gemeinsam dieses Thema zu erörtern.

Zwei Welten also, die sich offenbaren? Zu Hause bleiben — oder arbeiten gehen? Oder ist es 1987 vielleicht besser zu sagen: zu Hause arbeiten oder außer Haus arbeiten?

Hinter diesen zwei Welten versteckt sich eine dritte: Wie kann ich diese Sphären miteinander vereinen, wie bringe ich Arbeit und Arbeit unter einen Hut? Wie schaffe ich heimelige Atmosphäre zu Hause und konkurrenzfähige Leistung im Beruf? Wie kann ich mich und die anderen, meist Mann und Kinder, von dieser Spaltung fernhalten und entlasten? Wie kann ich als Frau in einer Person zusammenhalten, was inkompatibel ist, was sich gegeneinander sträubt, die Sphäre der Produktion nach ökonomischen Gesichtspunkten und die Sphäre der Reproduktion, wo unmittelbare Nichtverwendbarkeit von Arbeit vorherrscht, wo im Gegenteil sich Arbeitskraft reproduzieren soll, wo es immer noch gilt, als Frau einfach da zu sein, erreichbar, als ein Atmosphäre schaffendes Etwas.

Was mich als Frau heute plagt — und nun spreche ich wieder von meiner eigenen Betroffenheit — ist nicht die Arbeit an sich, der Aufwand an Leistung und Arbeitskraft, der notwendig ist, um mit den Tätigkeiten zurechtzukommen, vielmehr ist es mein schlechtes Gewissen, das sich dort und da bemerkbar macht. Da widme ich mich zu wenig meinen Kindern, dort zu wenig meinem Partner — oder aber: Du vernachlässigst deine Arbeit, du widmest dich zu wenig deinem Beruf. Schuldgefühle dieser Art belasten das System mehr, als sie ihm helfen könnten, mit diesen Widersprüchen umzugehen.

Woher aber kommen die Schuldgefühle, und welche Möglichkeiten habe ich heute, mit diesen umzugehen?

Im Rahmen des mir gestellten Themas möchte ich von dieser Grundfrage ausgehen und dabei zwei Aspekte besonders berücksichtigen:

— Zu einer historischen Rückblende soll auf die Situation von Frau und Mann, Mutter und Vater als Erziehungsträger ihrer Kinder in unterschiedlichen gesellschaftlichen Strukturen eingegangen werden.

— Unter Berücksichtigung der individuellen Entwicklungsgeschichte von Kindern sollen die Einflüsse der jeweiligen gesellschaftlichen Ordnung auf das Erziehungsgeschehen dargestellt werden.

Zwei Beispiele möchte ich aus der Geschichte herausgreifen, weil ich meine, daß sie für unsere Situation und die Spaltung des Familienlebens in ein Innen und Außen bedeutsam waren: Es sind dies die feudale familiäre Ordnung und das bürgerliche Grundmuster von Familie und Erziehung.

Die Basis der feudalen Hausgemeinschaft war eine wirtschaftlich-ökonomische Zweckgemeinschaft. Gemeinsames Wirtschaften und gemeinsame Sorge um die in dieser Hausgemeinschaft lebenden Personen waren sozusagen der Kitt, der diese „Familie" — die übrigens nicht aus den Eltern und Kindern der Kernfamilie allein, sondern aus einer Reihe von Personen bestand, die nicht zu den eigentlichen Verwandten zählten — zusammenhielt.

Arbeitsplatz und Familie gehörten gewissermaßen zusammen, auch die Verantwortung wurde geteilt. Mann, Frau, Kinder und andere Hausbewohner nahmen unterschiedliche Funktionen wahr. Kinder wuchsen in diesen Arbeits- und Produktionsprozeß hinein, jeder konnte im Rahmen dieser Hausgemeinschaft auch so etwas wie Karriere machen. So beschreibt Karl Renner in seinem Buch „An der Wende zweier Zeiten. Lebenserinnerungen" 1946:

*„Meine Schwester war darin keineswegs eine Ausnahme, höchstens insofern, als sie die Karriere von der Gänse- bis zur Großmagd in fünf Jahren durchlaufen hatte, während sonst meist acht bis zehn und, wenn die Bauersleute geizig waren, auch mehr Jahre vergingen, bis die Braut mit ihrer Aussteuer fertig war."*[1]

Ich möchte jedoch in diesem Zusammenhang nicht sosehr auf die familiären Zwecke eingehen, sondern auf die zwischenmenschlichen Beziehungen, die sich durch eine derartige Form des Zusammenlebens ergaben:

Man war sich gefühlsmäßig nicht so nahe. Die Stellung in der Hausgemeinschaft war bestimmt durch die Funktion, die man innehatte. Man schätzte die Leistungen des anderen hoch, ein Arbeitsgang fügte sich in den anderen, man wußte über die jeweilige Tätigkeit des anderen Bescheid.

Der Hausherr war oberste Instanz, er hatte auch rechtliche Macht. Es gehörte zu seinen Aufgaben, dafür zu sorgen, daß die Gesetze eingehalten wurden.

Das Schicksal der Kinder paßte sich dem System an: Der erstgeborene Sohn übernahm die Funktionen des Hausherrn, alle anderen Kinder lebten sich in den Arbeitsprozeß ein und übernahmen ihre Tätigkeit wie jedes andere Mitglied der Hausgemeinschaft auch. Abgesehen davon lag die durchschnittliche Kinderzahl nicht höher als 2 bis 4 Kinder pro Familie. Kinder- und Säuglingssterblichkeit, das Ableben der Mutter im Wochenbett gehörten noch zur Tagesordnung.

Die Erziehung war nicht so sehr gebunden an eine einzelne Person, was nicht heißt, daß es Mutterliebe und -sorge nicht gegeben hätte. Auch war sie nicht gebunden an das Haus oder eine außerhäusliche Institution. Die Erziehung fand innerhalb des Systems der Hausgemeinschaft statt, und alle dort Lebenden waren daran beteiligt. Kinder erlebten sich nicht so sehr gebunden an eine einzige Person, sondern an eine Gemeinschaft. Sie mußten sich nicht erst mühsam freimachen von einer allzulange festgehaltenen Paarbeziehung (Mutter/Kind), um dann in eine Gruppe oder in eine andere soziale Gemeinschaft hineinwachsen zu können. Gefühle, wie Trennung, Einsamkeit, Widerstand, hatten nicht denselben Nährboden, wie wir ihn in der Zeit des Bürgertums oder auch noch heute erleben. Man war sich gefühlsmäßig fremder.

Im Zuge von Agrarreformen, beginnender Industrialisierung und damit verbundenen gesellschaftlichen Veränderungen wandelte sich das Familienbild:

— Die zur ehemaligen Hausgemeinschaft gehörenden Personen wanderten ab (z. B. als Arbeiter in die Manufakturen). Sie ließen die Kernfamilie zurück. Die Bedingungen für das Zugehörigkeitsgefühl und das Zusammenleben haben sich verändert. Man war plötzlich mehr aufeinander angewiesen. Betriebliches Überleben wurde festgemacht an emotionalen Verpflichtungen gegenüber der Familie. Reste dieser Traditionen finden wir in zahlreichen Dokumentationen und Schilderungen über ländliche Lebensformen (z. B. Innerhofer: Schöne Tage; Turrini: Alpensaga, etc.).

## Das Bürgertum

— Mit einem aus der Aristokratie entlehnten Imago wurde ein Familienbild auf moralischer Basis gezimmert, dessen Ausdruck sich am deutlichsten in den damals üblichen biedermeierlichen Erziehungsmaßnahmen widerspiegelte: „Liebe deine Kinder, aber zeige es ihnen nicht", „Wer sein Kind liebt, der züchtigt es".

Die Aufgabe der Kindererziehung wurde an das Haus gebunden. Das Bürgertum konfrontiert uns auch mit einer Trennung, die es früher nicht gegeben hatte: Das **Drinnen** (Haus, Familie, Frau) und das **Draußen** (Arbeitswelt des Mannes, Amt...)

Die Familie hatte also mit der Arbeit, dem Broterwerb nichts mehr zu tun. Sie wurde vielmehr zum Ort der Erholung, der Entspannung und des häuslichen Friedens. Den Frauen wurde die Verantwortung für die Erhaltung dieses Refugiums übertragen. Mädchen wurden schon von klein auf dazu angehalten, sich in diese Passivität und Bewegungslosigkeit zu fügen, sich in Mäßigung zu üben, um nicht in Versuchung zu geraten, für ihren späteren Ehemann gar zu anstrengend zu sein. Keine Fragen stellen, nicht kreativ und nicht zu gescheit sein wollen.

An dieser Stelle möchte ich einen Fachmann der Pädagogik seiner Zeit zu Wort kommen lassen: Heinrich Joachim Campe schreibt in seinem Werk „Väterlicher Rath für meine Tochter, ein Gegenstück zum Theophron" 1789:

*„Ihr seid wahrscheinlich nicht dazu bestimmt, nur große Kinder, tändelnde Puppen oder gar Furien zu sein; ihr seid vielmehr geschaffen — o vernimm deinen ehrwürdigen Beruf mit dankbarer Freude über die große Würde desselben! — um beglückende Gattinnen, bildende Mütter und weise Vorsteherinnen des inneren Hauswesens zu werden; Gattinnen, die der ganzen zweiten Hälfte des menschlichen Geschlechts, der männlichen, welche die größeren Beschwerden, Sorgen und Mühseligkeiten des Lebens zu tragen hat, durch zärtliche Teilnahme, Liebe, Pflege und Fürsorge das Dasein versüßen sollen; Mütter, welche nicht bloß Kinder gebären, sondern auch die ersten Keime jeder schönen menschlichen Tugend in ihnen pflegen, die ersten Knospen ihrer Seelenfähigkeiten weislich zur Entwicklung fördern sollen; Vorsteherinnen des Hauswesens, welche durch Aufmerksamkeit, Ordnung, Reinlichkeit, Fleiß, Sparsamkeit, wirtschaftliche Kenntnisse und Geschicklichkeiten den Wohlstand, die Ehre, die häusliche Ruhe und Glückseligkeit des erwerbenden Gatten sicherstellen, ihm die Sorgen der Nahrung erleichtern, und sein Haus zu einer Wohnung des Friedens, der Freude und der Glückseligkeit machen sollen."*[2]

Die Familie war der Ort, wo der von der Arbeit geplagte Mann wieder zum Kind werden konnte, sich versorgen, verwöhnen und bedienen ließ, sich den mütterlichen Anteilen seiner Ehefrau unterwarf — nicht jedoch, und da scheint die Kehrseite der Medaille auf, ohne gleichzeitig seinen Anspruch als absolutes Familienoberhaupt geltend zu machen. Damit wurde die Frau ebenfalls in zwei Rollen gedrängt, die sie möglichst unauffällig in sich vereinen sollte: In die Rolle der Tochter, die sich folgsam und brav des Gatten-Vaters Willen unterwarf, und in die Mutter, die ihre unendliche Liebe und Fürsorge über alle walten lassen sollte. Tugend und Ehrenhaftigkeit waren die moralischen Säulen dieses Systems, das sich makellos nach außen präsentieren sollte.

Sexualität, um nur ein Beispiel zu nennen, aber auch Schmuck und Zierrat galten als lasterhaft und sündig. So wurde auch in den meisten Fällen die weibliche Liebe und libidinöse Energie umgelenkt auf Mutterglück und Mutterliebe. Sexuelle Genüsse holte sich der werte Ehemann in anderen Häusern. Die hehre Frau und Mutter sollte von derartigen Wünschen frei sein.

Was bedeutet eine Konzentration von Liebe und Zuneigung seitens der Mutter für die heranwachsenden Kinder, zumal sie diese Liebe den Kindern nicht zeigen durfte, um sie nicht zu verderben?

Diese Frage bringt mich auf den eingangs erwähnten zweiten Aspekt: die Entstehung und Bedeutung von Beziehungen, von den Beziehungen zwischen Mutter und Kind im besonderen.

Unsere ersten Erfahrungen sind an die Person und Mutter gebunden. Es ist wohl die intensive Beziehung, die wir erleben, und sie ist einzigartig. Mutter und Kind sind erste Partner auf dem Weg in ein neues Leben. Sie sind durch die Schwangerschaft schon ein wenig aneinander gewöhnt, sie haben bereits neun Monate miteinander verbracht. Mit der Geburt haben Mutter und Kind ein einschneidendes gemeinsames Erlebnis hinter sich: Sie werden voneinander getrennt. Die Nabelschnur wird durchgeschnitten, Mutter und Kind sind entbunden.

Die Freude über den Beginn dieses neuen Lebens ist geknüpft an das Erlebnis des Verlustes von Wärme, Sicherheit, Geborgenheit — an Trennungsschmerz. Erst durch diesen endgültigen Schnitt, durch diese Abnabelung, kann das Leben beginnen. Es wird nun nicht mehr getragen vom Mutterleib, von dieser umschließenden, gesicherten biologischen und körperlichen Verbindung. Die Verbindung, die jetzt, nach dieser Trennung, hergestellt werden wird müssen, ist eine Beziehung. Viel Liebe und Wärme wird notwendig sein, um dem Kind über diesen Verlust hinwegzuhelfen. Der Beginn dieser Beziehung ist gekennzeichnet durch das Vertrauen, das jetzt zwischen Mutter und Kind entsteht.

In diesem Prozeß des Vertrauenserwerbs kann man — hier orientiere ich mich nach Melanie Klein — verschiedene Phasen unterscheiden: Trennung, Verluste, das wissen wir aus unserer eigenen Alltagserfahrung, werden nicht einfach hingenommen. Meistens reagiert man zunächst mit Wut und Haß gegenüber demjenigen, der uns so enttäuscht hat. Auch bei Kindern kann man annehmen, daß ähnliche Gefühle auftreten, auch wenn diese nicht bewußt gemacht werden können, oder in eine abstrakte Form, wie es etwa die Sprache ist, übersetzt werden. Die Kinder verwünschen ihre Eltern in solchen Augenblicken der Versagung (— man beobachte Kinder beim Spiel, wenn sie beispielsweise stellvertretend für ihre Eltern die Puppenkinder strafen und quälen —), und sie werden in diesem Punkt „enttäuscht", weil ihre Verwünschungen doch nicht in Erfüllung gehen, Eltern ihre Kinder auch dann lieben, wenn diese wütend sind. Es ist eine Erleichterung zu spüren, daß man sich solche Gefühle des Zornes leisten kann, ohne dadurch die Liebe seiner Eltern zu verlieren, es erleichtert das Gewissen, man bleibt nicht in der Einsamkeit der Schuldgefühle gefangen.

Die Erziehungsmaßnahmen des Bürgertums waren darauf ausgerichtet, solche Gefühle nicht zuzulassen. Widerstand und mangelnde Achtung den Eltern gegenüber wurde hart — mit Liebesentzug — geahndet.

