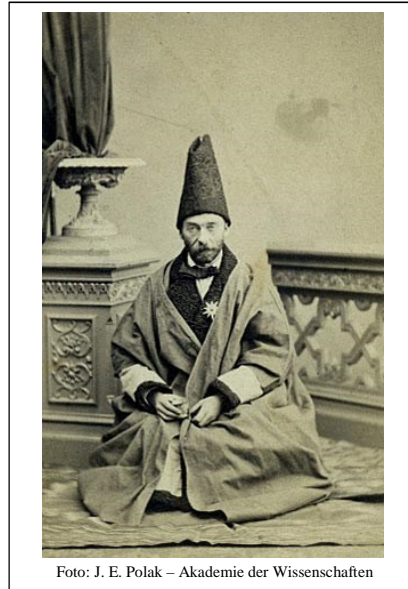


Volkmar Ellmauthaler

Wer – und was hilft?

Über Art und Wert professioneller
Beratung im Gesundheitssystem

(20.08.2017, Fassung vom [06.09.2017](#))



(Rück-)Blick auf das System

Das österreichische Gesundheitssystem ist traditionell vorbildlich. Als ich studierte, kamen vornehmlich orientalische Kaiser und Könige zu Karl **Fellinger**ⁱ (19.6.1904 – 8.11.2000) an die Wiener Universitätsklinik. Erwin **Deutsch**ⁱⁱ (12.4.1917, Klagenfurt – 15.7.1992, Wien) war als Vorstand der 1. Medizinischen Abteilung in Forschung und Lehre beispielgebend. Sein Spezialgebiet war die Forschung zur Blutgerinnung. Erwin **Ringel**ⁱⁱⁱ (27.4.1921, Temesvár, Ungarn, heute Timișoara, Rumänien – 28.7.1994, Bad Kleinkirchheim) befasste sich mit dem Zusammenwirken von Seele und Körper und forschte auf dem Gebiet der Suizidprävention. Die – um die Kronländer erweitert gedachte – medizinische Tradition in Österreich wurde Ende des 19. Jahrhunderts sogar exportiert: Jacob Eduard **Polak**^{iv} (12.11.1818 Groß Morschin, Böhmen – 8.10.1891 Wien; auch Pollak oder Polack geschrieben) ging als Arzt nach Teheran und be-

gründete dort eine medizinische Schule. Die Österr. Akademie der Wissenschaften publizierte einen interessanten Bericht (S.14).

Hier sind nur vier Beispiele aus dem Bereich der Internen bzw. Psychosomatischen Medizin genannt, um die anfangs führende Rolle der Wiener Medizinischen Schule zu skizzieren.

Bezeichnend war bisher, im urbanen wie dörflichen Bereich, die Versorgung durch den gut ausgebildeten, über Jahre persönlich bekannten Hausarzt, zu dem ein *Vertrauensverhältnis* bestand. Dieses scheint, nun rückblickend, bisweilen mehr zu Vorsorge und Genesung beigetragen zu haben als die auf das Äußerste verfeinerte technische Medizin zwischen computergesteuerter Diagnostik und ebensolchen Therapieverfahren. Zweifellos leistet die Micro- und Unfallchirurgie Bedeutendes, Akutmediziner arbeiten geradezu heroisch, dabei extrem effizient, und die Neonatologie hat die Säuglingssterblichkeit etwa bei Frühgeborenen um die 24. SSW auf erstaunliche fünf Prozent reduziert.

In der Gegenwart – etwa ab 1995 – hat sich allerdings das persönliche Verhältnis zwischen den einzelnen PatientInnen und nun unterschiedlichen ÄrztInnen zusehends fragmentiert. Waren es zunächst die immer höher spezialisierten Fachabteilungen, die den Aufbau solider, therapeutisch wirksamer Beziehungen behinderten, ist es derzeit schlicht der Verlust an „alten“ HausärztInnen zugunsten von Gemeinschaftspraxen und Ambulanzen: Wir sehen uns einerseits höchster wissenschaftlicher Spezialisierung gegenüber, andererseits mangelt es während der bekannten, durch Honorarrichtlinien genormten „Drei-Minuten-Kontakte“ an Vertrauen bildender Ansprache, am Horchen. Info-Hotlines und -applications vertiefen die Beziehungslosigkeit.

