



Gestaltung: Stefan Witschi
Foto: ivangarcia | Flickr

Magazin & Rubriken

- 4 Kurznachrichten
- 5 Arbeitslosenversicherung auf sozialen Abwegen
Carlo Knöpfel
- 6 Kolumne: Alles verbieten!
Dani Winter
- 7 Wertekultur als Schlüssel zur Gewaltprävention
Tagungsbericht
- 8 Medikamentenabgabe in Arztpraxen?
Ruedi Spöndlin
- 10 Med in Switzerland: Patentpool
Martin Leschhorn Strebel
- 12 Kontroverse um die Bologna-Reform
Eine Medizinstudentin, VUA"
- 14 Chronische Krankheiten in Entwicklungsländern
Bericht vom medicus mundi-Symposium
- 15 Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen
Bea Heim
- 16 Asbest: Prozess gegen Schmidheiny in Turin
Alex Schwank
- 18 Schimmelpilz in Wohnräumen
Ruedi Spöndlin
- 20 Leben mit der Vergewaltigung
Rezension von Ueli Mäder
- 64 Infos & Rezensionen
- 67 Inserate
- 68 Was tun gegen den Pflegenotstand?
Stefan Witschi

inhalt • soziale medizin 1.10

Alter

- 21 „Weisst du, wir haben eine patente Frau aus Polen“
Gespräch mit Angeline Fankhauser und Sarah Schilliger (Ruedi Spöndlin)
- 36 Das Beispiel einer polnischen Senio-Pair
Sarah Schilliger
- 41 Sparen bei alten Menschen
Ueli Mäder

Pflege

- 27 Ein ganz normaler Arbeitstag
Dokumentation der AGGP
- 37 Gute Pflege kostet
Marie-Louise Zindel

Humanforschung

- 44 Menschen für einen Zweck instrumentalisieren?
Diskussion zwischen Basler Appell und Sozialer Medizin (Ruedi Spöndlin)
- 51 Abstimmungsempfehlung der Sozialen Medizin

Behinderung

- 52 Spezielles Wohnhaus für Betagte mit einer geistigen Behinderung
Interview mit Eveline Haagen
- 55 abilia – eine Institution im Wandel
Margreth Spöndlin
- 56 Ist die pränatale Diagnostik behindertenfeindlich?
Riccardo Bonfranchi

Sterbehilfe

- 58 Liberal in der Schweiz, restriktiv in Deutschland?
Asmus Finzen
- 62 Die Oregon-Lösung
Asmus Finzen

• • • • •
Minarettverbot

Die Soziale Medizin ist bestürzt

Die Redaktionsgruppe ‚Soziale Medizin‘ hat mit grosser Bestürzung zur Kenntnis genommen, dass sich am 29. November rund 60 Prozent der Stimmentenden für ein Verbot von Minaretten in der Schweiz ausgesprochen haben. Sie publizierte am Abend des Abstimmungssonntags auf ihrer Website eine entsprechende Erklärung.

www.sozialemedizin.ch/?p=955
www.sozialemedizin.ch/?p=925

• • • • •
**Unbezahlte
Krankenkassenprämien:**

Leistungssperren nicht ganz aufgehoben

Bleibt jemand seine Prämie schuldig, kann die Krankenkasse gemäss dem heutigen Artikel 64a des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) ihre Vergütungen aufschieben. Diese Regelung hat aber zu gefährlichen Fällen von Unterversorgung und ungedeckten Kosten vor allem bei den öffentlichen Spitälern geführt. Deshalb haben sich die Kantone bereit erklärt, 85 Prozent der unbezahlten Prämien zu übernehmen. Dafür wollen die Krankenkassen auf die Leistungssperre verzichten. Im Grundsatz haben diesem Vorschlag sowohl National- als auch Ständerat zugestimmt, wollen aber die Leistungssperren nicht ganz beseitigen.

Der Nationalrat hat im September beschlossen, die Kantone könnten Listen mit säumigen Prämienzahlern erstellen und die Versicherer diesen dann die Leistungen sistieren. Eine ähnliche Lösung hat der Ständerat auf Antrag von Philipp Stähelin im Dezember beschlossen. Die Krankenkassen sollen ihre Leistungen auf Notfallbehandlungen beschränken können, sofern der Kanton eine versicherte Person auf eine entsprechende Liste säumiger Zahler setzt. Im Gegensatz zum Nationalrat

will der Ständerat also die Bezahlung von Notfallbehandlungen in jedem Fall gewährleisten. Da beide Räte unter-

letzten zwei Jahren um über 10 Prozent angestiegen, im stationären hingegen nur um rund 5 Prozent. Während im

SGSG-Tagung vom 7. November

sm. ‚Gesundheit hat ihren Preis‘ hiess das Thema der Tagung, welche die Soziale Medizin und ihre Herausgeberin SGSG am 7. November in Zusammenarbeit mit dem soziologischen Institut der Universität Basel durchführten. Über 50 Personen nahmen daran teil und führten angeregte Diskussionen.

In dieser Ausgabe findet die Tagung ihren Niederschlag mit den Beiträgen von Ueli Mäder (Sparen bei alten Menschen, S. 41) und Marie-Louise Zindel (S. 37). Ebenfalls an der Tagung entstanden ist die Idee zur Gesprächsrunde (S. 21) mit Angeline Fankhauser und Sa-

rah Schilliger über private Pflege durch Frauen aus Niedriglohnländern. Sarah Schilliger hat an der Tagung ein Referat dazu gehalten.

Auch Hartmut Reiners (Mythen der Gesundheitspolitik) und Alex Schwank (Soziale Grundversicherung für alle verteidigen!) hielten an der Tagung Referate. Deren Beiträge müssen wir aus organisatorischen und Platzgründen auf unsere nächste Ausgabe 2.10 verschieben, die Anfang Juni erscheinen wird. Wir werden sie vermutlich ergänzen durch Berichte und Kommentare zur aktuellen Entwicklung bei der Revision der schweizerischen Krankenversicherung.

schiedliche Beschlüsse gefasst haben, müssen sie sich nochmals mit der Sache befassen. Was dabei heraus kommt, ist offen.