*„Ein Kind, das gewohnt ist, seinen Eltern zu gehorchen, wird auch, wenn es frei und sein eigener Herr wird, sich den Gesetzen und Regeln der Vernunft gerne unterwerfen, weil es einmal schon gewöhnt ist, nicht nach seinem Willen zu handeln. Dieser Gehorsam ist so wichtig, daß eigentlich die ganze Erziehung nichts anderes ist als die Erlernung des Gehorsams."*[3]

Was hier vermittelt wird ist Schuld und Gehorsam gegenüber höheren Ordnungen. Das gilt besonders für Frauen, denn ihre erste höhere Ordnung ist der Gatte, ihm gegenüber hat sie gehorsam zu sein, sie fühlte sich schuldig, wenn sie seine Wünsche nicht erfüllen konnte. Sie war es auch, die die gesamte Schuld für alles, was im Hause lief, auf sich nahm; es gehörte zu ihren Aufgaben, die anderen zu entlasten. Aufgrund dieser Erfahrungen aus der Vergangenheit und den auch heute noch immer stattfindenden Kindesmißhandlungen — seien sie nun körperlicher oder seelischer Natur — fordert Alice Miller nicht zu Unrecht, daß es den Kindern endlich erlaubt sein müßte, ihre Gefühle auch Erwachsenen gegenüber zeigen und leben zu dürfen. Was nicht heißen soll, daß Erwachsene alles tolerieren und lieben müssen, was ihre Kinder hervorbringen, etwa im Sinne einer schon einmal dagewesenen antiautoritären Strömung à la Summerhill. Durch diese „Enttäuschung" nämlich, daß kindlicher Zorn und Verwünschungen nicht in Erfüllung gehen, Eltern ihre Kinder auch weiterhin lieben und ihre Bedürfnisse achten, können Kinder Schuldgefühle abbauen und in eine weitere, für ihre psychische Entwicklung notwendige Phase eintreten, die man in der Psychologie als Introjektion bezeichnet. D. h., Kinder erleben ihre Eltern auch als böse, schlimme, nein-sagende Bezugspersonen. In der Phantasie wird der elterliche Zorn auf sich selbst bezogen; sie befürchten, daß auch ihnen das Schicksal zuteil werden könnte, das sie ihren Eltern zukommen lassen. Nur wenn Kinder ihre Eltern als verständnisvolle Partner erleben, werden sie erkennen können, daß diese Befürchtungen nicht eintreten. Elternliebe, Mutterliebe kann in diesem Sinne

auch verstanden werden als ein Eingehen auf die Bedürfnisse der Kinder. Hinter der „guten Mutter", vor allem der guten bürgerlichen Mutter, verstecken sich nicht selten eigene Bedürfnisse, die am und durch das Kind abgestützt werden sollen. So bedeutet einerseits die totale Besetzung des Kindes durch die Mutterliebe eher eine Einengung des kindlichen Entwicklungsraumes. Wir finden dieses Phänomen vor allem dort, wo Mütter keine anderen Lebensinhalte als das Wohl ihrer Kinder finden können.

Die bürgerliche Ordnung hat sicherlich den Rahmen für diese Einengung geschaffen. Die gesamte Erziehung wurde in den Wirkungsbereich des Mütterlichen übertragen. Sie fand im Hause statt. Im bürgerlichen Haushalt war die Aufrechterhaltung des Mutterideals auch möglich.

Werfen wir einen Blick in unsere heutige Situation, so gewinnt man den Eindruck, daß vieles von dem Ideal des Mütterlichen noch in unserer Kultur überlebt hat, das Haus, der gesellschaftliche und ökonomische Rahmen sich jedoch verändert haben.

## Der entleerte Haushalt

Frau Rath anno 1760 hatte einiges zu tun, um den häuslichen Betrieb zu führen. Es blieb ihr kaum Zeit, um sich mit ihren Kindern zu beschäftigen. Dafür wurden familienfremde Personen engagiert: Kindermädchen, Hauslehrer etc. Frau Rath überwachte die Erziehung ihrer Kinder und achtete bestenfalls darauf, daß Hauslehrer und Erzieher sich nach den Grundsätzen bürgerlicher Moral und Tugend verhielten.

Heute: Das Haus ist leer. Es gibt kein Personal mehr, auch keine Aufgabenbereiche des Managements mehr. Vorratswirtschaft ist bestenfalls noch ein Hobby unter dem Aspekt des gesünderen Lebens. Hausarbeit an sich ist öde geworden, teilweise delegiert an die Technik. Mit der zunehmenden Entleerung des Haushaltes zugunsten einer immer perfekteren Funktionalität der Tätigkeitsbereiche hat auch das Hausfrauendasein an Wertigkeit verloren. Vielmehr hat sich durch diese Entwicklung ein Gegensatz aufgetan, in dem die Idee vom schlichten **Dasein** als Lebensentwurf nun dem **entfremdeten Funktionieren** gegenübersteht.

Etwa gleichzeitig boten sich für Frauen immer mehr Möglichkeiten, in die Welt der Männer einzusteigen und sich von dem bürgerlichen Frauendasein zu entfernen. Dazu einige Daten aus der Zeittafel der Diskriminierung der Frau im Bildungswesen (1986):

*1838 existieren 13 weltliche Privatanstalten für Mädchen, in denen meist eine oberflächliche Gesellschaftsbildung vermittelt wurde. (Manche von Ihnen werden sich noch an den Mädchenroman „Der Trotzkopf" erinnern, wo man ausreichende Schilderungen über die Mädchenerziehung dieser Zeit findet).*

*1849 dürfen Frauen an den Universitäten bestimmte, explizit für sie eingerichtete Vorlesungen besuchen (dazu nötig: Erlaubnis des Ministeriums, Erlaubnis der Fakultät und Zustimmungserklärung des Dozenten).*

*1896 dürfen Mädchen an einigen taxativ aufgezählten Knabenmittelschulen die Matura ablegen.*

*1897 werden Frauen an der Philosophischen Fakultät als ordentlicher Hörer zugelassen.*

*1900 werden Frauen zur medizinischen Fakultät zugelassen.*

*1903 gibt es erstmals 3 akademisch gebildete Mittelschullehrerinnen.*

*1924 besuchen 1,8% der Mädchen eines Jahrganges eine Hochschule.* [4]

Unabhängig von jeglichen weiblichen Emanzipationsbestrebungen mußten sich im Proletariat die Frauen (und auch die Kinder) schon sehr bald an der Arbeitswelt der Männer beteiligen. Zwei Verdiener konnten gerade das Nötigste zum gemeinsamen Haushalt beitragen. Oft reichte auch das nicht aus, und die ohnehin schon auf engem Raum zusammenlebende Familie nahm zahlreiche Mitbewohner in ihre Behausung auf, sogenannte Bettgeher. Rose Otte berichtet 1910 über die Lebenssituation von Fabrikarbeiterinnen:

*„Von morgens früh bis abends spät ist sie angespannt (...). Um halb 5 Uhr morgens beginnt ihr Arbeitstag, da muß sie aufstehen, Feuer machen, Kaffee kochen, Fleisch und Gemüse für das Mittagessen vorbereiten und beisetzen, die Betten machen. Um dreiviertel 7 Uhr muß sie mit den Kindern außer Haus. Die Kleinen werden in die Anstalt gebracht. Die Frau geht in die Fabrik, aus der sie um halb 12 Uhr vormittag für anderthalb Stunden heimkommt. Nun wird das Essen gewärmt und verzehrt und dann soviel häusliche Arbeit wie irgend möglich verrichtet (...). Um ein Uhr beginnt wieder die Fabrikarbeit. Nach Schluß derselben von neuem Hausarbeit."*

Kinder wurden also zu sogenannten Pflegerinnen gebracht. In dieser Zeit entstanden auch die ersten Kinderaufbewahrungsstätten, aus denen sich nach und nach die heutigen Kindergärten entwickelten.

Marina Fischer-Kowalski:

*„Seit Beginn des 19. Jahrhunderts wurden vorwiegend im großstädtischen Bereich Kinderaufbewahranstalten für jene Kinder eingerichtet, deren Eltern aufgrund ihrer beruflichen Belastung als Fabrikarbeiter oder -innen nicht für ihre Kinder sorgen konnten. Im Jahre 1871 gab es in ganz Österreich etwa 70 derartige Einrichtungen. Man wollte mit diesen Bewahranstalten dem sittlichen Verderben der Kinder entgegenwirken und die Kindersterblichkeit reduzieren."* [5]

Mit dem Eintritt der Frauen in die Arbeitswelt, sei es nun über den Weg der akademischen Bildung oder über den Weg als Arbeiterin in der Fabrik, beginnt auch die Erziehung der Kinder nach draußen zu wandern. Was bleibt, ist das unangenehme Gefühl bei den Müttern, diese auch gehen zu lassen. Es ist zum Teil eine Angst um den Verlust der aus dem Biedermeier mitgebrachten mütterlichen Verpflichtung des immerwährenden Daseins. Es sind die Schuldgefühle der eigenen Mutter, die man auf seinen Schultern trägt, die im entleerten Haushalt unter der Bürde des Daseins auch schon gelitten hat. Im Sinne unserer weiblichen Tradition nehmen wir auch diese Schuld bereitwillig auf uns und machen den eigenen Egoismus für das Scheitern des Familiensinnes verantwortlich.

In einem funktionierenden Haushalt leben heute Mutter und Kind alleine ohne andere Personen — der Vater arbeitet meist außer Haus. In den ersten drei Jahren dieser Beziehungszweisamkeit, für die man viel Zeit hat, entsteht ein intensives Aufeinander-Angewiesen-sein. Der Resthaushalt bietet keine Ausweichmöglichkeiten für Beziehungsmuster. Wenn es zu ersten Trennungssituationen kommt, beispielsweise beim Eintritt in den Kindergarten, so frage ich mich, wer sich wohl von wem nicht trennen kann.

## Vielleicht ein Ausweg: die Annäherung des Drinnen und Draußen

Viele der geschilderten Entwicklungen, wie zum Beispiel die Emanzipationsbewegung der Frauen, die Reduktion des Haushaltes auf die Kernfamilie Vater, Mutter, 2 Kinder, die Entstehung der Psychologie als neues Wissensgebiet und die damit verbundene Reflexionsarbeit des Hinter-die-Kulissen-Schauens haben dazu beigetragen, die strengen Grenzen des Bürgertums zu verlassen und neue Lebensformen zu versuchen. Die Grenzen des bürgerlichen Haushaltes zu überschreiten heißt aber auch, das Drinnen und das Draußen einander näherzubringen.

Im Öffnen der Familie liegt die Chance der Annäherung der beiden Welten Familie und Arbeit. Öffnen der Familie beginnt bei der Nachbarschaftshilfe. Viele Mütter entschließen sich dazu, bei der Kinderbetreuung zusammenzuarbeiten, sich gegenseitig auszuhelfen. Das Hereinholen der Arbeitswelt in die Familie, und sei es nur über den Weg des gemeinsamen Gespräches, bildet einen weiteren Schritt der Annäherung. Umgekehrt ist es auch möglich geworden, die Familie in die Arbeitswelt hineinzuholen, so wie es hier beispielsweise der Fall ist, wo die Kinder die Möglichkeit haben, die Arbeitswelt ihrer Mütter und Väter kennen und achten zu lernen. Männer und Frauen haben die Möglichkeit, sich von ihren ehemals geradlinigen Lebenskarrieren zu verabschieden. „Patchwork-Karriere" läßt sich kaum mehr umgehen. Chance für eine neue Beweglichkeit?

1) Karl Renner: An der Wende zweier Zeiten. Lebenserinnerungen. Wien 1946.

2) Zit. nach Susanne Zahn: Töchterleben. Dipa-Verlag Frankfurt 1983.

3) Zit. nach Alice Miller: Im Anfang war Erziehung. Suhrkamp Frankfurt/Main 1983.

4) Aus Alois Ecker / Michael Zahradnik: Familie und Schule. Beiträge zur Lehrerfortbildung, Bd. 26, Bundesministerium für Unterricht und Kunst. Bundesverlag, Wien 1986.

5) Marina Fischer-Kowalski / Peter Seidl: Von den Tugenden der Weiblichkeit.

Monika Pelz

# FAMILIE HEUTE

Auch ich möchte darauf hinweisen, welch enormen Wandel Familie, Partnerschaft, insbesondere aber der weibliche Lebenszusammenhang in diesem Jahrhundert erlebten. Hier sind vor allem drei Punkte hervorzuheben:

1. Das Schwergewicht weiblicher Erwerbstätigkeit verlagerte sich von der Landwirtschaft zur Industrie und seit den sechziger Jahren zum Dienstleistungssektor. Das bedeutet für eine Mehrzahl der Frauen **außerhäusliche Erwerbstätigkeit.** Es bedeutet, immer mehr Beschäftigte haben Anspruch auf die bestehenden arbeits- und sozialrechtlichen Regelungen für Unselbständige (Mutterschutz, Karenzurlaub, Sonder-Notstandshilfe, Pflegefreistellungen, Abfertigung, Mindesturlaub). Es bedeutet aber auch Verbesserung weiblicher schulischer und beruflicher Qualifikation, das Vordringen von Frauen z. B. in mittlere Angestelltenpositionen — bis zu einem gewissen Grad eine „Entmarginalisierung" auf dem Arbeitsmarkt.

2. **Verheiratet zu sein und Kinder zu haben, wird zur Norm.** Noch nie zuvor waren in Österreich so viele Leute verheiratet wie Mitte des Jahrhunderts. Zu heiraten, einen Hausstand und eine eigene Familie gründen zu können, war bis an die Schwelle zum 20. Jahrhundert ein soziales Privileg gewesen. Die Ehefähigkeit war an ökonomische Voraussetzungen gebunden: an die Verfügung über Grundbesitz oder Vermögen, an eine Stelle oder eine bestimmte berufliche Existenz. Soziale Normen und administrative Beschränkungen dienten dabei nicht nur der gesellschaftlichen bzw. obrigkeitsstaatlichen Kontrolle des Zugangs zur Ehe; sie hatten auch den Zweck, die legale Familiengründung nur jenen zu erlauben, die sich Kinder ökonomisch leisten konnten. Insbesondere die 50er und 60er Jahre gelten als „goldenes Zeitalter" des Heiratens und Kinderkriegens (Stichwort Baby-Boom). Bei der Volkszählung 1981 hatten 92% der Frauen des Jahrgangs 1940 geheiratet. Das ist der höchste Wert, den eine Generation von Österreichern je erreichte. Nach 1963 kommt es wieder zu einem Sinken der Heirats- und Geburtenraten. Während das Miteinander dreier Generationen in der Familie die Ausnahme wird, setzen sich in der Nachkriegszeit neue Familienformen durch: die Lebensgemeinschaft (der Prozentsatz junger Frauen, die bei der VZ 1981 angaben, mit einem Lebensgefährten im gemeinsamen Haushalt zu leben, hat sich gegenüber 1971 verdreifacht und machte bei den 20- bis 25jährigen bereits ein Siebentel aller zusammenlebenden Paare aus). Eine sich ebenfalls rasch verbreitende Lebensform ist der „Single-Haushalt".

3. **Die Reduktion der Kinderzahl.** Während die durchschnittliche Kinderzahl bei den zwischen 1921 und 1925 Geborenen bei 2,06 Kindern lag und die zwischen 1936 und 1940 geborenen Frauen im Schnitt sogar 2,33 Kinder zur Welt brachten (Baby Boom), hat 1984 die Fruchtbarkeitsrate mit 1,52 Kindern pro Frau den niedrigsten Wert nach 1945 erreicht. Familienplanung und Geburtenbeschränkung ist durch die Verwendung von Kontrazeptiva der breiten Allgemeinheit möglich geworden und wird — das darf nicht vergessen werden — korrespondiert von einer Reduktion der Säuglings- und Kindersterblichkeit.

Diese drei Phänomene sind nicht isoliert zu sehen.

Die Gründe für ein verstärktes Eindringen von Frauen in qualifizierte Tätigkeitsfelder liegen u. a. in den spezifischen ökonomischen und arbeitsmarktpolitischen Rahmenbedingungen der 60er und 70er Jahre. Die in dieser Zeit enorm expandierenden Dienstleistungsbranchen, insbesondere Öffentliche Verwaltung und Gesundheitswesen, Banken und Versicherungen, der Handel, aber auch einzelne Industriezweige (Elektro-, Nahrungs- und Genußmittel, Chemie) hatten einen stark gesteigerten Bedarf an Fachpersonal, den sie nicht mehr nur durch Rekrutierung von männlichen Fachkräften decken konnten. Maßnahmen der Wirtschaft und der Arbeitsmarktverwaltung zur Wiedereingliederung von Berufsrückkehrerinnen hatten einen gewissen Ermutigungseffekt, last but not least hat die internationale Frauenbewegung zum Kampf um Gleichberechtigung auf dem Arbeitsmarkt und am Arbeitsplatz geführt. Berufstätigkeit von Frauen und auch von Müttern wurde von der Ausnahme zur Regel. Mit steigender Qualifikation oder beruflichem Engagement wird die Zahl der gewünschten Kinder reduziert.