Eine Entwicklung sistiert

Nun ist aber das Horchen und Schauen, im wörtlichen wie übertragenen Sinne, die erste, sicherlich eine der wertvollsten Zugangspforten zum Menschen. – Wo „Mensch“ zum „Patienten“ oder „Fall“ wird, gar, wie im (Anästhesisten-) Jargon auch bisher üblich, zur „Appendix“, zum „Hallux valgus“, „Insult“ oder zum „Schizo von Station B“, dort sind objektive – aus Geräten gewonnene – Befunde zwar hilfreich, doch bleibt ein wesentlicher Faktor notgedrungen weitgehend verkümmert: Beziehung.

Erwin Ringel hatte zu seiner Zeit große Probleme, seine zunächst aus sechs Betten bestehende psychosomatische Station einzurichten. Etwa zeitgleich wurde Psychosomatik in der klinischen Lehre etabliert. Ich durfte als Zweitstudium ein *studium irregulare* der Psychosomatik absolvieren und auf der Grund- und integrativwissenschaftlichen Fakultät promovieren, später blieb dieser Zugang exklusiv der Medizin vorbehalten. Neben der Einrichtung von Kriseninterventionszentren wurde auch die Psychiatriereform fortgeführt, seit etwa zwei Jahrzehnten wird Bedacht auf die Psychosomatik des Kindesalters genommen.

Von der ärztlichen Beziehung zum Unternehmertum

Der Verlust an schlichter zwischenmenschlicher Beziehung, die ihrerseits asymmetrisch zu sein, also auf ärztlicher Seite besonderen Richtlinien zu folgen hat (Abstinenzregeln, Verschwiegenheitspflicht), kann selten durch technisches Wissen ersetzt werden. Die Beziehungsebene aber auf das pflegende Personal oder neue SpezialistInnen abzuwälzen, hat ebenfalls nicht gut

funktioniert: So sind Gesundheits- und KrankenpflegerInnen nicht ausreichend in der klinischen Gesprächsführung ausgebildet, SpezialistInnen für Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie werden nur nach besonderer Indikationsstellung aufgesucht. Zudem hat, in Folge der Gerätemedizin und technischen Diagnostik, das tastende Berühren, verstehende Schauen, Horchen und Riechen an Bedeutung verloren. Der Verzicht auf das geschulte Sensorium und die Kontaktaufnahme mit dem ganzen Menschen bedeutet allerdings auch eine wesentliche Einschränkung aller Eindrücke, die ein Arzt, eine Ärztin von dem Rat suchenden Menschen gewinnen könnte. Zwar zeigen die ermittelten Befunde eine technische Momentaufnahme der biochemischen und physikalischen Parameter eines Menschen, bisweilen ist aber wichtiger ein Gesamtbild der neuropsychologischen und psychosomatischen sowie sozialen Interaktionen zu ermitteln.

Wir lesen und hören gelegentlich vom Belohnungssystem, kennen in groben Zügen die biologischen Rhythmen, die unser organisches, aber auch psychosoziales Leben innerhalb angeborener Muster steuern. Wie steht es aber mit der Anwendung solcher Erkenntnisse in der Praxis? Wie oft wird systematisch dagegen gelebt? Wen kümmern die pathogenen Stressoren unregelmäßiger Wechseldienste? „Burnout“ kann ein Ergebnis sein.

Wenn selbst beliebte ÄrztInnen eher wie Klinikvorstände hinter dem Schreibtisch die vorgelegten oder online abrufbaren Teilbefunde studieren, daneben ihrem Gegenüber einen indirekten Blick schenken, um diese und jene Konsequenz festzuhalten, während die Finger bereits an einem Verordnungs- oder Überweisungsschein tippen, der „draußen am Schalter“ bereit liegen wird, kann es zu keinem Austausch kommen. Man mag rätseln,

ob eine Berührungs- und Infektionsangst grassiert, oder ob diese Klinikchef-Attitüde der Reputation dienen soll. Die momentane oder längerfristige psychische Verfasstheit, eine geringfügige, doch systemisch wirksame Muskelverspannung, ein Hautdefekt an unüblicher Stelle, bestimmte Eigenarten der Artikulation und vieles mehr werden dabei nicht wahrgenommen. Die Gesamtsituation eines vorstellig gewordenen Menschen wird nicht erfasst. Teilbefunden mangelt es an Aussagekraft, wird unterlassen, deren Hintergrund zu erheben. Fallführende Ärzte sind im niedergelassenen Bereich selten, so mangelt es an Koordination.