Mehr dazu: www.sozialemedizin.ch/?p=937

• • • • •
Spitalfinanzierung

Gesundheitsdirektor will zahlen

Die Kantone sollen nicht nur die stationären, sondern auch die ambulanten Spitalbehandlungen mitfinanzieren. Das hat Carlo Conti, Gesundheitsdirektor des Kantons Basel-Stadt und Vizepräsident der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), vorgeschlagen. Damit will er den Anstieg der Krankenkassenprämien dämpfen. Im ambulanten Spitalbereich sind die Kosten in den

letzteren die Kantone rund die Hälfte der Kosten übernehmen, geht der ambulante Spitalsektor voll und ganz zu Lasten der Krankenkassen. Dass ein kantonaler Gesundheitsdirektor sein eigenes Budget im Interesse der Krankenkassen stärker belasten will, ist unüblich. In einem Interview mit der NZZ (Ausgabe vom 12.12.09) begründet dies Conti damit, dass die Entlastung junger mittelständischer Familien bei den Krankenkassenprämien dringend sei. Hohe Krankenkassenprämien würden die Kantone übrigens ebenfalls belasten, da sie diese über Prämienverbilligungen abfedern müssten. Zudem hält Conti fest, dass die Kosten im stationären Sektor, den die Kantone schon immer mitfinanziert und auch mitgesteuert haben, mehr oder weniger stabil geblieben seien.

Weitere Kurzmeldungen auf Seite 6

Revision der Arbeitslosenversicherung auf asozialen Abwegen



Wer verstehen will, über was heute bei der Arbeitslosenversicherung gestritten wird, muss auf die letzte Revision des Arbeitslosen- und Insolvenzgesetzes AVIG zurückblenden. Damals wollte man ein Modell kreieren, das zukünftige Debatten über fehlende Mittel vermeiden und diese Sozialversicherung finanziell stabilisieren sollte. Ziel des neuen Finanzierungsmodells war es, die Parameter so einzustellen, dass die Arbeitslosenversicherung im konjunkturellen Aufschwung Überschüsse generiert, mit der sie die auflaufenden Defizite im Abschwung selber decken kann. Über den ganzen Konjunkturzyklus hinweg würde sich so eine ausgeglichene Rechnung präsentieren lassen.

Leider wurden die Parameter nicht richtig justiert. Vor allem beim wichtigsten Einflussfaktor verkalkulierten sich die Arbeitsmarktökonominnen an den Universitäten und des Staatssekretariats für Wirtschaft. Die Rede ist von der durchschnittlichen Zahl der Arbeitslosen über den ganzen Konjunkturzyklus hinweg. Gegen Warnungen von gewerkschaftlicher und zivilgesellschaftlicher Seite wurde die Annahme getroffen, dass nicht mehr als 100'000 Erwerbstätige im Durchschnitt eines Auf- und Abschwungs der Wirtschaft ihre Stelle verlieren und Taggelder beziehen würden.

Annahmen von der Realität überholt

Das war schlicht falsch. Inzwischen rechnet man mit 125'000 bis 130'000 Arbeitslosen pro Konjunkturzyklus, und auch das sind Annahmen, die von der Realität schon bald überholt werden dürften. Was nämlich offensichtlich nicht ins Kalkül einbezogen wird, ist der mit dem fortschreitenden Globalisierungsprozess einhergehende strukturelle Wandel auf dem Arbeitsmarkt. Zumindest ein Teil der Arbeitslosen hat zunehmend Schwierigkeiten, wieder eine Stelle zu finden. Darum nimmt hier die durchschnittliche Bezugsdauer der Taggelder zu und damit steigt auch die durchschnittliche Zahl der Arbeitslosen im Konjunkturzyklus. So entfernt sich der Arbeitsmarkt in der Schweiz immer stärker vom Ziel der Vollbeschäftigung. Dies lässt sich zum Beispiel an der jeweils tiefsten Arbeitslosenquote illustrieren, die in einem Aufschwung erreicht wird. So betrug die tiefste Arbeitslosenquote zu Beginn der 1990er Jahre noch 0.8 Prozent. Einen Zyklus später zum Jahrtausendwechsel war sie schon auf 1.8 Prozent gestiegen und nun konnte vor der aktuellen Wirtschaftskrise nur noch 2.4 Prozent als tiefste Arbeitslosenquote entlang dem Aufschwung notiert werden.

Selbstverständlicher Akt der Solidarität

Angesichts dieser Zusammenhänge könnte die Arbeitslosenversicherung mit einer einfachen Erhöhung der

Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge und einem zeitlich befristeten Solidaritätszuschlag auf hohe Löhne saniert werden. Ob wir 2 oder 3 Prozent an die Arbeitslosenversicherung abgeben, dürfte kaum jemanden gross bekümmern, und dass sich die gut Verdienenden etwas stärker für jene engagieren, die ihre Stelle verlieren, ist nichts anderes als ein selbstverständlicher Akt der Solidarität. Schliesslich ist die Arbeitslosenversicherung noch immer eine Sozialversicherung und keine Privatversicherung.

Doch was macht die Politik? Sie will die Sanierung nicht primär durch die Erhöhung der Einnahmen, sondern vor allem durch Leistungskürzungen herbeiführen. Die Arbeitslosen sollen mit einem sinkenden Versicherungsschutz dafür büssen, dass sich Ökonomen bei der letzten Revision verhasen haben. Dabei tun sich ausgerechnet Unternehmer aus der Exportindustrie hervor, die eigentlich wissen müssten, wie wertvoll der soziale Friede für die Wettbewerbsfähigkeit der Schweiz und ihrer Unternehmen ist. Mit ihren Vorschlägen zielen Peter Spuler (SVP) und Johann Schneider-Ammann (FDP) auf Gruppen von Arbeitslosen, die mit besonderen Schwierigkeiten zu kämpfen haben: auf junge Arbeitslose und auf Langzeitarbeitslose. Die einen sollen noch länger warten, bis sie Taggelder beziehen können, den anderen sollen die Taggelder mit steigender Bezugsdauer sukzessive gekürzt werden.

Carlo Knöpfel, Dr. rer.pol., Leiter 'Inland und Netz' bei Caritas Schweiz, Herausgeberbeirat Soziale Medizin.