Auf der anderen Seite hat erst die Möglichkeit der Geburtenbeschränkung und Familienplanung eine höhere Qualifizierung von Frauen auf breiter Ebene ökonomisch sinnvoll gemacht. Denn die Zeit der Kinderbetreuung kann dadurch auf eine Phase im weiblichen Lebenszusammenhang beschränkt werden. Die Geburten der Kinder konzentrieren sich heute faktisch auf die ersten sechs Ehejahre, die Betreuung der Kinder ist noch etwa weitere zehn Jahre erforderlich. Die Mutterrolle ist — zumindest als Hauptrolle — zeitlich beschränkt. Frauen haben mehr Zeit, sich einem Beruf zu widmen. Die weibliche Normalbiographie verläuft heute folgendermaßen: Schule — Berufsausbildung — Heirat — Berufstätigkeit — Kind(er) und Abbruch oder Unterbrechung der Berufstätigkeit — Berufsrückkehr.

Für die Entscheidung zu Ehe und Familie hat sich also seit 1945 ein neues Muster herausgebildet: Es wird früher geheiratet, vielfach noch ehe das Geld für die Hausstandsgründung beisammen ist. Daher bleibt die junge Ehefrau auch nach der Heirat im Beruf, um die Hauseinrichtung, die Eigentumswohnung, den Hausbau mitzufinanzieren (ihre Arbeit ersetzt quasi die frühere „Ausstattung"). Die Eheschließung ist üblicherweise kein Anlaß mehr, an Berufsabbruch zu denken, erst die Geburt des ersten oder zweiten Kindes. Bei zwei Kindern ist es gesellschaftlich anerkannt, „zuhause" zu bleiben, während die gesellschaftliche Anerkennung der kinderlosen „Nur-Hausfrau" sinkt. Mit 35—40 Jahren ist die primäre Funktion der Mütter erfüllt. Ein neuer Lebensinhalt wird gesucht.

## Ideale, Normen, Rollenkonflikte

Wie wird nun diese idealtypische weibliche Lebensform von den Frauen subjektiv erfahren?

Berufsausbildung und Berufstätigkeit wird von heutigen jungen Frauen als selbstverständlich angesehen. Als ebenso selbstverständlich jedoch Ehe — zumindest Partnerschaft — und Kinder, also Familiengründung. Die Glückserwartungen, die sich mit einer Familie verbinden, sind womöglich noch stärker geworden. Daß Familie keine auf Besitz gegründete Lebensform mehr darstellt (außer bei bäuerlichen und gewerbetreibenden Haushalten), hat bekanntlich zu ihrer „Intimisierung", zu einer emotionellen Aufladung von Ehe und Mutterschaft geführt.

Die beiden Lebensperspektiven Beruf und Familiengründung konkurrieren, ja divergieren, das wird schon von jungen Mädchen erkannt; also sollen diese Lebenspläne durch einen phasenhaften Ablauf koordiniert werden. Einer Phase der Freiheit und des Lebensgenusses (erstes eigenes Einkommen — Reisen — Freundschaften) folgen Ehe und Familiengründung als Gewinn von Status und Sicherheit. Antizipiert werden zugleich Opfer und Verzicht, nämlich auf eine eigene Berufskarriere und finanzielle Autonomie. Ist eine spätere Berufsrückkehr geplant, dann, um zum Haushaltseinkommen beizutragen und um der sozialen Kontakte am Arbeitsplatz oder um der Selbstbestätigung willen; der berufliche Aufstieg wird realistischerweise ausgeblendet. Frauen in der beruflichen Sackgasse sind normal. Ihr Schlüsselstatus ist die Position des Ehemannes.

In den von uns durchgeführten Interviews wurde immer wieder zum Ausdruck gebracht, daß eine Orientierung an der „Normalbiographie", die Verzicht und Abhängigkeit bedeutet, unhinterfragt und selbstverständlich vollzogen wurde. Etwaige Alternativen, wie Ehe- und Kinderlosigkeit oder eigene Karriere unter Verzichtleistungen des Partners, wurden und werden als „abnormal" angesehen. Eine harmonische Familie wird als die eigentliche weibliche Leistung betrachtet und der Beruf immer wieder gegen Familienpflichten abgewogen. Dieses Ideal von Ehe- und Mutterglück ist oft gegen die eigenen realen Erfahrungen (z. B. mit der Elternfamilie) konzipiert.

Dieser „Utopie des Glücks" durch Unterstützung des Ehemannes und eigene Zurücknahme, wie sie von den jungen Frauen antizipiert wird, steht im Rückblick oft eine Bilanz der Frustration und Enttäuschung gegenüber. Die Normen der idealen Biographie wurden erfüllt: Ein bis zwei Kinder sind da, der Partner ist beruflich erfolgreich, die Wohnung ist eingerichtet, das eigene Haus gebaut. Das Glück ist ausgeblieben.

Ältere Frauen orientieren sich nach Erfahrungen von Krisen und Scheitern allmählich an männlichen Lebenszielen — sie wollen produktbezogene Leistungen erbringen, die bezahlt und sozial anerkannt werden, sie wollen sich „beweisen", sich Freiräume verschaffen. Noch schwieriger wird diese Perspektivenänderung oder -erweiterung dadurch, daß weibliche Lebensideale nun nicht völlig durch männliche ersetzt werden, sondern beide nebeneinander bestehen bleiben. Die Fähigkeit zur Beziehungsarbeit, zur Kommunikation soll nicht aufgegeben werden; Einfühlungsvermögen nicht gegen Egozentrik eingetauscht, Emotionalität und Spontaneität nicht gegen Rigidität und Formalismus.

Dieser Wunsch nach männlichen Fähigkeiten und Lebenschancen muß nicht am Ende einer Persönlichkeitsentwicklung stehen, sondern kann sich auch als Sachzwang ergeben.

Ein beträchtlicher Teil der berufstätigen Frauen sind zugleich Familienerhalterinnen. Derzeit werden etwa drei von zehn seit Beginn der Achtzigerjahre geschlossenen Ehen wieder geschieden, für die Zukunft ist mit einer noch höheren Scheidungsrate zu rechnen. Ob geschieden, ob verwitwet, ob ledig geblieben, 1981 gab es in Österreich 226.000 Frauen, die mit Kind(ern), aber ohne Partner lebten, dies sind 15,9% aller Frauen mit Kindern.

Aus diesen Zahlen wird ersichtlich, daß die „Normalbiographie" zwar ein verinnerlichtes Ideal ist, aber nicht die Regel. Eine 1981 durchgeführte Untersuchung 40- bis 60jähriger Frauen ergab, daß nur ⅔ der Fälle dem traditionellen normativen Ideal der Familiengründung entsprachen.

Für die sogenannte „Teilfamilie" — also ein Elternteil mit Kind(ern), meist Mütter und Kinder, ist aber die Gefahr der Marginalisierung und Verarmung groß. Wir wissen, daß das Phänomen der „neuen Armut" vor allem die alleinstehenden Mütter trifft; deren Zahl von Sozialhilfeempfängerinnen in Wien verdoppelt sich pro Jahr. Dies bedeutet aber soziale Isolation und verringerte Lebenschancen auch für die Kinder, mit aller Wahrscheinlichkeit Vererbung der Armut und mangelnde Qualifikation. Und die Zahl der unvollständigen Familien wächst.

Der enorme Anstieg mütterlicher Erwerbstätiger verdankt sich jedoch nicht nur den alleinstehenden Frauen. Der Anteil der verheirateten Mütter an allen Berufstätigen in Österreich hat sich schon während der Sechzigerjahre fast verdoppelt. Auch hier die Diskrepanz zwischen Ideal und Realität. Die „Alternative Haushalt", die Antizipation der Vorläufigkeit der Berufstätigkeit, findet dann in der Realität oft keine Entsprechung, da das weibliche Erwerbseinkommen unabdingbar ist — sei es, um die Höherqualifikation der Kinder zu gewährleisten, sei es, um den Ausfall des männlichen Erwerbseinkommens zu kompensieren — um nur zwei Möglichkeiten zu nennen. Das heißt aber, die Ideale und Erwartungen der Frauen spielen für ihre geringere Berufsorientierung eine größere Rolle als die tatsächlichen Unterbrechungen.

Auch für die verheirateten Frauen wird es zunehmend notwendig, zum Familieneinkommen beizutragen. Bei der Angabe von Motiven für ihre Berufstätigkeit gaben 1983 doppelt soviel Frauen wie 1977 (nämlich 63%) materielle Motive an. Deutlich wurde der Zusammenhang weiblicher Erwerbstätigkeit mit dem Verdienst des Mannes: In der untersten Kategorie der Männereinkommen (unter 7.500 S netto) verdienen zwei von drei Ehefrauen; in der obersten Stufe (über 19.000 S netto) dagegen nur eine von drei Frauen (Mikrozensus 1983).

Trotz sozial- und arbeitsmarktpolitisch motivierter Bestrebungen, die Frauen „zurück an den Herd" zu verbannen und traditionelle Familienformen zu revitalisieren — also: größere Kinderzahl, Nicht-Berufstätigkeit der Ehefrau, Einbeziehung möglichst vieler Familienmitglieder (Alten- und Krankenbetreuung), zeigen die Entwicklungstrends in eine andere Richtung. Dieser Trend zur Kleinfamilie verheißt **für die Frauen:**

— ökonomische Unabhängigkeit, berufliche Selbstverwirklichung, außerfamiliäre soziale Kontakte; Selbstbestimmung von Anzahl und Zeitpunkt der Geburten;

**für Mann und Frau:**

— Anspruch auf Beziehungsqualität und sexuelle Erfüllung

— Anspruch an Freizeit und Konsum;

**für die Kinder:**

— hohe Investitionen in Sozialisationsleistungen und Ausbildung.

Betrachten wir jedoch dieses Familienmodell — die „Two Career Family" der Yuppies: Frau und Mann sind beruflich erfolgreich, die Probleme der Kinderbetreuung sind gelöst, Familien- und Berufsanforderungen sind dank einer gewissen Partnerschaftlichkeit und zeitlichen Autonomie im Beruf (z. B. bei leitenden Angestellten und Universitätspersonal), vor allem aber dank finanzieller Mittel möglich — so sehen wir auch hier ein hohes Maß an Disziplin und Verzichtsleistung einerseits (hier Verzicht auf Muße und Spontaneität), andererseits oft die Inanspruchnahme bezahlter Frauenarbeit (Haushalt und Kinderbetreuung). Auch aus diesem Modell wird ersichtlich, daß die Familie durch die Anforderungen des Staates an sie — Produktivität, Reproduktionsleistungen — Sozialisation und Therapie — erheblich belastet ist, als ob diese staatstragenden Leistungen allein ihr Privatvergnügen wären.

Diese Belastungen treffen in der Familie vor allem die Frauen und Mütter. So ist z. B. heute eine höhere Qualifikation erforderlich, um beruflich zu reüssieren; die Selektion ist quasi aus der Berufswelt in die Schulausbildung vorverlegt. Verantwortung für die Schulerfolge der Kinder aber trägt in erster Linie die Mutter. Sie sieht sich in der Funktion der Hilfslehrerin, deren Kind zurückbleibt, wenn sie nicht mit ihm übt, es abfrägt oder für Nachhilfen sorgt.

Belastungen der Arbeitswelt oder der Umwelt führen zu erhöhtem Rekreationsbedürfnis in der sogenannten Freizeit — auch seine Erfüllung ist Aufgabe der Frauen und Mütter.

Viele Folgen der gegenwärtigen Arbeitslosigkeit — materielle Deprivation, psychische Desintegration und Verlust des Selbstwertgefühls des Arbeitslosen sollen in der Familie aufgefangen werden — vor allem durch die Partnerin und Mutter.

Aber auch der beruflich erfolgreiche Mann braucht die Frau, die ihm die Hemden für die Geschäftsreisen bügelt, die Sozialkontakte organisiert, Sekretärinnen- oder Buchhalterarbeiten verrichtet und „repräsentiert".

Auf der anderen Seite ist die Existenz einer Frau, die diese traditionellen Unterstützungsleistungen erbringt, durchaus nicht gesichert — abgesehen davon, daß ihre Leistungen sozial nicht anerkannt werden — zumindest nicht in dem Maß wie die Berufsarbeit. Der Wertabfall zwischen Berufs- und Hausarbeit wächst. Typisch ist das Zerrbild der sogenannten „Grünen Witwe": Isoliert, zurückgeblieben, hysterisch, zuwendungsbedürftig, schlimmstenfalls drogensüchtig.

Jene Frauen, die zwar im Beruf bleiben, die Berufsanforderungen jedoch den Familienanforderungen von Anfang an untergeordnet haben, erfahren die Ungerechtigkeit der Arbeitsmarktsegmentierung, der Schlechterbezahlung, der fehlenden institutionellen Kinderbetreuungsmöglichkeiten; sie erleben, daß alle Schwierigkeiten der Kinder ihnen als berufstätigen Müttern angelastet werden. Die freiwillige Arbeitsteilung in der Part-

nerschaft gestaltet sich zum Nachteil für sie.

## Arbeitsteilung

Die für die Frau gravierendste Krise der Partnerschaft kommt meist mit dem ersten Kind. Ein Drittel aller Scheidungen erfolgt in den ersten fünf Ehejahren, davon die meisten im ersten und zweiten Ehejahr. (Diese Krise im weiblichen Lebenszusammenhang findet ihre Entsprechung nur beim männlichen sogenannten Pensionsschock.)

In dieser Zeit sind die Frauen in ihrer Bewegungsfreiheit beschränkt, physisch und psychisch belastet; kehren sie nicht gleich nach dem Karenzurlaub wieder an ihren Arbeitsplatz zurück, so riskieren sie ihre Qualifikation und finanzielle Autonomie. In vielen Fällen kommt es auch zur emotionalen Krise zwischen den Partnern — Eifersucht und Entfremdung, Störung der Kommunikation und Sexualität. Vor allem aber können sich die ehelichen Machtverhältnisse verschieben, die häusliche Arbeitsteilung sich ändern. Auf der einen Seite wird der Machtfaktor „Kind" ausgespielt, auf der anderen Seite der Machtfaktor „Familienernährer".

Hat bis dahin noch Partnerschaftlichkeit in der Beziehung geherrscht — zwei junge Leute verdienen etwa gleich viel, haben in etwa die gleiche Berufsposition, d.h. verfügen über die gleichen Ressourcen — so hat sich das mit der Geburt des Kindes, mit der Berufsunterbrechung der Frau geändert. Hausarbeit wird ihre „Sache", da sie den ganzen Tag zuhause ist, Kinderbetreuung ist sowieso ihre Domäne. Die Frau wird „domestiziert". Umgekehrt fühlt der männliche Partner nun vermehrte Verantwortung, nimmt Berufschancen vermehrt wahr: Weiterbildung, Überstunden, Prämien, Reisen. Rollen, die angelegt sind, bilden sich nun ausgeprägt heraus. Wir haben Frauen interviewt, die in zähen innerfamiliären Kämpfen versuchen, das verlorene Terrain wiederzugewinnen: das Recht auf außerhäusliche Berufstätigkeit, auf Teilung der Hausarbeit, auf Entlastung von der Alleinverantwortung für die Betreuung der Kinder.