Die Krankschreibung im unerwarteten Fall – ein Beispiel

Sozialversicherte DienstnehmerInnen haben im Krankheitsfall binnen eines oder bis zu dreier Tage ein Dokument vorzulegen, auf dem der Hausarzt die Erkrankung offiziell bestätigt: die sogenannte „Krankschreibung“. Akute Erkrankungen, etwa ein berühmter „grippaler Infekt“ mit Gelenks- und Muskelschmerz, Übelkeit und hohem Fieber, können binnen weniger Stunden etwa am Arbeitsplatz auftreten. Ist ein Betriebsarzt (m/w/i) anwesend, kann der Zustand objektiviert und eine Dienstfreistellung nahegelegt werden. Die Krankschreibung kann jedoch nicht erfolgen, sondern muss der „Hausarzt“ aufgesucht werden. Hausbesuche sind ja kaum noch üblich. Ein akut erkrankter Patient muss demnach am ersten oder zweiten Tag, hoch fiebernd und mit Erbrechen ringend, zur nächst möglichen Ordinationszeit im Wartezimmer ausharren. Dort besteht Infektionsgefahr unter allen anderen Wartenden. Bei Kreislaufinstabilität kann ein solcher Mensch nicht lange sitzen, ohne zum Akutfall

V. Ellmauthaler: Wer – und was hilft?

zu werden. Ist der Arzt weiter als einige Kilometer entfernt, stellt sich zudem das Problem der An- und Abreise. Die StVO normiert, dass ein KFZ ausschließlich im verkehrstüchtigen Zustand in Betrieb genommen und gelenkt werden darf. Es wäre also ein Taxi zu bezahlen. Der Lenker kann infiziert, das Fahrzeug verunreinigt werden.

Ist die ärztliche Praxis an dem betreffenden Tag geschlossen, stellt sich die Frage nach der Vertretung. Diese ist üblicherweise nur vor Ort aus einem Anschlag am Haustor ersichtlich und muss nicht notwendigerweise am selben Tag ordinieren. Das kann zu unerwarteten Problemen führen, die der Genesung kaum förderlich sind. Denn es geht ja nicht um den Formalakt der Krankschreibung allein, vielmehr geht es darum, in einem möglichst frühen Zeitpunkt eine exakte Diagnose zu stellen und die entsprechende Behandlung einzuleiten. Im Fall einer Influenza wäre dies eine antivirale Therapie. Ein hoch wirksames Medikament gibt es seit wenigen Jahren. Ohne Rezept ist dieses jedoch nur in den seltensten Fällen erhältlich. Eine „Notausgabe“ durch die Apotheke erfordert wechselseitiges Vertrauen, das Rezept ist nachzubringen. Nehmen wir den Fall einer alleinstehenden Patientin im ländlichen Bereich an, so hat diese kaum eine Möglichkeit, zu einer zeitlich und fachlich optimalen Versorgung zu kommen – es sei denn, der Glücksfall eines Feiertags oder Wochenendes träte ein, dann gibt es im städtischen wie ländlichen Bereich einen „Ärzte-Notdienst“. Dieser kann die diagnostische und akut-therapeutische Seite übernehmen, die Krankschreibung bleibt dennoch offen. Hat man kein Medikament für den Akutfall vorrätig – Vorratsbildung bei Medikamenten wird Laien nicht angeraten – kann es zu einer *systembedingten* Aggravierung des Problems kommen. Gibt es keine

V. Ellmauthaler: Wer – und was hilft?

spontane Nachbarschaftshilfe, kann beispielsweise ein schlichtes Kreislaufproblem rasch lebensbedrohlich werden. Hier geht es um wenige Stunden. Antwortet eine Ordination erst am Folgetag auf eine Anfrage, kann das im Einzelfall zu spät sein. Das derzeitige, organisatorisch überregulierte System nimmt offensichtlich Bedacht auf die Zuordnung eines Patienten zu einem definierten Hausarzt, doch ist der *Zugang* zum System *aus dem Zustand vorheriger Gesundheit heraus*, also im Fall einer Akutsymptomatik, mit absurden Hindernissen versehen.