Fortsetzung auf Seite 6

Fortsetzung von Seite 5

Mehr Beiträge für weniger Versicherungsschutz

Die anvisierten Einsparungen von rund 500 Millionen gehen zu mindestens einem Viertel zu Lasten der Sozialhilfe, zu rund drei Viertel zu Lasten der Versicherten, die etwas mehr Beiträge zahlen dürfen, dafür aber in Zukunft deutlich weniger Versicherungsschutz erhalten.

Was der Nationalrat in das Differenzbereinigungsverfahren zwischen den beiden Kammern gegeben hat, ist schlicht nicht akzeptabel. Die Linke sollte sich nicht mehr für eine Schadensbegrenzung stark machen. Im Gegenteil: Je schlimmer die Revision herauskommt, desto sicherer ist die Abstimmung über das Referendum zu gewinnen. Hier kommt die Gelegenheit für die Tatbeweis: Die soziale Schweiz muss mit einem klaren und unmissverständlichen Nein zu einem solchen Sozialabbau, wie er bei der Arbeitslosenversicherung betrieben wird, deutlich machen, dass diese Art von Politik in diesem Land nicht geduldet wird. Auch wenn die Quote der arbeitslosen Schweizerinnen und Schweizer im Dezember 2009 „nur“ 3.1 Prozent betrug, jene der arbeitslosen Ausländerinnen und Ausländer aber 8.6 Prozent.

• • • • •

CVP-Sparvorschlag
Demütigende Entmündigung

„Es kann doch nicht sein, dass der Staat den Leuten die Grundversicherung subventioniert und diese sich dann vom gesparten Geld eine Zusatzversicherung leisten“. Mit diesen Worten zitiert die Sonntagszeitung vom 27. Dezember CVP-Nationalrätin Kathrin Amacker.

Alles verbieten!

Bald wird, wie in etlichen Kantonen und Ländern zuvor, auch in Basler Restaurants das Rauchen verboten. Gut so. Die Erfahrungen im Kanton Graubünden sind nämlich ausgesprochen positiv. Die Zahl der Herzinfarkte ist dort seit der Einführung des Rauchverbots um ein Fünftel zurückgegangen. Und das, obwohl sich so viele über das Verbot aufregen.

Weiter reduzieren liessen sich diese Zahlen durch ein Alkoholausschank-Verbot. Ihr lacht, aber Alkoholkonsum ist ein Hauptrisikofaktor für Herzinfarkte. Von Leberzirrhosen zu schweigen. Die Wirte werden dagegen sein, schon klar. Aber erstens haben sie das Rauchverbot auch überlebt, zumindest in Graubünden. Und zweitens sollte man auf sie nicht hören. Denn sie leben ja davon, uns zu vergiften.

Sie kümmern sich nicht um die zerrütteten Familien. Unser Arbeitslosengeld und unsere Sozialhilfe nehmen sie genauso gern wie unseren Lohn. Hauptsache, ihre Kasse stimmt. Und wenn wir uns totgesoffen haben, kommen sie nicht mal an die Beerdigung. Der Platz am Stammtisch wird bestimmt nicht lang kalt bleiben. Der Wirt ist der Dealer des kleinen Mannes. Denkt mal drüber nach!

Und doch ist der Betreiber der letzten Säuferspelunke ein Waisenknabe, verglichen mit der Frau vom Kiosk. Schaut euch doch mal an, was

die vertickt: Süssigkeiten, die dick und die Zähne kaputt machen. Damit nicht genug! Die schädlichen Auswirkungen der künstlichen Aromen und Farbstoffe in dem Zeug sind noch nicht abschliessend erforscht. Die Wissenschaft vermutet aber einen Zusammenhang zu Krankheiten wie ADHS. Und über die schädlichen Auswirkungen der Tabakerzeugnisse, die sie verkauft, brauche ich ja wohl nichts mehr zu sagen.

Man kann auch Vernünftiges kaufen am Kiosk? Klar! Mineralwasser für 4.50 Franken pro Fläschchen! Zeitungen und Zeitschriften? Naja. Nichts gegen den «Spiegel» und die «NZZ». Aber die kauft sowieso bald keiner mehr. Klatsch- und Sexheftli hingegen wird es immer geben.

Es soll mal jemand untersuchen, wohin die ganzen Ergänzungsleistungen gehen, die die alten Leute beziehen. Ich kann es euch sagen: Die Kioskfrau zieht es ihnen aus der Tasche – mit Lottoscheinen, Benissimo- und Rubbel-Losen! Als ich neulich mal Zigaretten kaufen wollte, musste ich eine halbe Stunde anstehen, bis die Frau vor mir von jeder Lösliorte eines gekauft hatte.

Stellt euch mal vor, wie viele Herzinfarkte weniger es ohne Kioske gäbe. Höchste Zeit, dass denen das Handwerk gelegt wird! Und wenn ihr mit denen fertig seid, weiss ich schon die nächsten.

DANI WINTER

Das von ihr massgeblich geprägte 7-Punkte-Programm der CVP schliesst sich deshalb einer Forderung der überparteilichen Parlamentariergruppe um Otto Ineichen vom Frühsommer an. Wer über eine Zusatzversicherung verfügt, soll demnach keinen Anspruch auf

eine Prämienverbilligung aus Steuergeldern haben. Die Redaktionsgruppe Soziale Medizin hält dies jedoch für eine populistische Schikane (Kommentar dazu in Soziale Medizin 3.09 S. 27 ff.).

Mehr dazu: www.sozialemedizin.ch/?p=995



Führungs- und Wertekultur als Schlüssel zur Gewaltprävention

diasan. Die am 24. November 2009 in Winterthur durchgeführte Tagung „Gewalt im Alter – (k)ein Tabu“ erweckte mit mehr als 200 Teilnehmenden grosses Interesse. Die Tagung, welche aufgrund der Aufdeckung verschiedener Übergriffe auf betagte Personen initiiert wurde, hatte zum Ziel, Situationen aus dem Pflegealltag zu reflektieren, Gewaltformen aufzudecken und Präventivmassnahmen zu diskutieren. Im Zentrum stand zudem die Vermittlung von Vorgehensweisen bei Verdacht oder Vorkommnissen von Gewalt und Missbrauch im Alter.