Insgesamt geben 20% der österreichischen verheirateten Frauen Mithilfe ihrer Männer im Haushalt an; 54% der Väter kümmern sich um ihre Kinder. Dies allerdings recht selektiv. Die attraktiven Bereiche — Spielen, Sport, Veranstaltungen — werden bevorzugt.

Wir haben Frauen interviewt, die diese Rollen- und Arbeitsteilung zur Ideologie machten, die am „Monopol" der Hausarbeit und Kindererziehung festhalten, um sich die Alternative Haushalt zu sichern.

Andere schieben Autonomie und Selbstverwirklichung auf, bis die Kinder „aus dem Gröbsten heraus" sind.

Wir haben auch mit jungen Frauen gesprochen, die keine Kinder in die Welt setzen wollen, weil sie die damit verbundene Selbstaufgabe und Abhängigkeit scheuen. Sie wissen, die Gesellschaft nimmt ihnen von ihrer Belastung und Verantwortung nichts ab. Jene Vergesellschaftung der Reproduktion, die zu Beginn des Jahrhunderts propagiert wurde, ist heute längst kein Wunschbild mehr. Stattdessen wird vom „privaten Kern" gesprochen, der für die Qualität der Reproduktion unverzichtbar ist. Dieser „private Kern" ist aber heute praktisch synonym mit der Leistung von Müttern und Frauen.

## Das geplante Familienglück

Kinder sind heute nicht mehr wie in traditionellen agrarischen und auch proletarischen Lebenszusammenhängen eine ökonomische Ressource. Die Anzahl der gewünschten und zur Welt gebrachten Kinder ist gesunken. Es ist möglich, ihre Zahl und den Abstand zwischen den Geburten einigermaßen zu planen. Eine Errungenschaft, die von allen befragten Frauen grundsätzlich begrüßt wurde. Die autobiographischen Berichte älterer Frauen sprechen davon, wie belastend die lebenslange Möglichkeit ungewollter Schwangerschaft für sie war.

Auf der anderen Seite zeigten unsere Interviews auch die Kehrseite der Planung. Je größer das Vertrauen in die Machbarkeit von Glück, umso höher ist die Erwartung an das Wunschkind. In das Mutterglück wurden oft noch höhere Erwartungen gesetzt als in das Eheglück. Das eigene Kind scheint eine Symbiose, eine dauerhafte zärtliche Bindung noch sicherer zu gewährleisten als der Partner. Solch hohe Erwartungen werden zwangsläufig oft enttäuscht — die Folgen des Kindes für Ehe und Alltag sind unterschätzt worden.

Die Möglichkeiten institutioneller Kinderbetreuung sind — regional unterschiedlich — in Österreich nicht zufriedenstellend. Und trotz einer Flut von medialen und professionellen Ratgebern zeigen die Aussagen junger Mütter oft eine tiefe Ratlosigkeit darüber, was in der Betreuung oder Erziehung ihrer Kinder richtig sei oder falsch. Es verkümmert die lebendige Tradition, der inter- oder intrafamiliäre Informationsaustausch. Abgesehen davon, daß es für heutige Mütter und Eltern Probleme mit den Kindern gibt, die sich der Generation vorher nicht in diesem Ausmaß stellten. Stichworte: Umweltbelastung, Verkehr, Drogen.

Ebenfalls ein einigermaßen neues Problem für fortschrittliche Mütter ist die Erziehung ihrer Söhne zu Partnerschaftlichkeit.

## Machtkampf oder Dynamik der Beziehung

Eine ähnliche Ratlosigkeit herrscht aber nicht nur bei der Beziehung zu den Kindern, sondern auch in der Beziehung zum Partner.

Als Leitvorstellung hat die „Partnerschaft" zwischen Mann und Frau das patriarchalische Familienmodell weitgehend abgelöst. Dieser neuen Leitvorstellung trägt seit der Mitte der 70er Jahre auch das reformierte Familienrecht Rechnung. An die Stelle einer geschlechtsspezifisch begriffenen Zuständigkeit der Ehefrau und Mutter für die Bereiche „Haushalt" und „Kinderbetreuung" ist die freie Vereinbarung der Ehepartner über die Teilung von Erwerb, Hausarbeit und Kinderbetreuung getreten. Das bedeutet: Die Ehepaare können zuhause Formen partnerschaftlicher Arbeitsteilung verwirklichen, sie können aber auch an traditionellen Formen festhalten. Es fehlen allerdings generelle und verbindliche Kriterien und Normvorstellungen für die empfohlene „Partnerschaft". In der Praxis bedeutet das: Jedes Paar muß sich sein eigenes Arrangement ausarbeiten. Es bedeutet individuelles Aushandeln der Arbeitsteilung, Austragen von Konflikten, ein Ins-Spiel-Bringen der jeweiligen Ressourcen.

Klarerweise haben es Partner mit mehr Ressourcen leichter, den Alltag, das Zusammenleben nach ihren Präferenzen zu gestalten, i.e. Macht auszuüben. Das können familiäre und soziale Ressourcen sein (Herkunft, Bildung), in erster Linie ist es jedoch das Einkommen, die Verfügung über materielle Mittel.

In einer Untersuchung arbeitsloser Familien in England in der Zwischenkriegszeit konnte während eines Zeitraums von acht Jahren verfolgt werden, wie der Status des Ehemannes durch seine Arbeitslosigkeit kontinuierlich sank. Seine Machtposition in der Familie ging auf die Frau oder einen heranwachsenden Sohn über.

Eine andere Folge der Koppelung von innerfamiliärer Macht und Erwerbseinkommen ist die Angst mancher Ehemänner, wenn ihre Frau nach familiärer Unterbrechung wieder eine Berufstätigkeit anstrebt. Es ist nicht nur der Verlust gewisser Dienstleistungen im Haushalt, der gefürchtet wird, sondern auch der Verlust der prestigeträchtigen, ja identitätsstiftenden Familienerhalterrolle.

Dieses Ressourcenmodell, das so schlüssig klingt, ist dennoch noch keine ausreichende Erklärung innerfamiliärer Machtverteilung. Tatsächlich sind die Männer von vornherein traditionell privilegiert. Eine Frau muß zusätzliche Macht aus externen Quellen beziehen (Geld, Beruf, Familie), um einen Ausgleich ihrer geschlechtsbedingten Benachteiligung zu schaffen. Sie muß besser ausgebildet, besser verdienend, mit besserem familiären Rückhalt ausgestattet sein. Wir haben auch Frauen befragt, die angaben, trotz mehr Ressourcen sich gegenüber ihrem Partner nicht durchsetzen zu können oder zu wollen. Trennung ist die Folge.

Zum Ressourcenmodell kommen nämlich noch internalisierte Rollen, das Ideal von Harmonie, die Ideologie vom stärkeren, bewunderungswürdigen Mann, zu dem die Partnerin aufschauen kann.

Ein Indiz dafür, daß diese Ideologie sehr effektiv ist, ist unter anderem das Fak-

tum, daß, je höher die schulische und berufliche Qualifikation einer Frau in Österreich ist, desto größer die Wahrscheinlichkeit, daß sie ledig bleibt, während es bei den Männern eher die Hilfsarbeiter sind, die „überbleiben".

Zu den lebendigen Ideologien gehört auch jene von der „Arbeit aus Liebe", all die Verschönerungen des Alltags: Das gepflegte Heim, das gute Essen, Handarbeiten, Basteln und Organisieren. Natürlich erwartet die Ehefrau und Mutter für ihre Bemühungen auch ihrerseits Liebe und Anerkennung, erhält sie sie nicht, so werden die Bemühungen oft noch verstärkt, oder Schuldgefühle tauchen auf. Frauenzeitschriften und Werbemedien zeigen laufend, wie frau es besser machen kann.

So prägen sich die unterschiedlichen Dispositionen und Fähigkeiten aus, zu denen Frauen und Männer erzogen werden: Anpassung und Beziehungsarbeit auf der einen, Durchsetzungsvermögen und Leistungsbezogenheit auf der anderen Seite. Autostereotyp und Heterostereotyp fallen zusammen. Auch der Ehemann erwartet von seiner Partnerin, daß sie zuhause eine Atmosphäre der Ruhe und des Ausgleichs schafft.

Ähnliches gilt für den beruflichen Alltag, in dem das sogenannte „weibliche Arbeitsvermögen" oft als unbezahlte Fähigkeit ins Berufsbild eingeht. Man denke an die Sekretärin, an die Telefonistin, an die Stewardess.

## Beruf und Familie

Wenn man in Erwägung zieht, daß nicht nur das weibliche Arbeitsvermögen, das sich Zurücknehmen bis zur Negation, die Empathie, die Monotonieresistenz und Freundlichkeit vom Arbeitgeber genutzt wird, sondern daß auch der weibliche Lebenszusammenhang sozusagen einbezogen, d.h., aber ausgenützt wird — weibliche Ausbildungsgänge und Berufe also schon auf Fristigkeit und geringes Einkommen ausgerichtet sind, so wird klar, daß Familie und Beruf komplementär zueinander zu begreifen sind, aufeinander bezogen und voneinander abhängig, wobei die Berufsanforderungen die private Welt immer mehr dominieren. Ja, derzeit hat es den Anschein, als wäre nicht eine Humanisierung der Arbeitswelt in Gang, wie es noch Anfang der Siebzigerjahre möglich erschien, sondern eine weitestgehende Instrumentalisierung der Familie.

Schon bei der Schulausbildung läßt sich von einer Dominanz der Erwerbsbiographie sprechen; Streß und Leistungsdruck übertragen sich auf den Familienalltag. Frauen und Mütter unterstützen und fördern ihre Gatten und Kinder (nicht zuletzt, indem sie sie von häuslichen Aufgaben entlasten); sie helfen mit, deren Humankapital zu bilden oder zu erhöhen, während sie das eigene verlieren. Selbstverständlich führt dieser Druck durch die Berufswelt auch bei Männern und Kindern zu Defiziten: Männer verlernen, mit ihrer Familie umzugehen (das Schlagwort von der „vaterlosen Gesellschaft" bezieht sich nicht nur auf geschiedene oder gestorbene Väter, sondern auch auf jene, die beruflich zu sehr in Anspruch genommen sind, um sich an der Erziehung der Kinder zu beteiligen). Jugendliche, die in der Schule oder in der Ausbildung versagen, die den Einstieg in den Beruf nicht schaffen, erfahren, daß ihre Eltern nicht sie lieben, sondern die Projektion ihrer eigenen Wünsche und Lebenspläne. Leistung, symbolisiert durch eigenes Einkommen, ist es, was für Eltern zählt, nicht — sagen wir: tänzerische Begabung oder Tierliebe.

Das Fehlen eines Berufes — z.B. durch Arbeitslosigkeit — zeigt am krassesten die Verwobenheit von Erwerbsarbeit und Familienalltag. Nicht ein Mehr an freier Zeit ist die Folge, sondern, wie inzwischen allgemein bekannt, ein Verlust an Zeit. Antriebslosigkeit bis zur Apathie, psychosomatische Störungen und Desintegration sind die Folgen.

## Die Universalien der guten Familienbeziehung

Zuletzt will ich noch auf die Voraussetzungen der guten Ehen eingehen, die es ja gibt und die auch unter den Befragten existierten. Als zentral für die gute Partnerschaft und auch für die Beziehung zwischen Eltern und Kindern gilt die Kommunikation, das Erzählen und Zuhören können. Das Interesse am Dialog.

Dazu gehört auch die gemeinsame Konstruktion der Wirklichkeit — also die Übereinstimmung in den Interpretationen der Umwelt und des täglichen Erlebens, aber auch gemeinsame Symbole und Lebensziele.

Kommunikationsverlust und das Fehlen von Gemeinsamkeiten scheint für Männer weniger oft ein Trennungsgrund zu sein als für Frauen — ich rede hier aber von der guten Ehe und nicht von der instrumentellen Beziehung, die natürlich auch ein Leben lang halten kann.

Wichtig bei Krisen erscheint auch die Fähigkeit zum Ausgleich; das aber erfordert Kenntnis des anderen, Anteilnahme und Einfühlungsvermögen. Während junge Menschen oft ein idealistisch-statisches Bild von der Ehebeziehung haben, zeigt die Familiensoziologie und jene, die über ihre eigene gute Ehe berichten, ein eher dynamisches Bild: Stabile Ehe- und Familienbeziehungen sind alles andere als starr; sie beinhalten die Fähigkeit, sich auf wechselnde Situationen und Rollenanforderungen einzustellen und auch eine Wandlung in der Einstellung zum Partner zu verkraften, z.B. die Wandlung von kritikloser Bewunderung der Anfangszeit zu realistischer Sichtweise, von missionarischem Änderungswillen zu Respekt und Toleranz.

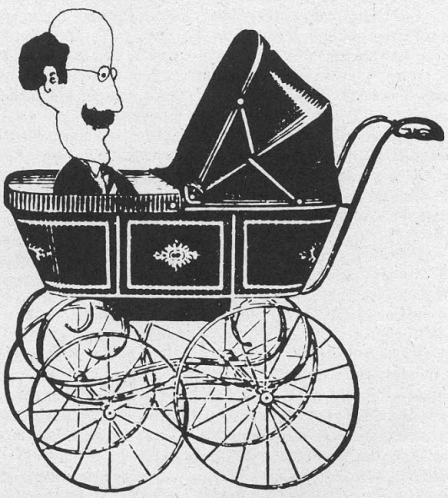
Alles in allem wird heute angenommen: Weder die patriarchalische, noch die völlig partnerschaftliche Beziehung sind allein seligmachend, sondern jenes Arrangement, mit dem beide leben können. Nicht eine bestimmte Rollenauffassung, sondern jene, in der man übereinstimmt, ist praktikabel. Nicht die Normalbiographie ist der Glücksgarant, sondern die Intensität und Aufrichtigkeit der Beziehung, nicht die Vollkommenheit des Partners, sondern die Kommunikation — oder das Verstehen — auch in der Sexualität.

---

Grundlage dieser Ausführungen sind etwa zweihundert qualitative Interviews, die im Rahmen folgender Untersuchungsprojekte ausgewertet wurden:

Rainer Münz, Gerda Neyer, Monika Pelz: Frauenarbeit, Karenzurlaub und berufliche Wiedereingliederung, Wien 1983—1984; Peter Findel, Rainer Münz, Monika Pelz: Frauenbericht 1985 der Österreichischen Bundesregierung, Bd. 1: Weibliche Lebensformen; Rainer Münz, Monika Pelz: Die subjektive Seite der Arbeitslosigkeit, Wien 1985—1986.





# POLITIKERSTIMMEN

Beiträge der eingeladenen Politikerinnen zu folgenden Fragen: Gibt es eine Krise der Familie? Verankerung der Familie in der Verfassung? Ist der Lebensraum der Familie gesichert?