Optimal wären folgende organisatorische Änderungen:

1. Wiedereinführung des Systems ärztlicher Visiten.

Die Rettung zu rufen, bedeutet einen vergleichsweise signifikant erhöhten *System-, Personal- und v. a. Kostenaufwand* und ist deutlich weniger effizient, was die Akutsituation selbst (z.B. Kreislaufstabilisierung) und Information des behandelnden Arztes anlangt. Stationäre Aufnahme ist oft nicht indiziert, obwohl z.B. bei Kollapsgefahr keine Ordination aufgesucht werden kann. Zum System ELGA wäre zu bedenken, dass dort die (un-)begründete stationäre Aufnahme samt Details vermerkt blieben.

2. Möglichkeit der Krankschreibung an den Dienstgeber wahlweise durch den Hausarzt oder durch jeden anderen, im Anlass konsultierten Arzt, sei dies im Bereich des Arbeitsplatzes (Betriebsarzt, Ambulanz etc.) oder in einer zufällig am Ort der Erkrankung aufgesuchten ärztlichen Ordination mit Information an den behandelnden (gegebenenfalls „fallführenden“) Arzt.

3. Die Übermittlung der „Krankschreibung“ auch auf elektronischem Wege, wahlweise vom Patienten oder direkt vom Arzt aus.

4. „*Gesundschreibung*“ sinngemäß vom Hausarzt oder jedem anderen konsultierten Arzt an Dienstgeber und PatientIn.

5. *Vereinfachung des Zugangs zu Medikamenten – in einer der Akutsituation angemessenen Substanzklasse und Dosis.*

Die Kompetenzen pharmakologisch bestens ausgebildeter Apotheker sollen zum Wohl der PatientInnen verfügbar sein („Not“-Abgaben aus Apotheken sind sinnvoll zu gestalten und mit Bedacht auf Online-Apotheken EU-weit zu vereinheitlichen). Der Erstzugang zu allen medizinischen Leistungen, etwa im Fall akut auftretender, nicht primär der intramuralen Pflege bedürftiger Erkrankungen, muss für den Bedarfsfall optimiert werden.

Die Situation im Gesamtbild:

Aus technischer Sicht ist die einst berühmte „österreichische medizinische Schule“ aktuell im guten Mittelfeld anzusiedeln, die Dotation von Forschung bleibt nicht selten bei der pharmazeutischen Industrie und folgt deren Spezialinteressen: *Wer zahlt, schafft an.* – Wartezeiten auf Spezialdiagnostik, z.B. nuklearmedizinische Untersuchungen im MedAustron – aber auch kleinere wie Schilddrüsen-Szintigrafie – in der Folge auch das Warten auf spezielle Therapieplätze – können mehrere Monate betragen: Das kann die Lebenserwartung signifikant verkürzen.

Zugleich verschieben die Sozialversicherungen die „Verantwortung für die eigene Gesundheit“ auf die Patientenseite. Ein gewisser Zynismus besteht in Prämienrabatten, die nur bei jährlich objektivierten Verbesserungen der Laborwerte gewährt werden, die mit zunehmendem Lebensalter doch kaum zu schaffen sind.

In dieser Situation kann die Akutmedizin weiter glanzvoll bestehen, während länger dauernde, als „langwierig“ bezeichnete Therapieversuche noch eher als zuvor delegiert werden. PatientInnen werden heute weniger „fehlgelitet“, wie Erwin Ringel in den Achtzigerjahren schrieb, sondern unter oft maximalem Finanzeinsatz „spezialtherapiert“ – unter immer geringer werdender Beachtung des gesamten Menschen und dessen prägender Geschichte. Heutige Patientenkarrerien zeichnen sich durch anfänglich höchst effektive Diagnostik aus, während die Knochenarbeit, das ständige Eingehen auf besondere Erfordernisse, zunehmend uninteressant wird. Schleichend unterliegt die Ärzteschaft den Zwängen ihres eigenen, speziellen Marktes. Mit ihnen unterliegt die Patientenschaft drängenden Wirtschaftsinteressen. Wer nicht privat zahlt, hat zwar weiterhin „**Anspruch auf alle medizinischen Leistungen in absolut gleicher Qualität**“, wird aber mit der Realität konfrontiert, die selten alle Ansprüche innerhalb eines zumutbaren Zeitrahmens erfüllt: ohne dass einem der beteiligten Systeme schuldhaftes Verhalten oder gar Unterlassung bzw. Verletzung ärztlicher wie standesethischer Pflichten vorzuwerfen wäre. Wie so oft, erweist das *Es* auch hier seine Unfähigkeit, zu gehen. Auch die Versicherungsmathematik (Lebenserwartung) spielt wohl nicht unwesentlich dabei mit.