Insgesamt wurden an der Tagung medizinische, soziologische und pflegeberufspolitische Hintergründe für die Gewalt an Betagten dargestellt. Ebenso wurde über die rechtlichen Aspekte und die Möglichkeiten und Auswirkungen von Qualitätskontrollen in der Pflegepraxis referiert. Man wolle

Vertrauen schaffen, stärken, stützen und anerkennen, anstatt verunsichern, anklagen und skandalisieren wie es schlagzeilenträchtige Medien häufig täten, so Maja Ingold, Stadträtin von Winterthur, welche die Tagung eröffnete. Die Langzeitpflege unterliege einem Imageproblem und müsse endlich „als hohe Schule der Krankenpflege“ anerkannt werden, plädierte Elsbeth Wandeler, Geschäftsleiterin des SBK Schweiz. So wurde in den verschiedenen Referaten dann auch immer wieder auf die anspruchsvollen und oftmals belastenden Situationen helfender Personen aufmerksam gemacht. Dazu wurden aber auch die Risikofaktoren für Gewalt an Betagten seitens der Helfenden aufgezeigt.

Mythos „geldgierige Erben und sadistisches Pflegepersonal“

PD Dr. Albert Wettstein zeigte anhand eines eindrücklichen Fallbeispiels die Gratwanderung zwischen Hilfestellung und Gewalt auf und plädierte für ein „gewisses Recht auf Vernachlässi-

gung“. Dabei könne ein gewisses Mass an Selbstvernachlässigung – immerhin 70% aller Gewaltformen - die grössere Gewaltprophylaxe darstellen als vermeintliche Fürsorge und Unterstützung. Dr. Ueli Mäder, Soziologe am Institut für Soziologie an der Universität Basel, hingegen verwies auf die gesellschaftliche Tendenz der Verdrängung des Alters. Es fällt schwer, sich mit Veränderungen auseinander zu setzen.

Führungspersonen sind gefordert, aktiv zu sein

Aber auch die Rolle der Führungspersonen sowie die Kultur und Werte innerhalb der Institutionen stellten bedeutende Themen der Tagung dar. Es müsse gelingen, den Pflegenden ein höheres Selbstbewusstsein zu vermitteln, so dass sie ihr Tun und Handeln mit mehr Worten als lediglich mit dem „just a nurse“-Phänomen beschreiben könnten. Vielmehr brauche es „Courage pour l'age“. Des Weiteren müssten die Führungspersonen dazu stehen lernen, dass sie nicht alles wissen und erfahren, sondern wachsam sein, „zuhören, hinschauen und mitreden“. Sie müssten aktiv mit ihren Mitarbeitenden ins Gespräch kommen und offen dafür sein, dass es auch im eigenen Betrieb geschehen kann. Alles andere sei „Illusion, Arroganz oder Ignoranz und schränke die Aufmerksamkeit ein“ meint Marlies Petrig, Leiterin des Health Care Service Krankenhausverband Zürcher Unterland dazu.

Prof. Dr. Reinhard Schmitz-Scherzer formulierte dann auch den polarisierenden Satz „ohne Gewalt ist Pflege nicht möglich“. Werte würden bei der Gewalt eine grosse Rolle spielen und deren müsse man sich nicht nur bewusst sein, sondern diese auch (vor-)leben und internalisieren. Führungspersonen müssen zwecks Prävention da aktiv ansetzen, wo der spanische Philosoph José-Ortega y Gasset (1883-1955) meint: „was ist Gewalt anderes als Vernunft, die verzweifelt?“ Hier sind nicht nur die Gesellschaft, die Mediziner und die Soziologen gefragt, sondern à priori die Führungspersonen direkt vor Ort.

Zu Übergriffen in Pflegesituationen siehe auch das grosse Interview in Soziale Medizin 4.09 S. 25 ff.



edans / flickr

Soll die Medikamentenabgabe in Arztpraxen verboten werden?

Revision des Heilmittelgesetzes

Sollen Ärztinnen und Ärzte Heilmittel verkaufen dürfen? In vielen Kantonen ist das erlaubt. Der Entwurf zur Revision des eidgenössischen Heilmittelgesetzes sieht jedoch ein Verbot vor.

Populär ist der Vorschlag des Bundesrats kaum, die Medikamentenabgabe in Arztpraxen zu verbieten. Im Kanton Zürich beispielsweise haben sich die Stimmberechtigten vor rund einem Jahr dafür ausgesprochen,

diese auch in den Städten zuzulassen, wo sie vorher verboten war. In der übrigen Schweiz wird die Stimmung wohl ähnlich sein. Die Patientinnen und Patienten finden es verständlicherweise praktisch, ihre Medikamente in der Arztpraxis zu erhalten. Denn es ist ja wirklich mühsam, sich noch in eine Apotheke schleppen zu müssen, wenn man trotz Fieber den Weg in eine Arztpraxis unternommen hat. Die ärztliche Medikamentenabgabe kommt den Bedürfnissen der Patienten somit entgegen.

Auch wenn sie ihre Medikamente gerne in der Arztpraxis beziehen, wissen

es die meisten Patientinnen und Patienten zu schätzen, dass sozusagen an jeder Ecke eine Apotheke steht. Die ärztliche Medikamentenabgabe erschwert den zahlreichen Apotheken, die eh schon unter ökonomischem Druck stehen, jedoch die Existenz. Das vorgeschlagene Verbot könnte das Überleben einiger Apotheken sichern. Die Apostel der Marktwirtschaft halten von derartigem Strukturverlust durch staatliche Marktabschottung allerdings wenig. Und häufig haben sie damit sogar recht. Geschützte Branchen brechen meistens umso gründlicher ein, wenn sich der staatliche Schutz politisch nicht mehr halten lässt. Geschützte Unternehmungen neigen häufig auch dazu, einfach weiter zu machen wie bisher. Ihre Innovationskraft erlahmt, und irgendwann können sie sich trotz staatlicher Marktabschottung nicht mehr halten. Gerade die Apothekerinnen und Apotheker müssen sich neue Geschäftsstrategien überlegen. Die Branche ist bereits voll im Wandel. Immer mehr selbständige Apotheken werden von kapitalstarken Ketten geschluckt. Gross im Geschäft ist der Detailhandelsriese Coop.