## Margit Frick-Uray (FPÖ)

In der Gesellschaft und damit auch in den Familien hat eine gewaltige Veränderung stattgefunden. „Wir Freiheitlichen bejahen die Ehe und die Familie und geben ihnen den Vorzug vor allen möglichen individuellen Formen des Zusammenlebens. Wir wenden uns aber gegen eine Diskriminierung anderer, freigewählter Formen des Zusammenlebens im allgemeinen Rahmen unserer gesetzlichen Ordnung."
(Zitat aus dem Programm der FPÖ)
Ich bin stolz auf den sehr weitgefaßten Familienbegriff, für den ich bei der Ausarbeitung des Programms heftig gekämpft habe. Auf die provokante Frage, ob das heißen soll, daß auch zwei Homosexuelle, die ein Kind aufziehen, als Familie gelten, war meine Antwort: „Warum nicht, wenn sie einem Kind Liebe und Geborgenheit geben." Wenn man „Familie" so eng faßt, daß Familie nur ist, wer mit Trauschein zusammenlebt, geht man an der Realität vorbei, dann besteht eine Krise der Familie. Wenn man den Familienbegriff aber weiter auslegt, dann trifft das nicht zu, denn junge Menschen streben nach wie vor nach harmonischen Partnerschaften.
Die drei Hauptgründe, warum traditionelle Ehen auseinandergehen, sind:
1. Die Emanzipation der Frau, mit der vor allem der männliche Teil der Gesellschaft nicht fertig wird; ganz wesentlicher Grund, daß das Familiengefüge, das auf dem Patriarchat aufbaut, wackelt.
2. Die hohen Erwartungen, die in den Partner und die Parnterschaft gesetzt werden. Früher war die Ehe zum Teil eine Zweck- und Gütergemeinschaft, heute ist sie eine Partnerschaft, von der sich die jungen Menschen alles Glück dieser Erde erwarten.
3. Die Unfähigkeit, Probleme zu lösen und miteinander zu sprechen.
In der Frage der Verankerung der Familie in der Verfassung sprechen sich die FPÖ-Frauen dagegen aus, da dies rein deklaratorischen Charakter hat und den Familien nichts bringt. Umweltschutz steht auch in der Verfassung, deshalb stirbt kein Baum weniger. Durch nichtssagende Allgemeinplätze werden bei den Menschen Hoffnungen erweckt, ohne daß konkrete Maßnahmen für die Familien dadurch abzuleiten sind.
Was nun die Sicherung des Lebensraumes der Familie anlangt, trifft natürlich die Arbeitsmarktsituation die Familien ganz besonders, doch stimmt es nicht, wie vielfach behauptet wird, daß kinderreiche Familien am stärksten armutsgefährdet sind. Es sind vor allem die Alleinerzieher, die dieser Gefahr ausgesetzt sind. Das ist die Gruppe, die am meisten Hilfe braucht, die in ihrer Existenz bedroht ist (Arbeitsmarktsituation, finanzielle Situation, Wohnungssituation).

## Eleonore Hödl (SPÖ)

Familie als eine Form des partnerschaftlichen Zusammenlebens und ihre Aufgabenstellung — Erziehung der Kinder, gegenseitige Anteilnahme sowie Schutz der Familienmitglieder — ist unbestritten. Der Staat macht nicht Familie. Er hat die Aufgabe, die ökonomischen und sozialen Voraussetzungen für die Entfaltung der Familie zu schaffen. Dazu gehört natürlich die Wohnungs-, Gesundheits-, Sozial- und Schulpolitik.
Grundsätzlich ist der Staat aber verpflichtet, alle Menschen und alle Kinder in gleichem Maße zu fördern, also auch jene, die in Teilfamilien leben bzw. Alleinerzieher sind, aus welchen Gründen auch immer. Diese brauchen sogar eine kräftigere Unterstützung, da sie meistens zu jenen zählen, die an oder unter der Armutsgrenze leben und es hinsichtlich der Kindererziehung schwerer haben als eine verheiratete Mutter.
Die Sinnhaftigkeit der Verankerung von Ehe und Familie in der Verfassung ziehe ich in Zweifel, weil ich mir schwer vorstellen kann, daß man eine Formulierung finden wird, die nicht die Alleinerzieher und Teilfamilien diskriminiert. Der beabsichtigte Vorteil, nämlich die Aufwertung der Familie, bringt der Bevölkerung wenig. Viel wichtiger wäre es, sich mit den wahren Problemen der Familienpolitik auseinanderzusetzen und mehr familienergänzende Einrichtungen, z.B. Ganztagesschulen, ganztägige Kindergärten etc. einzurichten.
Es ist genug, wenn der Mensch in der Verfassung hinsichtlich seiner Grundrechte verankert ist. Durch die Verfassung sollten nur Grundrechte geschützt und nicht ideologische Werte verankert werden.
Seitens des Staates wurden vor allem in den 70er Jahren zur Förderung der Familien legistische Maßnahmen und Erweiterung der familienergänzenden Einrichtungen vorgenommen — das neue Familienrecht 1976, das neue Kindschaftsrecht 1978. Damit wurde der Grundsatz der Partnerschaft sowie die Gleichberechtigung von Mutter und Vater im Familienrecht verankert. Dazu kommen noch verschiedene Sozialgesetze, wie das Unterhaltsvorschußgesetz, erweiterter Mutterschutz, Karenzurlaubsgeld, Sondernotstandshilfe und mehr. Um diese familienfördernden Gesetze beneiden uns die Schweiz, Deutschland und andere europäische Staaten.
Es gibt aber immer noch viel zu wenig Kinderkrippen, ganztägige Kindergärten sowie Ganztagesschulen.
Ehe und Familie sind an sich unbestritten, aber die Inhalte und Vorstellungen darüber sind heute andere als früher. Die patriarchalische Familie befindet sich heute in der Krise. Die Emanzipation der Frau und die damit verbundene Bewußtseinsänderung hat sicher dazu beigetragen, daß die traditionelle Familienstruktur nicht mehr akzeptiert wird (Frau, Haushalt, Kind zur Mutter, Mann macht Karriere). Frauen sind heute nicht mehr bereit, die Doppelbelastung ohne weiteres auf sich zu nehmen und sich hinsichtlich ihrer Rechte innerhalb der Familie beschneiden zu lassen. Sie wollen nicht abhängig vom Mann sein und eine partnerschaftliche Ehe führen. Ist dies nicht möglich, sind sie lieber allein mit ihren Kindern. Auch wollen sie, daß der Vater seinen Pflichten gegenüber den Kindern nachkommt (Ende der vaterlosen Gesellschaft).
Nun zur Hausarbeit. Trotz aller Bemühungen und ihrer Gleichstellung mit einer außerhäuslichen beruflichen Tätigkeit im ABGB ist es nicht gelungen, sie attraktiver und ansprechender zu machen. Nach wie vor wird von den Familienmitgliedern nur das Resultat (warmes Essen, saubere Wäsche) gesehen und nicht die dahinterstehende mühevolle Arbeit.
Ich kenne wenige, eigentlich gar niemanden, der sein ganzes Leben lang nur Hausarbeit geleistet und darin seine volle Erfüllung gefunden hat. Hausarbeit ist leider eine unbedankte, in unserer Gesellschaft kaum anerkannte und auch unbezahlte Arbeit, d.h. ohne Entgelt, wenngleich die Frau Unterhaltsanspruch an den Gatten hat.
Ich finde es daher besser, wenn beide Elternteile berufstätig sind, aber eine kürzere Arbeitszeit haben — vor allem, wenn die Kinder noch im Kleinkindalter sind. Vater und Mutter sollten für ihr Kind in gleichem Maße Bezugsperson sein.
Ich bin überzeugt, daß Ehe und Familie, wenn sie partnerschaftlich geführt und die unbezahlte Hausarbeit von den anderen Familienmitgliedern, vom Vater wie auch von den Kindern mitgetragen wird, sehr wohl Zukunft hat.

## Gundi Kammlander (VGÖ/AL)

Die Ehe ist, ihrer gesellschaftlichen Entstehung nach, in erster Linie eine wirtschaftliche Institution. Die Liebesheirat — die Ehe als „Erfüllung" aller unserer emotionalen, erotischen und seelischen Sehnsüchte — ist ganze 100 Jahre alt. An den Partner werden Anforderungen gestellt, die man an Engel zu stellen pflegt: Totales emotionales, intellektuelles, erotisches Verständnis, totale Selbstaufgabe — bei gleichzeitig totaler Selbsterfül-

lung. Ehen brechen gerade daran, daß soviel von ihnen erwartet wird.

Die künftige gesellschaftliche Bewertung der Institution Ehe sollte in erster Linie auf das Wohl der Kinder abgestellt sein. Kinder brauchen stabile Beziehungen, zu denen Vater und Mutter gehören, und ein positives emotionales Klima. Das klassisch konservative Familienbild wird weder in den Hirnen der Menschen noch in der Realität mehr „gespielt". Die Bereitschaft zu heiraten ist drastisch gesunken. Seit 1964 sinken die Geburtenzahlen.

Die Hauptgefahr der geplanten Verfassungsgarantie von Ehe und Familie liegt in der, über das bereits bestehende Ausmaß hinausgehenden Diskriminierung der existierenden nicht-familiären Lebensformen (zu denen noch unverheiratete Mütter und Homosexuelle zu rechnen sind). Versuche nach verstärkter Gleichstellung von Lebensgefährten mit den Ehepartnern werden in weite Ferne rücken. Spartendenzen im Sozialbereich könnten darauf hinweisen, daß die Familie stärker als soziales Netz herangezogen werden soll, um staatliche Gelder einzusparen.

Das ausschließliche Abstellen auf die „Kleinfamilie" überfordert dieses Modell und führt oft zum Scheitern dieser „Zu-klein-Familie".

Eine inhaltliche Vorgabe für das gesellschaftliche Zusammenleben entspricht nicht dem neuen Verfassungsverständnis, nach dem Regeln zur Meinungs- und Entscheidungsfindung der zur Rechtserzeugung berufenen Organe aufgestellt, nicht aber Entscheidungen zur materiellen Ordnung der Gesellschaft festgelegt bzw. vorweggenommen werden sollen.

Durch eine Programmnorm „Ehe und Familie" in der Verfassung wird eine Förderung menschenfreundlicher Lebensformen nicht erreicht werden.

Ehe und Familie müssen und sollen nicht nur durch den Staat, sondern auch vor dem Staat geschützt werden. Menschen dürfen nicht deswegen benachteiligt werden, weil sie nach der Verfassung nicht verheiratet sind. Daß der Staat Ehe und Familie zu schützen verspricht, bedeutet auch, daß es ihm gleichgültig zu sein hat, ob ein Paar verheiratet ist oder nicht. Von einem bürokratischen Staatsakt darf kein Anspruch auf Verinnerlichung ausgehen. Der Rechtsschutz hat sich also nicht an der Ehe zu orientieren, sondern er hat nach dem Bedürfnis des sozial schwächeren Teils zu fragen (sogenannte Sozialstaatsprinzip).

Es geht aber nicht nur darum, Lebensformen, die in der sozialen Wirklichkeit vorzufinden sind, auf gerechtere und richtigere Weise in die Gesetzesordnung einzugliedern, sondern vielmehr darum, daß unsere Gesellschaft, wenn sie in der Begrenztheit ihrer Hilfsmittel und in der Bedrohtheit ihrer Umwelt auf humane Weise überleben will, solidarisches Handeln erlernen oder sich einüben muß in die 4 K's: Kooperation, Kommunikation, Kritik, Kreativität. Gefordert sind nicht nur alternative Organisationsformen, sondern alternatives Denken. Wenn man als alternative Eheschließungsform den notariellen Vertrag zuließe und zugleich dieser Form Gestaltungsfreiheit über die Ehewirkungen einräumte, kann dem traditionellen Eheschluß die überhöhende Feierlichkeit genommen und der Charakter einer freiwilligen Übereinkunft der Partner verdeutlicht werden.

Wenn private Lebensformen an Isolationismus kranken und problematisch werden, weil sie die Partner allein auf sich selbst verweisen, dann liegt der Kern dieser sozialen Krankheit nicht in diesen Lebensformen selbst, sondern in ihrer Beziehung zur Gesamtgesellschaft. Die Krise der Ehe ist eine gesellschaftliche Krise, keine private. Sie entsteht nicht aus der Ehe selbst, sondern daraus, daß die Gesellschaft die Ehepartner ohne Alternativen auf die Ehe allein verweist und ihnen jede andere gesellschaftliche Aktivität als nutzlose Zeitverschwendung erscheinen läßt. Die Ehe braucht nicht Eherechtsreform, sondern Gesellschaftsreform.

## Hermine Pußwald (ÖVP)

Familien können nicht gemacht werden, sie finden sich selbst, wollen aber gestaltet und gelebt werden.

Der Staat kann unterstützende Rahmenbedingungen bieten, in finanzieller Hinsicht (steuerliche Begünstigungen, Familienbeihilfe, Einkommen junger Arbeitnehmer), in organisatorischer Natur (Arbeitszeiten und Möglichkeiten der Eltern an Familiensituationen anpassen versuchen, familienbegleitende Kinderbetreuung) und im geistigen Bereich (kinderfreundliche Umwelt — Spiel- und Bewegungsräume, Großmut gegenüber kindlichen Fehlern und Unzulänglichkeiten, familienfreundliche Umwelt — öffentliche Verkehrsmittel).

Die Familie ist noch immer für viele junge Leute ein erstrebenswertes Ziel mit einem heilen Umfeld in privater, sehr persönlicher Umgebung.

Die Erwartungen sind jedoch vielfach zu hoch, sodaß die Anforderungen der Partner nicht erreicht werden können. Trennung, Scheidung, Kindes- und Gattenmißhandlung sind Folgen dieser überhöhten Forderungen, vor allem in den ersten Ehejahren und nach dem Großwerden der Kinder.

Informationen über die Gestaltung, die Zusammenhänge und über auftretende Schwierigkeiten und deren mögliche Bewältigung müßten für alle jungen Leute besonders forciert werden können.

Die Familie ist ein dynamisches Gebilde, ständig in Veränderung und aus einem ganzheitlichen System gelöst. Die Arbeits-, die Freizeit- und die „Drinnen-Welt" der Familie werden säuberlich voneinander getrennt. Die Familien- oder „Drinnenwelt" soll aber alle Anforderungen der „Außenwelt" abdecken. Auf sich alleingestellt ist die Familie meist zum Scheitern verurteilt. Wir brauchen familienbegleitende Instrumente, die Hilfen in den Beziehungen anbieten (Familienberatungsstellen, Frauenhäuser, kirchliche und soziale Institutionen).

Vielen Paaren und Familien ist die Problematik ihrer Situation nicht bewußt, können öffentliche Hilfsstellen nicht annehmen, weil die bewußte Auseinandersetzung nicht möglich ist.

In unserer kühlen und nüchternen Welt mit den kündbaren Beziehungen müßte Treue neu bewertet werden. Treue ist nicht auf Sexualität begrenzt oder auf das Tragen von Lasten in Form von Durchhalten, sondern ein ständiges Bemühen, füreinander anziehend zu bleiben. Dies schließt Dynamik mit ein. Das bietet die Chance der gelebten Partnerschaft, die für die Partner untereinander, aber auch für Eltern und Kinder Grundvoraussetzung für familiäres Leben ist. Es ist dies ein Einlassen aufeinander, ein Hinhören und Reden miteinander und ein Geben und Nehmen voneinander. Keiner ist mehr, jeder ist gleich wichtig! Diese Einstellung ermöglicht auch ein besseres Lösen von Konflikten. Wenn ich davon ausgehe, wieviele persönliche Belastungen und Mühen durchgehalten werden müssen, um im Berufsleben bestehen zu können, so meine ich, daß Leute auch großes Interesse an ihrer Persönlichkeitsentwicklung in Bezug auf Partnerschaft, Konfliktlösung und -bewältigung und Kindererziehung haben müßten. Familienbegleitende Maßnahmen könnten und sollten als Servicestellen durchaus vom Staat getragen bzw. von der öffentlichen Hand angeboten werden.

# satiricum

## von Bernd Schmidt

### Selbstbehalt mit Vorbehalt oder Wie krank ist die Gesundheit?

Die Diskussion ist, wie man zu sagen pflegt, wieder einmal in vollem Gange. Und dieser volle Gang erinnert an den Korridor in der Krankenkasse, vor dem Zimmer des Chefarztes; denn der, der Gang, ist auch immer so voll. Voll von Bittstellern. Denn der Mensch — egal, ob gesund oder krank — ist nun im Staatsgefüge in allererster Linie Bittsteller. Es heißt ja auch Staats-Gefüge; er füge sich gefälligst.