Der „austherapierte“ Patient (m/w/i)

Am anderen Ende des therapeutischen Prozesses stehen die sogenannten „austherapierten“ PatientInnen. Sie werden am ehesten in „häusliche Pflege“ entlassen oder bekommen mit etwas Glück einen Platz im Hospiz. Dort allerdings tickt die Uhr. Aus der Mangelsituation an freien Betten ergibt sich eine begrenzte

Liegezeit. Schafft man ein würdiges Sterben nicht innerhalb von etwa 20 Tagen, wird man ebenfalls – zumindest vorübergehend – in „häusliche Pflege“ entlassen, bleibt ggf. „angemeldet“. Für Menschen, die daheim nicht ausreichend Zuspruch und Pflege erwarten, kann ein solches Ende durchaus beklagenswert sein.

Verwirrung, Vereinsamung, Suche nach Heil

Zwischen der Diagnostik und dem Resignieren in therapeutischen Maßnahmen findet sich ein/e PatientIn bisweilen dem Internet überlassen. Viele versuchen längst aus Eigenem, sich über allfällige Symptome zu informieren und ziehen dabei – je nach Qualität gewonnener Auskünfte – eher selten richtige Schlüsse. Falsche Ansichten zum eigenen Zustand können ihrerseits den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflussen. – Die empfohlenen „Apps“ fixieren wohl, trotz Information, die bestehende Misere.

In dieser Situation ist es verständlich, wenn auch diverse HeilerInnen ihre – hoffentlich redlich erworbenen – Künste anbieten. Es gibt manuelle Therapien, Befreiung, Rituale, häufig Phantasiebezeichnungen wie eine „PranaVita-Heilmethode“, nette Imperative^v (vermutlich misslungene Erziehungsversuche konterkarierend) wie „Sei nicht nett, sei echt!“ oder „Folge deinem Herzen“ bis hin zu „Balancing“, „Transformationsseminar“, „Zinnoberschule“, „Somavedic“, „Kabbala“, „Druidensuppe“, „Altes Kräuterwissen“, schließlich „Radiaesthese“, „Agaan-gaq“ aus Grönland, „Ausbildung Geistiges Heilen“ oder eine „Manitowag Medicine Story“, zuletzt „A-logische Erlösungsarbeit: 2-jährige Ausbildung zur A-logikerin, zum A-logiker“. Wie heilt wohl ein Un- oder Gegen- oder A-wie-Arsch-Logiker?

V. Ellmauthaler: Wer – und was hilft?

Ryke Geerd Hamer mit eher kruden Theorien vom „Krebs“ und zahlreichen JüngerInnen, die sich aus verzweifelten, teils aus-therapierten PatientInnen rekrutierten und verbissen glauben wollten, was er versprach, bleibt hier nicht unerwähnt: Er hatte sein *ius practicandi* nicht wiedererlangt, wirkte für eine Weile in Spanien, zuletzt in Norwegen, wo er am 2.6.2017 verstarb: RIP.

Wohin soll ich mich wenden? heißt es im Introitus von Franz Schuberts Deutscher Messe D 872 (Text: Johann Philipp Neumann, 1826). Hier begegnen wir der Lebenszeit Polaks wieder.

Tatsächlich ist ein Glaube gefragt: Die innere Bedürfnislage, die wir gerne erforschen und noch lieber in der Not nach außen projizieren, lässt uns am liebsten anonym nach Hilfe suchen und das Angebotene annehmen, wenn es zum „Inneren Vorstellungsbild“ passt. – Hier warten ErlöserInnen wie HeilerInnen. Ihre Qualifikationen sind schwer verifizierbar, selten heilen sie.

Beratung: ...anonymisiert? ...automatisiert? ...persönlich?