Der Bundesrat, noch unter der Federführung von Pascal Couchepin, hat sich aus Kostenüberlegungen für das Verbot der ärztlichen Medikamentenabgabe ausgesprochen. Er geht davon aus, dass die Ärztinnen und Ärzte dazu neigen, mehr Medikamente als nötig zu verordnen, weil sie daran verdienen. Dieses Problem liesse sich allerdings auch ohne Verbot der ärztlichen Medikamentenabgabe entschärfen, indem man die Marge der Ärzte so stark redu-

ziert, dass nur noch ihr Aufwand für die Lagerhaltung gedeckt wird. Damit könnte man die Medikamente womöglich sogar billiger unter die Leute bringen als über die Apotheken.

Grundversorgung in Apotheken

Eine hohe Apothekendichte bietet aber auch einen Anreiz, sich bei leichteren Erkrankungen gar nicht in eine Arztpraxis zu begeben, sondern sich in der Apotheke mit rezeptfreien Heilmitteln einzudecken. Es wäre sogar denkbar, die Kompetenzen der Apotheken im Rahmen der medizinischen Grundversorgung zu erweitern. Sie könnten zu nied-



In der schweizerischen Gesundheitspolitik findet seit längerem eine Debatte über Managed Care und integrierte Versorgungsmodelle statt.

rigschwelligen Erstanlaufstellen werden, wo leichte Erkrankungen behandelt werden und eine erste Triage stattfindet. Ob sich die Gesundheitskosten dadurch senken liessen, ist aber fraglich. Denn Apotheken mit derart erweiterten Kompetenzen müssten über viel mehr qualifiziertes Personal verfügen.

Apotheken im Supermarkt

Wenn die Apotheken beim Medikamentenverkauf in Konkurrenz zu den Arztpraxen stehen, werden sie sich weniger zu Erstanlaufstellen der Grundversorgung entwickeln, sondern ihre Geschäftsfelder noch stärker in Richtung Kosmetika und Lifestyleprodukte ausdehnen. Diese Entwicklung findet eh statt. Und je mehr selbständige Apotheken von grossen Anbietern wie Coop übernommen werden, desto mehr wird sich ihr Geschäft mit dem übrigen Detailhandel vermischen. Bereits heute sind Apotheken innerhalb von Supermärkten und Shopping-Malls angesiedelt. Und dort werde sie ihr Geschäft zum grossen Teil mit Kosmetika machen.

Das Vier-Augen-Prinzip

Die Apothekerinnen und Apotheker argumentieren, gegen die ärztliche Medikamentenabgabe sprächen Sicherheitsüberlegungen. Wenn die Ärztin das Medikament verschreibt, und der Apotheker es abgibt, würde die Medikation von vier Augen überwacht. Fehlmedikationen könnten dadurch eher vermieden werden. Das stimmt natürlich. Apothekerinnen und Apotheker sehen sich immer wieder veranlasst, eine Medikation zu hinterfragen und mit dem betreffenden Arzt Rücksprache zu nehmen. Allerdings müssen die Ärztinnen und Ärzte auch andere risikobehaftete Entscheidungen treffen, bei welchen es

nicht um Medikamente geht. Deshalb müssen sie eine Fehlerkultur entwickeln, die auch ohne Kontrolle durch die Apothekerin und den Apotheker funktioniert. Die Sicherheit liesse sich jedenfalls auch unter Beibehaltung der ärztlichen Medikamentenabgabe gewährleisten.

Auch die Krankenkassen spielen mit

Ebenfalls ins Medikamentengeschäft drängen die Krankenkassen. Sie versuchen Versandapotheken aufzubauen, die grosse Mengen von Arzneimitteln günstig einkaufen können. Das wirkt sich dann günstig auf ihre Kosten und Prämien aus. Wenn die Ärzte aus dem Medikamentengeschäft verdrängt werden, können die Krankenkassen ihren Marktanteil einerseits vergrössern. Andererseits sind selbstständige Apotheker möglicherweise eher bereit, mit Krankenkassen beim Aufbau eines Versandgeschäfts zu kooperieren, wenn sie unter dem Konkurrenzdruck der Arztpraxen stehen. Aus der Sicht der Patientinnen und Patienten ist es problema-

tisch, wenn immer mehr Gesundheitsdienstleistungen unter die Kontrolle der Krankenkassen geraten. Denn dadurch wächst deren Machtfülle, die eh schon gross ist. Die Machtbalance ist aus dem Gleichgewicht, wenn ein Akteur immer grösseren Einfluss auf medizinische Behandlungen nehmen kann, dessen ökonomisches Interesse einseitig auf Kostensenkungen ausgerichtet ist. Ob der Einfluss der Krankenkassen mit oder ohne ärztliche Medikamentenabgabe stärker wächst, müsste genauer untersucht werden. Möglich ist, wie erwähnt, beides.

Managed Care und integrierte Versorgung

In der schweizerischen Gesundheitspolitik findet seit längerem eine Debatte über Managed Care und integrierte Versorgungsmodelle statt. Und es zeichnet sich ab, dass sich die eidgenössischen Räte bald einmal dazu durchringen werden, stärkere Anreize für solche Modelle zu schaffen. Auch für den neuen Bundesrat Didier Burkhalter scheint die Förderung von Managed Care ein vorrangiges Ziel zu sein. Ein wesentliches Element von Managed Care ist die aus einer Hand gesteuerte Versorgung (entscheidend ist dabei, wer steuert und welche ökonomischen Anreize auf die steuernde Stelle einwirken; damit haben wir uns in der Sozialen Medizin schon oft auseinandergesetzt). Im Zuge der Förderung von Managed Care müsste eigentlich auch geklärt werden, wer Medikamente abgibt und welche finanziellen Anreize dabei spielen sollen.

Die Redaktionsgruppe Soziale Medizin, der verschiedene HausärztInnen angehören, ist gegenüber der ärztlichen Medikamentenabgabe jedenfalls skeptisch. Ihrer Ansicht nach darf der Medikamentenverkauf nicht erheblich zu den Einnahmen einer Arztpraxis beitragen.

RUEDI SPÖNDLIN

Zum Vorentwurf für eine Revision des Heilmittelgesetzes läuft bis zum 5. Februar ein Vernehmlassungsverfahren. Weitere Informationen dazu unter www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=de&msg-id=29618.