Nun ist man, zugegebenermaßen, immer dann Bittsteller, wenn man etwas umsonst oder zu günstigen Konditionen haben möchte, wenn man, anders ausgedrückt, vorstellig wird, um eine Gnade (von oben!) zu erheischen.

Schön. Doch bitte, wer ohnedies bezahlt hat für die Segnungen der Medizin, warum eigentlich wird dem dann der Weg an die Quellen der Hilfereichung zum Weg der Qualen umfunktioniert? Vorbei an formularträchtigen Abwimmlern, dem Unterwelthund Cerberus aus der griechischen Mythe nicht unähnlich?

Der Mensch scheint wieder einmal weniger krank zu sein als das ihn umgebende System. Ich weiß, auch das System hat sich nicht selbst gezeugt und geboren; es ist letztlich ein von Menschen geschaffenes. Wenn diese Menschen vermutlich auch Beamte waren. Also etwas außergewöhnliche Vertreter der Sippe.

Da schleppt sich also „der“ kranke Jedermann, auf seine Krücke gestützt, sprich: im Bewußtsein, das Seine für die Allgemeinheit geleistet, also gezahlt zu haben, da schleppt sich dieses Bündel Unglück nun hilfesuchend durch die bürokratischen Gänge; und erfährt zu schlechter Letzt, daß ihm a) nicht (oder nur geringfügig) geholfen werden könne, b) er ohnedies selber in die eigene Tasche zu langen habe. Summa summarum — Gesundheit ist teuer.

*

Es gibt in der Demokratie die Gleichheit. Das soll heißen: Alle sind vor dem Gesetz gleichwertig. Vor dem Gesetz, wohlgemerkt. Denn, so scheint es zumindest, ist das Gesetz erst in Anwendung, treten Dynamiken in Kraft, die das eben Gesagte ins Licht des Unglaubwürdigen zu tauchen imstande sind. So wie es im Wartesaal gar manchen Arztes ein Türchen gibt, durch das besonders wichtige Patienten eben rascher als die anderen, die sich in Patience (sic!) zu üben haben, ins Allerheiligste vordringen, sind die Gleicheren — so verdächtige ich — auch ganz allgemein in puncto Gesundheit ein bisserl vorne.

Natürlich — das muß nicht die Regel sein. Doch allein, wäre es die Ausnahme, es stünde genug schlecht um uns.

Denn dann verdichtete sich der Verdacht, die Götter in Weiß seien es gar nicht, die uns diese Hürden beim Sichern oder Wiedererlangen der Gesundheit in die Laufbahn stellten — es sei vielmehr ein ausgeklügeltes System.

Und gegen Systeme sind wir nun einmal ohnmächtig. (Obwohl auch sie vom Menschen [gegen den Menschen?] errichtet worden sind.)

*

Im Mittelhochdeutschen bedeutete „kranc“ nicht nur krank im heutigen Sinn des Wortes; es stand vielmehr auch für kraftlos, schwach (im allgemeinen Sinn). Das sollte eigentlich zu denken geben… Kraft (?!) dieser Schwäche begibt sich der Leidende (= Patient) in die Hände des Mediziners. Dieser, als Vollstreckungsbeamter des medizinischen Systems, schreitet zur Tat, die leicht euphorisch als Heilung bezeichnet wird, in jedem Fall jedoch eine Beendigung des Schmerzes bedeutet, eventuell sogar eine ein für allemal endgültige. Dabei ist zu beobachten, daß manche Ärzte weniger auf das geben, was sich ihnen an Krankheit und Krankem offeriert, sondern bereits beim Eintreten des Leidenden an das zu denken scheinen, was man in solchen und ähnlichen „Fällen“ (!) eben „gibt“. Denn aus dem Individuum ist der Fall geworden; das Ge-Fälle hat voll eingesetzt. Von nun an geht's bergab.

Der großartige Verseschmied Eugen Roth schrieb in seinem heiteren Buch zum Nachdenken „Neue Rezepte vom Wunderdoktor“ am Ende eines Gedichtes über das Wartezimmer: „Maßgebend ist ihm (also dem Arzt) ja im Grund — / Nicht Dein Befinden — sein Befund.“

Da haben wir's.

*

Wenn sich freilich zu Krankheit und Medizin(er) noch die Politik gesellt, kann das ganze hochdramatisch werden. Der vormals Gesunde, für den Staat (ich weiß, der sind wir alle; nur er weiß es nicht!) daher in puncto Gesundheits- oder Krankheitspolitik Uninteressante, tritt irgendwann in den Schein des Lämpchens, das, ähnlich den Grubenlampen der Bergleute, von des Medizinmannes Stirn leuchtet. Das ewige Licht der Medizin, sozusagen, taucht ihn in den mildtätigen Kreis der nachfolgenden Beobachtung. Noch hat der Rachenraum nichts mit Rache zu tun, und gar die Seele ist noch unbeschadet. Doch, siehe oben, aus dem Menschen wird ein Fall. Die Falle schnappt zu. Wenn es dem System gefällt, wird der Patient gefällt. Und daß es (immer) Hilfe gäbe — weit gefehlt! Der vormals Gesunde tritt in ein Labyrinth ein. Auswege wie Ausreden sind rar. Und nur optimistische Typen glauben an ein Entkommen. Geheilt und — wieder gesundet.

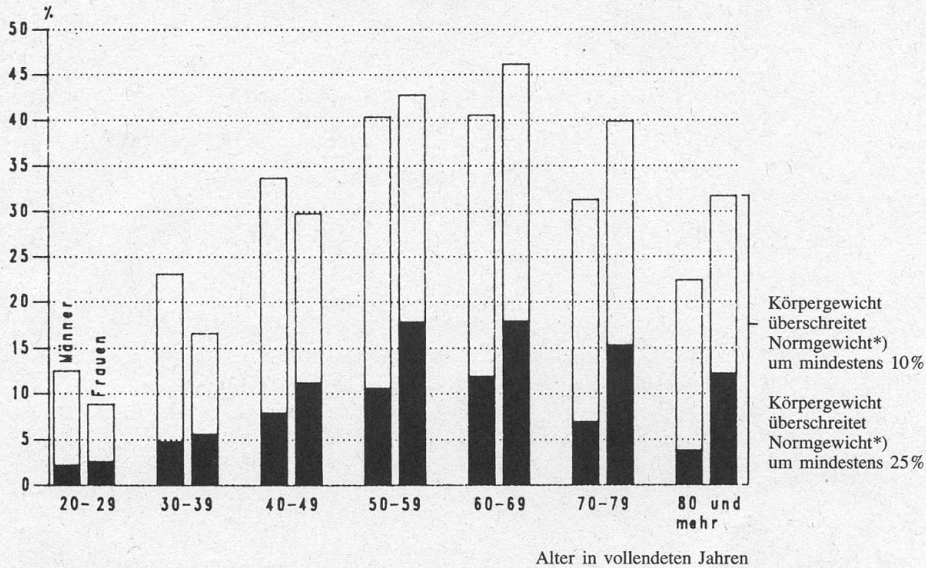
*

Fazit: Es krankt nicht nur der Patient, der an etwas erkrankt ist, daran. Das System selbst ist — so scheint es — morbid. Und wenn Karl Kraus über die Psychoanalyse äußert, sie sei die Krankheit, für deren Behandlung sie sich halte, so ließe sich der Satz leider allgemeiner auf das sogenannte Gesundheitswesen ummünzen: Ein krankes Gesundheitswesen ist die falsche Diagnose zu richtigen Krankheiten unter Eliminierung der eigentlich Betroffenen.

Und die Patienten legen am besten — eine Patience.

# STATISTICUM*

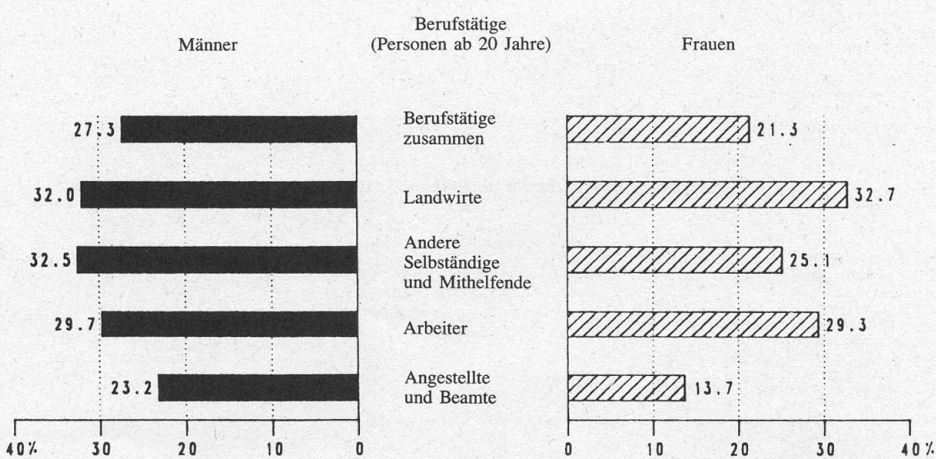
**Übergewicht 1983**




*) Normgewicht: Körpergröße in cm minus 100



**Übergewicht von Berufstätigen nach sozialer Stellung 1983**




* Quelle: Statistisches Zentralamt

## Rauchen

| Geschlecht, Alter in vollendeten Jahren | Von 100 Personen sind... regelmäßige Raucher — Höchst abgeschlossene Schulbildung[1)] | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Personen ab 20 Jahren zusammen[1)] | Pflichtschule | Lehrabschluß | Berufsbildende mittlere Schule | Allgemeinbildende höhere Schule | Berufsbildende höhere Schule | Hochschule, Universität |
| **Männer** | | | | | | | |
| 20—29 | 47 | 56 | 52 | 44 | 38 | 30 | 21 |
| 30—39 | 44 | 44 | 47 | 41 | 43 | 32 | 33 |
| 40—49 | 37 | 36 | 40 | 36 | 39 | 30 | 18 |
| 50—59 | 35 | 39 | 34 | 37 | 26 | 18 | 33 |
| 60—69 | 28 | 31 | 29 | 15 | 29 | 35 | 13 |
| 70—79 | 23 | 27 | 24 | 20 | 21 | 11 | 7 |
| zusammen | 38 | 38 | 41 | 36 | 35 | 29 | 24 |
| **Frauen** | | | | | | | |
| 20—29 | 32 | 36 | 36 | 33 | 20 | 29 | 16 |
| 30—39 | 29 | 27 | 30 | 29 | 26 | 33 | 22 |
| 40—49 | 20 | 17 | 25 | 23 | 32 | 17 | 24 |
| 50—59 | 12 | 10 | 17 | 14 | 19 | 24 | 23 |
| 60—69 | 9 | 7 | 14 | 17 | 17 | 7 | 19 |
| 70—79 | 3 | 2 | 6 | 7 | 7 | 4 | 6 |
| zusammen | 18 | 14 | 25 | 23 | 22 | 24 | 19 |
| **Insgesamt** | | | | | | | |
| 20—29 | 39 | 44 | 46 | 36 | 29 | 29 | 19 |
| 30—39 | 36 | 33 | 41 | 33 | 34 | 32 | 30 |
| 40—49 | 28 | 23 | 36 | 28 | 36 | 25 | 20 |
| 50—59 | 23 | 20 | 29 | 22 | 22 | 20 | 31 |
| 60—69 | 17 | 14 | 23 | 17 | 23 | 24 | 15 |
| 70—79 | 10 | 8 | 17 | 11 | 15 | 8 | 7 |
| insgesamt | 27 | 22 | 36 | 28 | 28 | 27 | 22 |

1) Personen ab 80 Jahren sind nicht gesondert ausgewiesen. 2) Personen mit unbekannter Stellung sind nicht gesondert ausgewiesen.

## Art der gesundheitlichen Beschwerden nach Geschlecht und Familienstand

| Art der Beschwerden | Von 100 Personen im Alter von 30 bis unter 50 Jahren leiden... an Beschwerden | | | |
|---|---|---|---|---|
| | verheiratet | | geschieden | |
| | Männer | Frauen | Männer | Frauen |
| Schlafstörungen | 5,2 | 7,2 | 7,3 | 12,8 |
| Wetterempfindlichkeit | 8,2 | 11,7 | 10,5 | 16,4 |
| Schwäche-Müdigkeit | 2,5 | 4,7 | 6,6 | 8,9 |
| Nervosität | 7,0 | 11,1 | 15,5 | 19,8 |
| Niedergedrückteit | 0,9 | 3,1 | 4,9 | 4,1 |
| Schwindel | 1,4 | 3,8 | 0,5 | 4,2 |
| Kreislaufstörungen | 5,7 | 16,6 | 7,5 | 21,8 |
| Übelkeit, Appetitlosigkeit | 0,5 | 1,4 | 4,7 | 2,2 |
| Kopfschmerzen, Migräne | 8,2 | 17,3 | 11,8 | 22,3 |
| Sehstörungen | 3,3 | 3,0 | 6,8 | 5,1 |
| Hörstörungen | 1,8 | 1,0 | 2,7 | 1,1 |
| Zahnschmerzen, schlechte Zähne | 4,5 | 4,5 | 7,7 | 4,8 |
| Husten | 3,6 | 2,4 | 8,7 | 3,6 |
| Herzbeschwerden | 2,9 | 3,2 | 0,9 | 5,4 |
| Atembeschwerden | 1,9 | 1,6 | 1,7 | 3,2 |
| Magenbeschwerden, Verdauungsbeschwerden | 7,7 | 5,5 | 6,9 | 9,0 |
| Unterleibschmerzen | 0,4 | 2,7 | — | 2,6 |
| Rücken-, Kreuzschmerzen | 17,5 | 15,1 | 15,5 | 18,1 |
| Gelenks-, Nerven-, Muskelschmerzen | 12,4 | 10,8 | 15,4 | 15,4 |
| Gehbehinderung | 1,5 | 0,7 | 3,6 | 0,8 |
| Beinleiden | 2,2 | 4,6 | 2,4 | 6,0 |
| Auffällige Gewichtsabnahme | 0,2 | 0,3 | 2,5 | 1,0 |
| Auffällige Gewichtszunahme | 0,5 | 0,7 | 1,0 | 0,9 |
| Beschwerden durch Hauterkrankungen | 1,0 | 1,1 | 2,2 | 1,7 |
| Heuschnupfen oder dergleichen | 2,0 | 2,0 | 2,2 | 2,0 |
| Sonstige Beschwerden | 3,4 | 4,8 | 3,9 | 3,7 |
| **Insgesamt (Absolutzahlen in 1000)** | **728,5** | **727,5** | **33,5** | **51,0** |



## Art der Erkrankungen und Verletzungen 1983 nach Abweichung vom Normgewicht[1)]

| Art der Erkrankung | Von 100 Personen sind... erkrankt | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Personen ab 15 Jahren | Normgewicht[1)] unterschritten um mehr als 26% | Normgewicht[1)] | Normgewicht[1)] überschritten um 45% und mehr |
| Herz- und Kreislaufkrankheiten | 5,4 | 5,7 | 5,0 | 9,8 |
| Herzkrankheiten | 2,1 | 1,7 | 2,3 | 3,9 |
| Kreislaufkrankheiten | 3,6 | 4,3 | 2,9 | 7,7 |
| Krankheiten der Atmungsorgane | 23,4 | 29,2 | 22,9 | 23,2 |
| Allergische Erkrankungen[2)] | 0,8 | 2,7 | 0,7 | 0,6 |
| Krankheiten der Verdauungsorgane | 3,4 | 4,7 | 3,3 | 3,8 |
| Hauterkrankungen [2)] | 0,8 | 1,5 | 1,0 | 0,6 |
| Rheumatische und degenerative Erkrankungen der Knochen und Gelenke | 4,8 | 2,7 | 4,9 | 7,2 |
| Erkrankungen der Urogenitalbereiche | 2,3 | 3,5 | 1,6 | 3,0 |
| Neurologische Krankheiten | 1,8 | 1,9 | 1,5 | 2,5 |
| Traumatische Krankheiten | 4,8 | 5,5 | 5,3 | 4,3 |
| Alle anderen Krankheiten[3)] | 7,6 | 9,4 | 7,2 | 10,7 |
| **Insgesamt (Absolutzahlen in 1000)** | **5333,3** | **97,3** | **303,7** | **67,5** |

1) Normgewicht: Körpergröße — 100. — 2) Allergische Hautkrankheiten in beiden Positionen enthalten. — 3) Zuckerkrankheit, Augen — Ohrenkrankheiten, Kinderkrankheiten, „sonstige Krankheiten".