Beratung... Lesen, Verstehen von Symptom und Befund: deren Bedeutung für einen theoretischen wie *meinen ganz persönlichen* „Verlauf“, Erkennen von Möglichkeiten, das richtige Ansprechen von Fachleuten: jawohl, am besten in deren Sprache. Da horchen sie, versuchen zu verstehen, zu helfen.

Kooperation, aktiv mithelfendes Annehmen von Hilfestellung, ist uns angeboren, doch vielfach verschüttet, unterliegt inneren wie äußeren Zwängen, wird selten hervorgeholt, im möglichen Helfer (m/w/i) nicht ausgelöst. Heilberufe unterliegen zudem

V. Ellmauthaler: Wer – und was hilft?

einer spezifischen Versagensangst aufgrund tradierter Allmachphantasien, die jedoch eher nicht in der Persönlichkeit des Arztes liegen, sondern im Verständnis von „ars medica“ (Galenus^{vi}).

Die Heilkunst als Begriff ist neu zu definieren: Sie muss die Unausweichlichkeit des Absterbens anerkennen, nicht verdrängen. Zugleich aber muss das „Heilen“ als eine positiv stimulierende, von begleitenden Ängsten befreiende Interaktion zwischen Menschen in den Vordergrund treten, und zwar vor jeder medizintechnischen und pharmakologischen Intervention auf makro- wie mikrobiologischer Ebene. Hilfesuchende sollten nicht wieder zum altgriechischen Tempel getragen werden, wo praktische Hilfe vor Ort das Mittel der Wahl: und möglich wäre.

Wenn bei der Ersthilfe am Unfallort nichts verkehrter sein kann, als nichts zu tun, so gilt analog für den leidenden Menschen und dessen AnsprechpartnerInnen: Nichts ist verkehrter, als zu resignieren, so lange *mein ganz persönlicher Weg* nicht vollzogen ist. Das sehr persönliche Ende wird subjektiv meist zweifelsfrei, doch erst terminal erkannt und von vielen Bezugspersonen abgewehrt: Der Verlust liegt bei ihnen und wird lang verleugnet.

Beratung, auch... Begegnung, Kontakt, Angenommensein ohne Vorbehalte – selbst ohne den Vorbehalt einer exakten Diagnose, ohne den Anspruch elitären Wissens, sondern vielmehr mit dem Angebot gesicherter methodischer Ausbildung und Empathie. So kann sich die Gestalt eines Menschen abzeichnen, die sich aus dessen psychosozialer Umgebung, dessen persönlicher Geschichte innerhalb der Zeitgeschichte, dessen Kenntnissen, Beklemmungen, Ängsten, Liebes- und Wutfähigkeit zusammenfügt, wo es innere und äußere Zeichen, innere wie äußere Ansatzpunkte für Beziehung geben kann:

V. Ellmauthaler: Wer – und was hilft?

Beziehung... asymmetrisch ist sie, denn einer sucht, der andere bietet, ohne daraus eigene, private Sehnsüchte und Wünsche bedienen zu wollen. Zum Ausgleich wird die vereinbarte Zeit entlohnt. Das bringt Auftraggeber und Dienstleister auf Augenhöhe.

Ein guter Wegweiser geht nicht mit...

Beziehung, besonders auch die professionelle Beziehung, bedeutet nicht ein Zerren oder Ziehen, sondern vielmehr, sich auf den jeweils anderen Menschen beziehen, also sich aufeinander einstimmen zu wollen. Wiederum asymmetrisch, denn jene/r, zu dem ein leidender Mensch kommt, soll nicht in dessen Leid mit versinken, sondern am Rande des erkannten Sumpfgebiets sitzen oder stehen bleiben, um einen festen Bezugspunkt abzugeben, einen Anker vorübergehend, an dem man/frau sich selbst anhalten, orientieren, im eigentlichen Sinne „helfen“ kann.

Waldefried **Pecht**^{vii} sagte oft: „Ein Wegweiser weist den Weg, aber er geht nicht mit.“ – Ja, tatsächlich liegt es im Wesen des Wege-Weisens, Orientierung zu geben, anstatt mit zu irren.