Patentpool: Medizinische Forschung für alle

Noch in diesem Jahr wirt UNITAID einen Patentpool für HIV/Aids-Medikamente etablieren. Damit ist die Debatte neu lanciert, wie die Forschung und Entwicklung neuer Medikamente allen zugänglich gemacht werden kann. Ob die Schweiz diese Diskussion wohl verschläft?

VON MARTIN LESCHHORN STREBEL

Eine gute Nachricht erreichte uns zum Jahresende: Der Vorstand von UNITAID hat beschlossen, auf Mitte 2010 einen Patentpool für AIDS Medikamente einzurichten. Der auf freiwilliger Basis beruhende Mechanismus lädt Pharmafirmen, Universitäten und ForscherInnen ein, ihre Patente auf antiretrovirale Medikamente UNITAID zur Verfügung zu stellen. Generikahersteller bezahlen zur Weiternutzung der bislang geschützten Medikamente eine Lizenzgebühr. Die Patentrechte bleiben bei den PatentinhaberInnen.

UNITAID ist eine vor drei Jahren gegründete und von 29 Staaten getragene Organisation, die Medikamente gegen HIV/Aids, Tuberkulose und Ma-

laria für Entwicklungsländer erwirbt. Mit der Einrichtung des Patentpools hofft sie, die Innovation zu fördern und die Medikamente in den Entwicklungsländern zugänglicher zu machen. Wollten Generikaproduzenten bisher ein antiretrovirales Medikament entwickeln, mussten sie mit mindestens drei PatentinhaberInnen verhandeln. Mit dem Patentpool wird es nur noch einen Verhandlungspartner geben – UNITAID, welche den Pool führen wird.

Innovative Medikamente für die Armen

Damit gibt es Hoffnung für die rund 10 Millionen mit HIV-infizierten Menschen in den Entwicklungsländern, von welchen bislang nur 3 Millionen von den lebensrettenden antiretroviralen Behandlungen profitieren konnten. Durch den gleichen Mechanismus soll der Patentpool auch neuere Medikamente zugänglich machen. Dies ist für die PatientInnen wichtig, da sie auf die verabreichten Medikamentencocktails Resistenzen bilden können.

Mit dem Patentpool von UNITAID, für welchen sich verschiedene zivilgesellschaftliche Organisationen in den vergangenen Jahren engagiert haben,

kommt nun Bewegung in eine seit einigen Jahren erstarrte Debatte zwischen den Pharmainteressen und denjenigen Organisationen, die im Patentsystem ein schwerwiegendes Hindernis für die Gesundheitsversorgung in den Entwicklungsländern erkannt haben.

Die Patente sichern den Pharmaunternehmen über Jahre eine Monopolstellung in der Vermarktung eines geschützten Medikamentes. Die dadurch entstehenden hohen Preise, welche den Zugang für arme Menschen verunmöglichen, rechtfertigt die Industrie mit den Forschungs- und Entwicklungskosten. Ohne diese Monopolstellung verlören sie das Interesse, in Innovationen zu investieren. Dieses System, die Forschung und Entwicklung zu finanzieren, mag in den reichen Ländern, wo es KäuferInnen von Gesundheitsleistungen gibt, die das finanzieren können, noch einigermaßen funktionieren. In den Schwellen- und Entwicklungsländern bewirkt dieses System aber, dass die vorhandene Nachfrage nach Medikamenten nicht befriedigt werden kann, da die geschützten Medikamente übersteuert sind.

Marktversagen: Vernachlässigte Krankheiten

Das Patentsystem zur Finanzierung von Forschung und Entwicklung ist allerdings nur ein Problem, das den Zugang zur Gesundheit für alle verhindert. Dieses erste Marktversagen wird ergänzt durch ein zweites ebenso schwerwiegendes: Es gibt in Entwicklungs- und Schwellenländern eine hohe Nachfrage nach Medikamenten und Therapien gegen Krankheiten, die hauptsächlich oder ausschliesslich dort vorkommen. Es gibt aber keinen ausreichenden Anreiz für die Industrie und öffentliche Forschung, in diesem Bereich zu forschen und Produkte zu entwickeln.

Ebenfalls im Dezember 2009 hat die „Expert Working Group on Research and Development Financing“ der WHO (EWG) ihren Bericht vorgelegt. Sie zeigt verschiedene Modelle auf, wie mehr Mittel für die Forschung und Entwicklung in die sogenannten vernachlässigten Krankheiten geleitet werden können. Zwar liegt bedauerlicherweise keine umfassende Analyse der Mittelflüsse zu den einzelnen Forschungsge-

bieten vor. Sicher nicht grundlegend verbessert, sondern angesichts verstärkter Investitionen in Lifestyle-Krankheiten eher noch verschlechtert haben dürften sich die Zahlen aus dem Jahr 1986. Von den damals 80 Milliarden US-\$, die weltweit für die medizinische Forschung und Entwicklung ausgegeben wurden, waren nur 5% für die spezifischen, medizinischen Probleme der Entwicklungsländer vorgesehen.

Die EWG macht geltend, dass für die Forschung und Entwicklung im Kampf gegen die vernachlässigten Krankheiten mehr Geld zur Verfügung stehen muss. Dazu schlägt sie eine neue indirekte Steuer (etwa auf den Waffenhandel), freiwillige Beiträge aus der Wirtschaft und von KonsumentInnen sowie die Schaffung neuer Fonds vor.