## Stellungsergebnisse 1967

Übersicht über die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchungen der Stellungspflichtigen (Geburtsjahrgang 1967) und der Freiwilligen für die Aufnahme in das Bundesheer in Österreich.
a) Gliederung nach Bundesländern und Tauglichkeitsgraden (in Prozent der untersuchten Personen)

| Bundesland | voll tauglich | eingeschränkt tauglich | vorübergehend untauglich | untauglich |
|---|---|---|---|---|
| Burgenland | 61,16 | 21,93 | 5,99 | 10,90 |
| Kärnten | 32,76 | 28,05 | 15,95 | 23,21 |
| Niederösterreich | 21,59 | 43,75 | 9,89 | 24,74 |
| Oberösterreich | 60,11 | 25,87 | 4,52 | 9,48 |
| Salzburg | 56,04 | 23,14 | 8,46 | 12,33 |
| Steiermark | 53,85 | 19,10 | 14,25 | 12,78 |
| Tirol | 69,18 | 17,54 | 7,89 | 5,37 |
| Vorarlberg | 67,94 | 19,14 | 7,34 | 5,57 |
| Wien | 72,28 | 15,82 | 3,65 | 8,22 |
| Österreich | 61,35 | 21,45 | 7,14 | 10,03 |

Übersicht über die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchungen der Stellungspflichtigen (Geburtsjahrgang 1967) und der Freiwilligen für die Aufnahme in das Bundesheer in Österreich.
c) Gliederung nach Berufsgruppen und Tauglichkeitsgraden (in Prozent der untersuchten Personen).

| Berufsgruppen | voll tauglich | eingeschränkt tauglich | vorübergehend untauglich | untauglich |
|---|---|---|---|---|
| Land- und Forstwirtschaftliche Berufe | 70,5 | 13,4 | 5,2 | 10,9 |
| Produktionsberufe in Bergbau, Industrie und Gewerbe | 72,0 | 13,1 | 6,0 | 8,9 |
| Handels- und Verkehrsberufe | 68,9 | 14,4 | 6,5 | 10,2 |
| Dienstleistungsberufe | 71,7 | 14,0 | 6,7 | 7,6 |
| Technische Berufe | 75,3 | 11,3 | 4,6 | 8,8 |
| Mandatare, Rechts-, Verwaltungs- und Büroberufe | 72,4 | 11,4 | 5,1 | 11,1 |
| Gesundheits-, Lehr- und Kulturberufe | 61,3 | 14,8 | 9,9 | 14,1 |
| Berufstätige mit unbestimmten Beruf | 69,6 | 14,3 | 6,0 | 10,1 |



Übersicht über die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchungen der Stellungspflichtigen (Geburtsjahrgang 1967 und der Freiwilligen für die Aufnahme in das Bundesheer in Österreich.
b) Gliederung nach den festgestellten Krankheiten und Tauglichkeitsgraden (in Prozent der untersuchten Personen).

| Fehler und Anomalien | Festgestellt bei...% der ärztlich Untersuchten zusammen | davon für den Dienst geeignet | nicht geeignet |
|---|---|---|---|
| Infektiöse und parasitäre Krankheiten | 0,54 | 0,40 | 0,14 |
| Neubildungen — Tumore | 0,41 | 0,20 | 0,21 |
| Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | 14,08 | 12,82 | 1,26 |
| Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe | 0,14 | 0,05 | 0,09 |
| Seelische Störungen | 4,96 | 2,47 | 2,49 |
| Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane | 18,71 | 14,95 | 3,88 |
| Krankheiten des Kreislaufsystems | 7,39 | 5,72 | 1,67 |
| Krankheiten der Atmungsorgane | 7,11 | 6,31 | 0,80 |
| Krankheiten des Verdauungstraktes | 1,34 | 0,70 | 0,63 |
| Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane | 1,74 | 1,16 | 0,58 |
| Krankheiten der Haut- und des Unterhautzellgewebes | 2,79 | 2,33 | 0,46 |
| Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes | 15,05 | 14,03 | 1,01 |
| Angeborene Mißbildungen | 7,12 | 5,98 | 1,14 |
| Symptome und mangelhaft bezeichnete Krankheiten | 11,17 | 10,32 | 0,84 |
| Schäden durch äußere Gewalt und Vergiftungen | 7,35 | 5,29 | 2,06 |

Heimo Widtmann

# BEIM MIHOVC STEHT EIN ORCHESTRION

## (Es gibt keine „Kriegskultur“)

*Der bösartige, von soviel Grausamkeit auf allen Seiten gekennzeichnete* **Balkankrieg** *(1941—1945) steht in Österreich heute wieder im Zentrum des öffentlichen Interesses. Die Gründe dafür sind bekannt und die Sachkommentare häufen sich.*

*Die kühl-distanzierte Sprache der Ex-Strategen und Kriegsgeschichtler vermag zwar viel Historisch-technokratisches aufzulisten, sie kann aber die Not des einem jungen Menschen anbefohlenen Sterbenmüssens nicht erfassen.*

*Auch Verteidigungsminister bemühen sich derzeit mehr um ihre Lieblingsraketen, nicht um eine ehrliche Sterbevorsorge für die ihnen anvertraute Jugend. Man entzieht sich der entsetzlichen Wirklichkeit des Todes hinauf auf die Feldherrnhügel oder wendigen Hubschrauber, vielleicht auch in sichere Bunkerbüros. (Auch Hitler hat sich geweigert, aus seinen Betonlöchern zu steigen, um zerbombte deutsche Städte in ihrer unsagbaren Not aufzusuchen.)*

*Militärbischöfe wiederum hausen sich in ihren jüngst zugeteilten Kathedralen (?) ein, sie versuchen sich redlich und vergeblich an einer glaubhaften Deutung eines sinnlosen „gerechten Krieges“, sie reden aber kaum vernehmbar von der barmherzigen Seelsorge angesichts eines staatlich verordneten Heldentodes, wenn die Stunde X für die Jugend unseres Landes eingeläutet wird.*

*Wer bloß Kompanien und Regimenter addiert und dieselben antreten läßt zum Gottesdienst oder zum blutigen Gefecht, wer eine heile Landschaft nur als zerstörbares Planquadrat ansieht, wer Menschen nur mehr zählen und auf ihre Verwendbarkeit mustern kann, sie aber in ihrer ganzen personalen Würde zu begreifen verlernt hat, für den ist wahrscheinlich der gewaltsame Menschentod nur mehr ein statistischer, kalkulierbarer Faktor — das Leid der MÜTTER jedoch bleibt* **ohne** *jeden Stellenwert — es ist nicht einmal ein Faktor!*

*Die ganze Wirklichkeit aber von Leid, Grausamkeit und Trauer wird immer nur vom Schicksal des* **einzelnen Menschen** *ablesbar bleiben: Das Geschehene rückt näher, die Größe von Angst und Schmerz wird so sichtbar — und bleibt unvergessen.*

*Für den durch Entfernung und Zeit von uns weggerückten BALKANKRIEG mit seinen oft undurchschaubaren Wirrnissen gilt die demütige Hinwendung zu dem unmittelbar betroffenen Menschen in besonderer Weise.*

*CULTURpoliticum will diese Hinwendung bewußt vollziehen:*

*Eine nur wenig südwärts von unserer Landesgrenze glaubhaft berichtete und dort auch aufgezeichnete Begebenheit wirft ein jähes Licht auf ein solches menschliches Schicksal.*

*Diese Begebenheit ist auch als schlichter Hinweis dafür zu verstehen, wie nahe „Kultur“ und „Friede“ in einem politicum dieser Art stehen sollen.*

**„Kriegskultur“ gibt es keine.**

### Beim Mihovc damals...

Stara Fužina ist ein Dorf im slowenischen Wocheinertal, umrundet vom strahlenden Kranz der Julischen Alpen. Die Schwelle zum Dorf wird heute wie vor Jahrhunderten von der alten, über den Savicaabfluß gewölbten Steinbrücke gekennzeichnet. Ihr zugeordnet ist das gotische Kirchlein St. Johannes (Sveti Janez), in welchem ein unbekannter mittelalterlicher Künstler den kostbaren Blumenschmuck der umliegenden Berge, insbesondere die wirklichkeitsfremde zarte Clematis, in die schwunghaften Gewölbe hineingemalt hat.

Das Dorf Stara Fužina trug früher auch den Namen Althammer. Es waren die frühen Eisenhämmer, die das Gebiet prägten und von denen einige markante Steinruinen neben der Teufelsbrücke (Hudicev Most) heute noch deutliches Zeugnis ablegen.

Auch den Bewohnern des phantastischen Haufendorfes ist die alte Sprachbezeichnung geläufig geblieben, leben sie doch in jenem mitteleuropäischen Raum, in dem die slawischen, deutschen und romanischen Volksgruppen — trotz mancher geschichtsbedingter Gegensätze — langsam wieder zu übernationaler Einheit finden: Slowenien.

Im Herzen des Dorfes, am Schnittpunkt der oft rätselhaften Pferdewege, steht die Gostilna Mihovc. Alt sind die Mauern des Gasthofes und groß seine Tradition. Julius Kugy, der mit dem Mythos der von ihm erschlossenen Julischen Alpen zutiefst Verbundene, vermerkte bereits zu Beginn dieses Jahrhunderts das Besondere der Schenke.

Keine Fremdenverkehrsattraktion wird aber mit der Gostilna Mihovc bezeichnet, sondern ein uralter Treffpunkt von Bauern, Sennen, Straßen- und Gelegenheitsarbeitern im Wocheinertal.

Die Gestimmtheit des Hauses mit seinen ebenso rauhen wie herzlichen Gästen ist nicht auslotbar, nur respektierbar. Vor seinem stets gastlich offenen Tor parken selten Autos, nur Pferde bevölkern den rauh geschotterten Vorplatz. Ein seltsamer Anblick in dieser Zeit.

Inmitten der großen, holzgetäfelten Gaststube und inmitten der bärtigen Standhaften mit den verwegenen Gesichtern und den seltsamen Spitzhüten der Alpenslawen ist ein merkwürdiges musikalisches Wunder geborgen: Ein Wunder aus fein gedrechseltem Holz, zwei Meter an der Basis, mehr als zwei Meter hoch, das Innere kunstvoll versehen mit einer auf komplizierte Walzen gebannten Musik, mit klopfenden Trommeln und zischenden Tschinellen, die wundrigen Glasscheiben bemalt mit den naturhaften Signalen des frühen Jugendstils.

Ein altes Orchestrion ist es, der Reparatur dringend bedürftig und dennoch das letzte seiner Art im Lande Jugoslawien. Für 50 Para bringt es die trunkenen Männer noch heute zum Stampfen und Wiegen; trotz mancher schon verlorengegangener Synkope und trotz einiger verwahrloster Halbtöne in den Walzern und Märschen.

Inschriften und Berichte bestätigen das hohe Alter und die Herkunft dieses Vorläufers der mechanischen Musik:

Um 1880 wurde das Instrument in Prag gefertigt. Ungewiß ist der Weg des tönenden Werkes von Böhmens stolzer Hauptstadt in die Einsamkeit des Wocheinertales.

Verbürgt ist nur, daß es vor mehr als 70 Jahren in den Besitz der Mihovc geriet und daß auch auf diese Weise die enge Verbundenheit der Völker zwischen Moldau und Save bezeugt werden kann.

Alle Versuche dreister Händler, das Instrument um hohe Barbeträge für die Salons der Neureichen unserer Zeit zu gewinnen, sind vergeblich geblieben.

Und das hat seinen Grund:

Hoch über dem Dorf Stara Fužina steht auf der Planina Voje ein einfacher Gedenkstein, von hölzernen Latten umgrenzt. Hier kam am 13. März 1942 Augsut Caspern aus dem Hause Mihovc im Alter von 36 Jahren zu Tode. Er wurde erschossen, als eines der Millionen Opfer des zweiten großen europäischen Bruderkrieges.

Als man den Toten seiner Mutter ins Dorf brachte — so wird berichtet — begann das alte Orchestrion plötzlich zu spielen: eine ins Wahnwitzige überdreh-

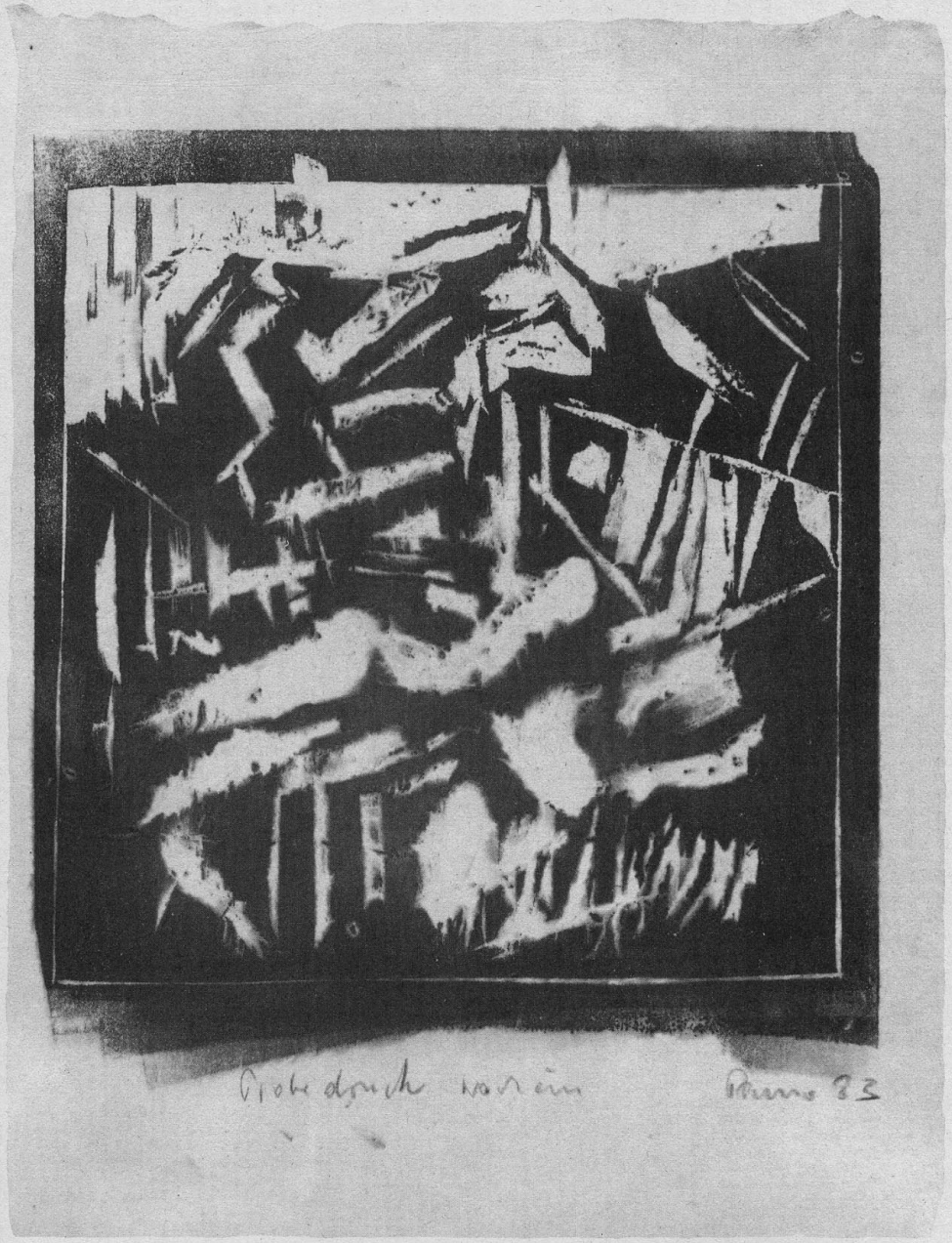
te, ihrer Sentimentalität beraubte Operetten-Melodie.
Nach dem letzten Ton zersprang diese eine Walze, so sagt man.
Die restlichen Walzen des Orchestrions kann man noch heute hören. Doch auch ihre Melodien sind nicht ohne Trauer, Irrsinn und Angst.

