

Es ist zum Wohle des dummen Patienten

Peter L. war vor ein paar Jahren in Winnenden und Berlin jeweils etwa drei Monate in der Psychiatrie. Die Diagnosen über seine Krankheit: „Endogene Psychose“ oder „Schizophrenie“ oder „Paranoides-halluzinatorisches Syndrom“. Peter L. hat nach seiner Entlassung zu Ende studiert und sein Diplom in Sozialpädagogik gemacht. Ihm geht es gut – auch ohne die ärztlich verordneten Medikamente. Seit 1979 versucht er vergeblich, seine eigene Krankengeschichte zu lesen. Er verlangt das Recht dazu, weil er die eigenen Erfahrungen in der Psychiatrie zur Grundlage einer entsprechenden Dissertation machen will. Sein Prozeßtermin vor dem Verwaltungsgericht Stuttgart steht noch aus.

Vorkämpfer in Sachen Krankengeschichte ist ein Politikwissenschaftler und Fachhochschullehrer aus Scharbeutz. Er hat 1976 für sich das Recht erkämpft (Oberverwaltungsgericht Lüneburg, Aktenzeichen V OVG A 1/76), die Einsicht in seine – beim Sozialamt – über ihn geführten Akten zu nehmen, zu denen auch seine Krankenakte gehört.

Dieses Urteil ist eigentlich klar und unmißverständlich. Für die im Falle von Peter L. betroffenen Ärzte scheint es nie gesprochen zu sein. (Mit einer Ausnahme allerdings: Der ehemals behandelnde Arzt aus Winnenden hatte sich sofort „getraut“, die Einsicht zu genehmigen. Die Krankenhausleitung war ihm aber zuvorgekommen und hat das Dokument ans Regierungspräsidium Stuttgart verschickt, damit die dort prüfen sollten, was rechtens sei. Das Ergebnis war negativ.)

Die Rechtslage wäre noch deutlicher, wenn körperlich und psychisch Kranke als Menschen mit je gleichen Rechten angesehen würden. Da gibt es zum Beispiel in einem Prozeß um eine Blinddarm-Behandlung die Aussage des Bundesgerichtshofes (unter dem Aktenzeichen VI ZR 183/76), daß es „keinem Bedenken (unterliege, L. G.), diese Pflicht zur Dokumentation wenigstens in dem Umfang, in dem sie sich auch schon aus allgemein therapeutischen Erwägungen anbietet, dem Arzt auch außerprozessual als eine

Wie peinlich, wenn ein ehemaliger Klient oder Patient plötzlich auftaucht und seine Akte lesen will: was für ein Angriff auf die Kluft zwischen Professionellen und nicht-professionellen Kranken oder Sozialfällen! Ein ehemaliger psychiatrischer Patient, Peter L., kämpft derzeit um das Recht, seine Krankengeschichte zu lesen

Art Rechenschaftspflicht aufzuerlegen, ähnlich der, die bei der Verwaltung fremden *Vermögens* (Hervorhebung im Original) seit langem selbstverständlich ist“.

Oder noch eindeutiger in einem Urteil des Landgerichtes Göttingen (Az.: 2 o 152/78, das sich um eine mißlungene Schilddrüsenoperation dreht: „Von ärztlicher Seite wird immer wieder betont, wie wichtig das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist. Insbesondere bei einer Operation mit anschließenden Komplikationen wird dieses Vertrauensverhältnis noch mehr belastet, wenn der Arzt die Einsicht in die Krankenunterlagen verweigert“ (NJW.S.601).

„Die Verantwortung des Arztes für das Wohl des ihm anvertrauten Patienten“ ist ein weitrapazierter und historisch auch nicht mehr ganz unbelasteter Begriff. Das Stuttgarter Regierungspräsidium (Dr. Dörner, ein Jurist) begründet damit seine Ablehnung von Peter L.'s Wunsch: „aus ärztlicher Sicht“, so heißt es im Schreiben an L.'s Anwalt, „ist (...) zu sagen, daß es für Ihren Mandanten trotz inzwischen wohl erreichter Stabilisierung eine schwere Verunsicherung und Belastung bedeuten kann, wenn er mit der ausführlichen fachärztlichen Darstellung des damaligen Krankheitsbildes in Krankengeschichte

und Arztbericht konfrontiert würde“. Im selben Tenor auch der Berliner Psychiater Helmchen: „Es handelt sich bei unseren Aufzeichnungen im Krankenblatt um ärztliche Aufzeichnungen als Gedächtnisstütze für den Arzt. Dementsprechend sind sie auch oft in der ärztlichen Fachsprache abgefaßt und enthalten ärztliche Beurteilungen. Die Lektüre dieser Aufzeichnungen durch den Laien würde die erhebliche Gefahr von Fehldeutungen und Mißverständnissen mit sich bringen.“ Peter L. bietet dann, um die ärztlichen Sorgen zu zerstreuen, die Begleitung durch einen Arzt seines Vertrauens an, der während der Lektüre dabei sein könnte. Oder auch eine altgediente Krankenschwester Helmchen findet nun aber noch ein fürsorgliches Argument: „Es ist unstrittig, daß die Einsichtnahme nicht gewährt werden kann, sofern die Rechte dritter Personen, zum Beispiel von Angehörigen, beeinträchtigt werden und wenn weiterhin nicht auszuschließen ist, daß die Einsichtnahme negative Auswirkungen auf den Heilungsprozeß haben könnte.“ Das L.'s Angehörige seinen Wunsch sogar direkt unterstützen und keine Bedenken hatten, war dann für Helmchen kein Grund zur Meinungsäußerung.