Neben der Generierung von neuen Mitteln müssen die Anreize verbessert werden. Die EWG hat verschiedene Modelle geprüft und sieht die Folgen als erfolversprechend:

- 1) Schaffung von Partnerschaften zur Forschung und Entwicklung im Kampf gegen vernachlässigte Krankheiten
- 2) Subventionen an kleine und mittlere Unternehmen sowie für Studien in Entwicklungsländern
- 3) Prämien für die Erreichung von Meilensteinen in der Entwicklung eines Medikamentes
- 4) Prämien für die Fertigstellung eines Medikamentes
- 5) Abnahmegarantien

Schweiz: Harte Haltung

Eine gewisse Dynamik ist spürbar, damit der Zugang zu guten und sicheren Medikamenten auch für die Menschen in den Entwicklungsländern gesichert werden kann. Noch unklar ist aber, wie sich die Schweiz positionieren wird. Als Land mit einer weltweit führenden Pharmaindustrie und eines wichtigen Forschungsstandortes ist die Haltung der Schweizer Regierung von einiger Bedeutung. Ein kürzlich erschienener Bericht der Organisation 3D – Trade, Human Rights, Equitable Economy – zuhanden des UNO Ausschusses „Committee on Economic, Social and Cultural Rights“ kommt zu einem wenig schmeichelhaften Ergebnis. Während die Direktion für Entwicklung und Zu-

Gesundheit für die Ärmsten

Verantwortung von Staat, NGOs, Forschung und Pharmaindustrie

Jedes Jahr sterben Millionen von Menschen an leicht behandelbaren Krankheiten. Das Recht auf Gesundheit bleibt in vielen Entwicklungs- und Schwellenländern ein unerfülltes Postulat. Der Zugang zu guten Gesundheitsdiensten und sicheren Medikamenten ist für die dort lebenden Menschen hürdenreich oder ganz gesperrt. Was tun Politik, Industrie, Wissenschaft und Zivilgesellschaft, um die Situation zu verbessern?

Podiumsdiskussion mit:

Prof. Dr. Marcel Tanner,
Schweizerisches Tropeninstitut (STI)

Dr. Gaudenz Silberschmidt,
Bundesamt für Gesundheit,
Leiter Internationales

Prof. Dr. Klaus Leisinger,
Novartis Stiftung für
Nachhaltige Entwicklung

Dr. Andreas Wulf,
Medico International

Moderation:
Prof. Dr. Ueli Mäder, Universität Basel

Basel, 29. April 2010, 20.00 Uhr
Aula der Universität Basel,
Petersplatz 1

Eine Veranstaltung des Instituts für Soziologie der Universität Basel, der Katholischen Universitätsgemeinde Basel und des Netzwerkes Medicus Mundi Schweiz.

sammenarbeit (DEZA) im Gesundheitsbereich mit dem menschenrechtlichen Ansatz „Gesundheit für alle“ arbeitet, handelt das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) zusammen mit der EFTA (European Free Trade Association) Freihandelsverträge aus, welche bezüg-

lich des Patentschutzes über die WTO-Bestimmungen hinausgehen.

Von einiger Bedeutung sind die entsprechenden Verhandlungen mit Indien, einem der weltweit wichtigsten Länder der Generikaproduktion. Das EFTA-Mitglied Norwegen hat sich bereits aus den Verhandlungen über die geistigen Eigentumsrechte zurückgezogen, da es im Gegensatz zur Schweiz von Indien keine stärkeren Patenregeln fordern möchte. Katia Aebi, Programmverantwortliche bei 3D, schreibt in einem Beitrag für das Bulletin von Medicus Mundi Schweiz: „Falls Indien sich bereit erklärt, die von der Schweiz vorgeschlagenen geistigen Eigentumsrechte im geplanten Abkommen aufzunehmen, würden die Schweizer Konzerne über ein zusätzliches Druckmittel verfügen, um ihre Patentinteressen in Indien durchzubringen. Dies zum Nachteil der Menschen, die dringend auf den Zugang zu erschwinglichen lebensrettenden Medikamenten angewiesen sind.“

Es bleibt zu hoffen, dass sich die Schweiz von der Dynamik in der Debatte rund um Patente anstecken lässt und eine konstruktivere Haltung übernimmt – nicht dass sie nach dem Bankgeheimnis das nächste, volkswirtschaftlich bedeutende Thema verschläft.

Martin Leschhorn Strebel ist Mitglied der Geschäftsleitung des Netzwerkes Medicus Mundi Schweiz. Kontakt: mleschhorn@medicusmundi.ch

Quellen

Public health, innovation and intellectual property: Report of the Expert Working Group on Research and Development Financing. World Health Organisation, 23 December 2009. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB126/B126_6Add1-en.pdf

Website von UNITAID: www.unitaid.eu

Switzerland: Missing policy coherence: trade interests overriding right to health? Eingereicht von 3D, Trade – Human Rights – Equitable Economy, an den UNO-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte im November 2009: <http://www.3dthree.org/en/page.php?IDpage=23&IDcat=5>

Katja Aebi: Sind Handelsinteressen für die Schweiz wichtiger als das Recht auf Gesundheit? In: Bulletin 115, Medicus Mundi Schweiz, erscheint im Februar 2010.



christoph liebenritt | flickr

Kontroverse um die Bologna-Reform

Von der Alma Mater zur „Universitas AG“

In ganz Europa protestieren die Studierenden, ihr Stein des Anstosses ist die Bologna-Reform. Hier der Bericht einer Medizinstudentin, die Kritik an zunehmender Verschulung und Ökonomisierung sowie verschärftem Konkurrenzdenken übt.

Mehrere Hundert StudentInnen haben am 22. Oktober 2009 das Audimax der Uni Wien besetzt. Damit entfesselte sich eine regelrechte universitäre Besetzungskaskade durch ganz Europa: durch Albanien, Serbien, Dänemark, Frankreich, Italien, Deutschland, Österreich, Grossbritannien, Irland und auch die Schweiz. Was an der Uni Basel seinen Anfang nahm, zog sich über die Uni Zürich zu den Unis Bern, Lausanne und Genf. Die Besetzungen waren und sind die unweigerliche Antwort auf ein zunehmend ökonomisch geprägtes Bildungswesen. Die Bologna-Reform stellt nicht das eigentliche Problem dar, doch sie dient gewissermassen als gesetzliche

Grundlage, um diese Entwicklung in die Praxis umzusetzen.

Doch was hat es auf sich mit der Operation Bologna und welche Veränderungen hat diese bisher gebracht? Die Bologna-Deklaration wurde 1999 von 29 Staaten, u.a. der Schweiz, lanciert. Mittlerweile sind 46 Staaten beteiligt, die sich zum Ziel gesetzt haben, „den europäischen Arbeitsmarkt zu vereinheitlichen“, „die Mobilität im Bildungsraum Europa zu fördern“ und „die globale Wettbewerbsfähigkeit Europas als Bildungsstandort zu fördern“. Die Reform wurde ohne eine demokratische Diskussion oder gar die Einwilligung der Universitäten umgesetzt und hat den Weg für ein amerikanisiertes Bildungssystem geebnet. Parallelen zum Wandel im Gesundheitswesen sind unverkennbar: Beiderorts ist eine aggressive Entwicklung in Richtung Globalisierung und Privatisierung auszumachen.