Vielleicht aber muß das so lange dauern, bis zwischen Stara Fužina und Prag keiner Mutter mehr ein erschossener Sohn vor die Tür gelegt wird.

*P. S.:*

*„Ungerechtes Töten ist Mord, und Mord wird von allen Religionen als etwas Entsetzliches, Verbotenes beurteilt. Wir müssen in solchen Fällen nicht nur das Recht auf Ersatzdienst, sondern die Pflicht zur Verweigerung des Kriegsdienstes haben.*

*— Das heißt: lieber sterben als morden.“ (Prälat Leopold Ungar, Die Weltanschauung Gottes, S. 141, 142, Wien 1987).*




**Original-Probedruck von Fritz Panzer zur „Wochein-Erzählung“**

# CHRONIK

**2. Juni 1987**
Die Staatliche Bausparprämie wird von 13 auf 8 Prozent gekürzt.

**3. Juni 1987**
Laut einer IMAS-Umfrage ist nach Ansicht der Österreicher ein Bezug von monatlich 23.000 Schilling netto für einen Politiker im Rang eines Nationalratsabgeordnetern ein angemessenes Gehalt. Derzeitiger Bezug: 25.000 bis 30.000 Schilling.

**4. Juni 1987**
Altbürgermeister und Messepräsident Alexander Götz wird aus der FPÖ ausgeschlossen. Er hatte die Streichung von Mehrfachpensionen beim Verfassungsgerichtshof angefochten und Recht bekommen. Die Mehrfachpensionen werden dennoch per Gesetz gestrichen.

**6. Juni 1987**
Laut einer Studie des Wirtschaftsforschungsinstitutes sind die Lohnkosten in Österreich deutlich niedriger als in Deutschland.

**9. Juni 1987**
IMAS-Umfrage: Für die ÖVP nur 37 Prozent, damit tiefster Punkt seit der Nationalratswahl im November 1986. SPÖ stieg auf 44 Prozent.

**11. Juni 1987**
Fazit des ersten Tages der Regierungsklausur im tirolerischen Pertisau: Alle Ressorts müssen künftig den Gürtel enger schnallen. In großer Einmütigkeit fixiert die Koalitionsregierung den Sparkurs.
Linzer Universitätsstudie über den Pfusch: Der jährliche Umsatz der Pfuscher beträgt 60 Milliarden Schilling (7% vom Brutto-Inlandsprodukt). Schwarzarbeit ist aber auch positiv, da ein guter Teil des Umsatzes wieder in die Wirtschaft zurückfließt.

**13. Juni 1987**
Die Sparquote wird heuer mit 12,8 Prozent einen Rekordwert erreichen.

**15. Juni 1987**
SPD-Sonderparteitag wählt Hans Jochen Vogel mit 404 von 423 Stimmen zum Nachfolger von Willy Brandt, der zum Ehrenvorsitzenden auf Lebenszeit gewählt wird. Oskar Lafontaine und Johannes Rau werden Stellvertreter.
Altbundeskanzler Kreisky bricht sich bei einem Sturz über eine Treppe in seiner Wohnung den Oberschenkel und wird im AKH operiert.
Eine Pressekonferenz mit dem von den USA abgeschobenen Aufseher im KZ Mauthausen, Martin Bartesch, wird abgesagt. Antinazistische Demonstranten verhinderten sie.

**19. Juni 1987**
Kardinal König in seiner Predigt zum Fronleichnamsfest: ,,Der Glaube an den Fortschritt habe seine Überzeugungskraft verloren. Die Frage nach dem täglichen Brot sei neu zu stellen: Wenn die Wälder sterben, werden auch die Felder sterben''.

**24. Juni 1987**
Bundeskanzler Vranitzky kehrt von einem viertägigen offiziellen Besuch bei Schwedens Ministerpräsident Ingvar Carlsson zurück.
Bundespräsident Waldheim reist zu einem zweitägigen Staatsbesuch in den Vatikan, wo er von Papst Johannes Paul II. empfangen wird. Die Weltöffentlichkeit ist über den Besuch geteilter Meinung.

**26. Juni 1987**
Im Austria Center Vienna endet die Internationale Konferenz der Vereinten Nationen über Drogenmißbrauch und illegalen Drogenhandel. Zehn Tage lang haben die Vertreter von 140 Ländern und rund 170 nichtstaatlichen Organisationen zukünftige Strategien beraten.

**29. Juni 1987**
Mit einem Knalleffekt endet der Wiener SPÖ-Landesparteitag: In einer Kampfabstimmung wurde eine Resolution über die Forderung nach dem Rücktritt von Bundespräsident Waldheim angenommen.
Angesichts jüngster antisemitischer Ausschreitungen erhielten alle Sicherheitsbehörden einen Erlaß des Innenministers.

**1. Juli 1987**
Laut einer OECD-Studie liegt Österreich in der Entwicklungshilfe (1986 drei Milliarden Schilling) im Vergleich zu den übrigen OECD-Ländern an letzter Stelle. Wie wenig 3 Milliarden Schilling sind, zeigt die Tatsache, daß die Kosten für den österreichischen Getreideexport im Vorjahr 3,4 Milliarden ausmachten.
Die FPÖ erreicht mit ihrem sogenannten ,,Anti-Privilegien-Volksbegehren'' 4,58 Prozent der Wahlberechtigten, in der Steiermark gar nur 3,2 Prozent. Landesparteisekretär Hirschmann dazu: ,,Das Ergebnis ist eine Abfuhr für die FPÖ durch die Steirer, die den ungezügelten Opportunismus Haiders als reichsten Politiker Österreichs durchschaut haben.''
Bundespräsident Waldheim reist nach Jordanien.
Die Grazer ,,Neue Zeit'' erscheint ab dem 1. Juli mit dem Hinweis ,,Im Eigentum der Mitarbeiter'' im Zeitungskopf. Das Blatt wurde von der steirischen SPÖ an die Journalisten und kaufmännischen Angestellten der Zeitung verkauft.
Der Ministerrat genehmigt die Vereinbarung zwischen Bund und Steiermark über die Sonderförderung für die Obersteiermark und den Bezirk Voitsberg.
Justizminister Foregger gibt der Staatsanwaltschaft grünes Licht, gegen CA-Generaldirektor Androsch mit einem Strafantrag wegen falscher Zeugenaussage vorzugehen. Der CA-Aufsichtsrat beschließt, Androsch währenddessen im Amt zu belassen.
Klubobmann Prof. Schilcher kritisiert, daß es in der FCG keine direktdemokratische Mitsprachemöglichkeit der Mitglieder gebe, was ihn an das Kurienwahlsystem eines mittelalterlichen Reichstages erinnere.
Eine Österreichring-Studie vom Institut für Finanzwissenschaften der technischen Universität Wien ergibt, daß die Umwegrentabilität der Ringveranstaltungen weit höher ist, als bisher angenommen. 1986 waren es demnach 127 Millionen Schilling.

**3. Juli 1987**
Der Fall Bartesch ist eingestellt: Die Staatsanwaltschaft Linz sieht die Schüsse des KZ-Aufsehers auf den KZ-Häftling im Jahre 1943 als verjährt an. Bartesch lebt in Oberösterreich mit einem Fremdenausweis.
Demonstranten blockieren die Zufahrt der in Bau befindlichen Murwald-Mülldeponie in Aichdorf, Bezirk Judenburg.
Nationalrat: Turbulente Szenen bei der letzten Sitzung vor der Sommerpause. ÖIAG-Gesetz für 33 Milliarden Schilling angenommen.

**5. Juli 1987**
Minister Riegler erklärt: Kein ,,bevorzugter Wasserbau'' für Dorfertal-Kraftwerk mit Umbalfällen, da Projekt nicht dringend.

**8. Juli 1987**
Die Staatsanwaltschaft Linz leitet Voruntersuchungen im Zusammenhang mit dem Iran-Waffenexport gegen sechs Verstaatlichten-Manager ein. Unter ihnen ist auch Ex-Generaldirektor Apfalter.
Minister Tuppy leitet den Großteil der fünf Hochbaumilliarden dem Hochschulausbau in Graz und Salzburg zu.
Die Diskussionen um den Linzer VP-Vizebürgermeister Hödl, der an den Präsidenten des Jüdischen Weltkongresses Bronfman einen antisemitischen Brief geschrieben hat, dauern an. In dem Brief vergleicht Hödl den Fall Waldheim mit dem Prozeß Jesu. Bischof Weber verurteilt den Brief und sagt: ,,So kann und darf man heute nicht reden''.
VEW-Zentralbetriebsratsobmann Rechberger wird einstimmig von der Vollversammlung zum Präsidenten der steirischen Arbeiterkammer und damit zum Ileschitz-Nachfolger gewählt.
Endgültiges Aus für den Neubau der Elektrolyse Ranshofen bei einem Gipfel Vranitzky, Graf und Streicher. Ausschlaggebend sind betriebswirtschaftliche Gründe, nicht der Strompreis allein.

**12. Juli 1987**
Eine positive Bilanz des viertägigen Österreichaufenthaltes des sowjetischen Ministerpräsidenten Ryschkow ziehen sowohl der Gast als auch der Gastgeber Bundeskanzler Vranitzky.

**16. Juli 1987**
57 Prozent der Österreicher sind stolz darauf, Österreicher zu sein. Unser Land liegt damit in einer internationalen Rangliste des Nationalstolzes hinter den USA und der Republik Irland an dritter Stelle.
Demonstration von 700 AMAG-Beschäftigten vor dem Bundeskanzleramt für den Bau der Elektrolyse Ranshofen: Minister Streicher bekommt trotz Polizeischutz einen kräftigen Tritt gegen ein Schienbein.

**20. Juli 1987**
Österreich geht sehr freigiebig mit der Staatsbürgerschaft um: Zwei Fußballprofis bekommen sie vier Tage vor Beginn der Meisterschaft.
Der Vorstand der ,,Liberalen Internationale'' entscheidet mit knapper Mehrheit gegen den holländischen Antrag, die FPÖ auszuschließen. Der Grund: Nazistische Äußerungen.

**27. Juli 1987**
Landesrat Hasiba paßt mit 1. August die Öffnungszeiten für den steirischen Handel jenen im übrigen Österreich an. Die Verhandlungen der Sozialpartner verliefen ergebnislos. Vorläufig entfällt die Mittagssperre für ein halbes Jahr.

**29. Juli 1987**
Der Ministerrat bestellt Hoess als neuen Botschafter in Washington. Sein Nachfolger im Bundesrat wird Gemeinderat Gerstl.
Landeshauptmann Krainer nimmt in Feldbach den Spatenstich zum Ausbau des LKH vor.
Das Parlament in Belgrad ist gegen den weiteren Ausbau der Kernkraft. Damit sind auch die grenznahe Endlagerstätte und der Weiterbestand des Kraftwerkes Krško in Frage gestellt.
Im Juni steigt die Nächtigungszahl in der Steiermark um sechs Prozent. Die Landesausstellung sowie Aktiv- und Familienurlaube erweisen sich als Magnet.
Nur Dänemark und die Bundesrepublik Deutschland sind in Europa noch teurer als Österreich. Das ergab ein Ländervergleich des Statistischen Amtes der EG. So kostet ein vergleichbarer Warenkorb in Griechenland um 40, in den USA um 26,6 Prozent weniger.

# AUTOREN DIESER NUMMER

Redaktion dieser Nummer:
Dr. Helmut MOSER
Redaktion des Sonderteils:
Annelies PAIERL
Grafische Gestaltung und Illustrationen:
Georg SCHMID

Dr. Birgit BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER
Dozent am Institut für Wirtschafts- und Sozialgeschichte in Wien; Generalsekretär der Bundeskonferenz des wissenschaftlichen und künstlerischen Personals

Dr. Harald CESNIK
Univ.-Prof.; Primarius der II. Chirurgischen Abteilung, LKH Graz

Mag. Margit FRICK-URAY
Gemeinderat der Stadt Graz (FPÖ)

Dr. Hans HAFNER
Nationalratsabgeordneter (ÖVP)
Obmann des Steirischen Familienbundes

Dr. Karl HARNONCOURT
Univ.-Prof.; Primarius der II. Medizinischen Abteilung, LKH Graz

Dr. Hubert HAUSER
Gastarzt an der Medizinischen Universitätsklinik Graz

Dr. Karin HEITZLHOFER
Institut für Psychologie, Universität Klagenfurt
Schwerpunkt Gruppendynamik und Sportpsychologie

Georg HERBERSTEIN
Kommunikationsstratege

Dipl.-Ing. Heiner HERZOG
Dir. der Bildungsabteilung an der Kammer für Land- und Forstwirtschaft

Mag. Barbara HOLLOMEY
AHS-Lehrer; Geschäftsführerin des Modell-Steiermark-Arbeitskreises „Miteinander — Füreinander"

Gundl HOLLOMEY
Vizepräsidentin der Katholischen Aktion in der Steiermark

Mag. Sabine HOLLOMEY
Ernährungswissenschafterin

Dr. Eleonore HÖDL
Bundesrat (SPÖ)

Dr. Lindi KALNOKY
Landtagsabgeordnete (ÖVP)
Geschäftsführerin der Steirischen Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge

Gundi KAMMLANDER
Landtagsabgeordnete (AL)

Dr. Michael KLEIN
Univ.-Doz.; Universität Oldenburg (BRD)

Hansjörg LENZ
Student

Dr. Gustav MITTELBACH
prakt. Arzt an der Praxisgemeinschaft Liebenau, Lehrbeauftragter für Sozialmedizin

Dr. Helmut MOSER
Psychologe

Dr. Gerda NEYER
Mathematikerin und Sozialwissenschafterin; derzeit Gesellschaft für interdisziplinäre Sozialforschung, Wien

Annelies PAIERL
Hausfrau; Leiterin des Familienpolitischen Seminares des Josef-Kraines-Hauses

Dr. Monika PELZ
freiberufliche Sozialwissenschafterin

Dr. Ingo PEYKER
Univ.-Prof.; Institut für Sportwissenschaften Graz

Hermine PUSSWALD
Landtagsabgeordnete (ÖVP)
Direktor der Hauswirtschaftsschule St. Martin — Schloß Großlobming

Christine SAIKO-JOGAN
Frauenhaus Graz; Familienberaterin

Bernd SCHMIDT
Schriftsteller und Journalist

Dr. Ingeborg SPERL
Kulturjournalistin

Dr. Otto WAGNER
Univ.-Prof.; Primarius am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Wien

Dr. Heimo WIDTMANN
Univ.-Doz.; Lehrbeauftragter an der Universität Graz