Was mag da wohl an schlimmen Dingen in Peter L.'s Krankengeschichte stehen? Der Phantasie sind keine Grenzen gesetzt. Paranoiden Wahnvorstellungen sind Tür und Tor geöffnet. Die Verantwortung für das Wohl des Patienten gebietet es, ihn im Dunkeln darüber zu lassen, was da über ihn gedacht – und schlimmer noch – über ihn aufgeschrieben wurde. Was mögen die Angehörigen über ihn gesagt haben in jenen Stunden der Krise, das er nun auf keinen Fall wissen soll?

Was für ein Wahnsinn wäre das eigentlich, wenn die – wirklichen Gedanken und Gefühle – auch fachlicher Art – des Behandelnden einen (ehemaligen) Patienten wieder und erst recht krank machen würden? Weiß doch allmählich fast jeder, daß psychische Krankheit sehr viel mit dem Ausgeliefertsein an widersprüchliche Botschaften, unausweich-



liche Paradoxien und Mystifikationen zu tun hat.

Es scheint dann, bei genauem Hinsehen auch eher eine Pseudo-Argumentation zu sein, mit der da auf das seelische Wohl von Peter L. verwiesen wird. Das scheinbar fürsorgliche Bewahren der eigenen schriftlichen Produkte erinnert viel eher an das ängstliche Behüten von Zeugnissen eigener Verletzlichkeit und Angreifbarkeit. Wer schreibt und denkt schon immer in vorzeigbaren Inhalten und Formen? Wer läßt nicht auch schon mal Zorn oder Gleichgültigkeit oder Überdruß in den Formulierungen für den ohnehin lästigen Schreibkram aus? Das gilt für Krankengeschichten wie für Sozialberichte oder Tätigkeitsberichte, wie sie Sozialarbeiter täglich schreiben. Wir haben unser Gefühlsleben nicht ständig so in Ordnung, daß es auf ein öffentliches Tablett gehoben werden könnte – und was fachlich zu tun optimal gewesen wäre, gelingt auch nicht regelmäßig. Protokolliert werden (wenn auch nur indirekt) zwangsläufig auch Mittelmäßigkeiten, Nachlässigkeiten, Unterlassenes.

Ein Ausweg führt da wohl nur über eine Entmystifizierung des perfekten Helfers/Arztes und über eine neue Definition des Verhältnisses zu Patienten und Klienten. Dafür gibt es Beispiele. Auch in der deutschen Psychiatrie: Nils Pörksen, Leiter der psychiatrischen Klinik in Lüneburg-Hecklingen, in einem Gespräch mit dem Sozialmagazin: „Bei uns spielt die Krankengeschichte überhaupt eine untergeordnete Rolle. Wir betreiben keinen Dokumentenfetischismus. Wir reden mit den Patienten über alles und schreiben in

die Krankenakte nur das, was wir miteinander besprochen haben. Krankenakten sind Gesprächsprotokolle.“ Das klingt recht einfach – und mußte doch erst eine mühsame Reformgeschichte hinter sich bringen. In dieser Klinik ist die ärztliche Allmacht ohnehin – jedenfalls ein bißchen – weniger allmächtig: Entlassungsbriefe, die immer Teil der Krankenakte sind, werden zum Beispiel auch von anderen Klinik-Mitarbeitern geschrieben. Das große Tabu (ärztliche Schweigepflicht) ist damit sowieso schon ganz undramatisch zugunsten einer Art Demokratisierung durchbrochen worden.

Ein anderer deutscher Reformpsychiater, Asmus Finzen, Leiter des Landeskrankenhauses Wunstorf, Hannover, findet die Idee, Krankengeschichten grundsätzlich so zu formulieren, daß sie die subjektive Wahrheit von Arzt und Patient enthält, zwar grundsätzlich schön. Aber die institutionelle Praxis und deren Gegenargumente fallen ihm in einem Telefongespräch mit uns doch zuallererst ein: Und die sind wie gehabt: Die Angst, für menschliche Fehlbarkeit, unfrisierte subjektive Eindrücke grade stehen zu müssen, das Problem mit den Aussagen Dritter, die in kritischen Situationen gemacht werden und die Verführung für Ärzte, einer möglichen gesetzlichen Verpflich-

tung auszuweichen, indem dann einfach zwei Krankenakten geführt würden: eine offizielle und eine geheime Akte.

Peter L. hat den Verdacht, daß in seinem Falle gar keine „geheime Akte“ nötig wäre. Seine Akte, denkt er, zeichnet sich vermutlich ohnehin durch das aus, was *nicht* darin steht: „In beiden Kliniken, in denen ich behandelt wurde, wird vorwiegend ‚medikamentöse‘ Therapie betrieben. Speziell Helmchen, Direktor der psychiatrischen Klinik der FU, ist ein großer Verfechter der Chemotherapie. Welch Armutszeugnis müßte er sich ausstellen lassen, würde jetzt publik, daß in einer Akte über einen psychisch Kranken außer einigen Tabellen über die Höhe verschiedener Psychopharmakodosen, Urin-, Blut-, Leberwerten, EEG's usw. *nichts* stehen würde“.

In Peter L.'s Prozeß wird es im Grunde auch darum gehen, ob einem Menschen, der aus welchen Gründen auch immer, zum Patienten wird, oder geworden ist, gleichwohl das Recht zur Selbstbestimmung, persönliche Integrität und Menschenwürde gelassen wird. Wenn den Berichteschreibern und Behandelnden das so undenkbar scheint und es ihnen so schwer fällt, dann ist das eher ein Indiz dafür, daß mit der „Vertrauensbeziehung“ etwas nicht stimmt. Die Forderung an Patienten und Klienten, Vertrauen zu haben und nichts „wissen“ zu wollen, weil das Wissen das Vertrauen zerstören würde, ist paradox. L. G.