Beratung in der – in Ergänzung der – traditionellen Medizin:

So ist Beratung korrekt zu verstehen: das an den „inneren Rollstuhl gefesselte“ *Es* soll behutsam mobil werden, wenn möglich sogar ohne bisher genutzte technische Hilfsmittel. Sätze wie „Es geht nicht.“ oder „Das ist alternativlos.“ können mit kluger Paradoxie und begründetem Optimismus als gefährlich–manipulative Prophetien entlarvt werden. *Anything goes*^{viii}, aber: Alles hat Grenzen, auch ein natürliches Ende. Vor allem das Leben. Das ist gewiss. Die Übergangszeit gilt es, gemeinsam, zu gestalten.

V. Ellmauthaler: Wer – und was hilft?

Weiterführende Aufsätze und Bücher (vertiefte Recherche ist ratsam):

Das ärztliche Gespräch:	http://medpsych.at/Arzt-Pat-Gespr.pdf
Überlegungen zur Beratung bei „Krebs“:	http://medpsych.at/krebs.pdf
Lachen – Weinen:	http://medpsych.at/lachenweinen-offer.pdf
Über das Lächeln:	http://medpsych.at/Laecheln.pdf
Bioenergetische Analyse:	http://medpsych.at/Bioenergetik.pdf
Frühe Schädigungen, – speziell zu Sexualdeliktsprävention:	z.B.: http://medpsych.at/SV-im-Kontext-SexDel.pdf http://medpsych.at/SDP.html
Essstörungen (kurz):	http://medpsych.at/Anorexia-Fallvignette-22-04-1993.pdf
Drei Bücher (Rezension):	http://medpsych.at/Deutung_Inzest_Koerper.pdf
Inhaltsverzeichnis:	http://medpsych.at/Inhalt-Preise.pdf
Bücher:	http://medpsych.at/Lieferbare-Buecher.pdf

Endnoten:

- ⁱ Univ.- Prof. Dr. Karl **Fellinger**:
<http://geschichte.univie.ac.at/de/personen/karl-fellinger-prof-dr>
- ⁱⁱ Univ.-Prof. Dr. Erwin **Deutsch**:
https://austria-forum.org/af/Biographien/Deutsch%2C_Erwin
- ⁱⁱⁱ Univ.-Prof. Dr. Erwin **Ringel**:
<http://medpsych.at/lehrer-erwiringel.pdf>
- ^{iv} Univ.-Prof. Dr. Jacob Eduard **Polak**:
https://www.oew.ac.at/iran/german/projekt_polak.html
- ^v V. Ellmauthaler: Versuch über das Unsägliche. – Wien: editionL (3. Aufl.) 2014
<http://medpsych.at/Versuch-Unsaegl-offer.pdf>
- ^{vi} **Galenus von Pergamon**, auch Aelius Galenus (Γαληνός) – * 129 oder 131 n. Chr. in Pergamon – 200 oder 215 in Rom): Arzt, Anatom. – In Pergamon befand sich zu seinen Lebzeiten das Heiligtum des Asklepios: Verbindung zur antiken griechischen Heilkunst, wo die Heilung nach der ärztlichen Diagnostik und Kur eintreten sollte. Galenus wirkte vor allem in Rom.
Hauptwerk: **Methodus medendi** (14 Bücher): Teleologie, Leib-Seele-Lehre, Vier-Elemente-, später Vier-Säfte-Lehre: Blut, Schleim, gelbe Galle und schwarze Galle werden vier Qualitäten zugeordnet. Krankheit war für ihn eine Dyskrasie, eine fehlerhafte Mischung der Säfte. Daraus und aus der Harn-Diagnostik entwickelten sich Grundzüge pharmakologischer Diagnostik. Als Anatom beschrieb er eine Besonderheit im fetalen Blutkreislauf: den *Ductus venosus hepatis*, eine Umgehung der Leber, wobei Blut von der Placenta in die untere Hohlvene des Kindes gelangt. Dieser obliteriert postpartal zum sogenannten *Ligamentum venosum*. – S.a. [Prof. Walter Krause](#).
- ^{vii} Dr. Waldefried Pechtl:
<http://medpsych.at/waldefried.pdf>
- ^{viii} Paul Karl Feyerabend (* 13.1.1924 Wien – 11.2.1994 Genolier), Philosoph, Kritiker des Popper'schen Kritischen Rationalismus. S.a. Sir Karl Popper
<http://medpsych.at/lehrer-sirkarl.pdf>