Konkurrenz über alles

Da die Gelder für die Bildung zunehmend gekürzt werden, sind die Univer-

sitäten auf andere Geldgeber angewiesen – sprich private Unternehmen. Dadurch erhalten diese jedoch die Macht, universitäre Bildung nach ihren Interessen zu gestalten. Diese Tendenz macht sich in den Lehrinhalten ebenso bemerkbar wie in der Sprache („Kreditpunkte“, „Leistungsausweis“, „kundenorientiert“, „Hochschulmanagement“, „Kreativität ist ein gefragtes Kapital, weil es nicht vom Computer generiert werden kann“), den universitären Anlässen (z.B. Firmen-Apéros), der Kleidungsmode oder den zwischenmenschlichen Beziehungen der Studierenden untereinander, beispielsweise durch ein Konkurrenzverständnis, das sich über die Lehrveranstaltungen hinauszieht. Informelle Schönheitswettbewerbe sowie deren Vermarktung wie in Form des „Campusgirl“ und „Uniboy“ Kalenders sind nur ein Beispiel.

Die Uni serviert uns das „Menue Bologna“ mit wohlklingenden Phrasen wie „grenzenlose Freiheit in der Mobilität“. Ein geschickter Griff in die psychologische Trickkiste, denn wer möchte schon nicht frei und mobil sein? Ein weiteres Exempel euphemistischer Einullerei: „Ihre Ausbildung wird international transparent und vergleichbar“. Nur: nicht wir StudentInnen sind es, die bessere Vergleiche anstellen können, sondern unsere künftigen ArbeitgeberInnen. Grosskonzerne können uns als vereinheitlichte Produkte auf dem internationalen Markt optimal vergleichen, die Crème de la Crème rauspicken oder an-

derswoher günstigere Produkte importieren. Darunter leiden sowohl die liegen gelassenen „teureren Produkte“, als auch diejenigen, die zu Dumpinglöhnen und unter schlechteren Bedingungen schuffen müssen. Nicht zuletzt werden beide Seiten gegeneinander aufgehetzt, weil jede befürchtet, der anderen gegenüber benachteiligt zu sein. Illustrativ für den Ausverkauf der Bildung ist auch der 7-köpfige Unirat, das oberste Entscheidungs- und Führungsorgan der Uni Zürich. Es sind keinerlei (!) Angehörige der Universität in ihm vertreten, sondern ausschliesslich externe Personen, u. a. Hans-Ulrich Dörig (Vizepräs. des Verwaltungsrates der CS Group) und Andreas Steiner (Präs. der Forschungskommission von economiesuisse).

Geld verdienen neben dem Studium

Durch mehr anwesenheitspflichtige Lehrveranstaltungen und Leistungskontrollen ist der zeitliche Umfang eines Hochschulstudiums merklich gestiegen. Dadurch wird ein Teilzeitstudium erschwert bis verunmöglich. Gleichzeitig werden aber im Stipendienwesen kontinuierlich die Finanzen gekürzt. Tatsache ist, dass rund 70% aller Studierenden an der Uni Zürich nebst dem Studium arbeiten müssen, 25% finanzieren sich gar das gesamte Studium selber. Das zeitintensivere Studium birgt somit die Gefahr, dass finanziell schwächer gestellte StudentInnen entweder gar nicht erst ein Studium aufnehmen können, oder aber dieses schon nach dem Bachelor beenden müssen. Dies ist übrigens keine Zukunftsmusik: bereits heute gibt es Studierende, die ihr Studium aus finanziellen Gründen abbrechen oder für eine gewisse Zeit aussetzen, um zu arbeiten. Sinn und Zweck des zweistufigen Bachelor-/Master-Systems ist laut Bologna-Deklaration eine frühere Berufsqualifikation in Form des Bachelor-Diploms. Durch die reduzierte Studiendauer werden Kosten gespart; gleichzeitig stellen die Bachelor-AbsolventInnen eine neue, leicht auszubeutende Arbeitsklasse dar. Sie können zu tieferen Löhnen sowie schlechteren Arbeitsbedingungen beschäftigt werden, selbst wenn sie dieselbe Arbeit verrichten wie Master-AbsolventInnen. Der Spardruck wird auch auf den Schultern der Ange-

stellten ausgewälzt: das Reinigungspersonal wurde an externe Firmen ausgelagert und ist somit nicht mehr direkt von der Uni angestellt. Der Stundenlohn beträgt je nach Uni zwischen 14 und 17 Franken pro Stunde. Zum Teil liegt die obere Grenze des Arbeitspensums bei 12 Stunden pro Woche – so werden Sozialversicherungskosten gespart.

Sonderfall Medizin

Das Studium der Humanmedizin stellt innerhalb des Bologna-Prozesses einen Sonderfall dar. Noch relativ neu, nämlich vor drei Jahren begann der erste reformierte Studiengang. Neu wurde eine Masterarbeit (MA) anstelle einer Dissertation eingeführt – dadurch wird der Titel des „Dr.med.“ mit „Master of medicine“ ersetzt. Im Gegensatz zur Dissertation (die zwar üblich, aber nicht obligatorisch war) ist die MA eine obligatorische Voraussetzung, um sich für das Staatsexamen anzumelden. Es steht Studierenden frei, zusätzlich eine Disserta-

tion der einjährigen Forschungsarbeit bereits in Kraft getreten ist. Also kommt man nicht drum herum, nebst dem Studium so nebenbei ein Jahr lang zu forschen und nach der MA eine Dissertation aus dem Ärmel zu schütteln. Da man letztere aber erst ein Jahr nach dem Staatsexamen abgeben darf, verlängert sich das ohnehin schon lange Medizinstudium faktisch um ein Jahr. Nicht zuletzt stellt sich die Frage: lernen angehende ÄrztInnen wirklich mehr, indem sie ihre Studienzeit mit forschungsorientierten Arbeiten verplempern? Von Dozierenseite hiess es: „Ein Arzt, der nicht mindestens zwei wissenschaftliche Arbeiten verfasst hat, ist kein guter Arzt“. Doch viel sinnvoller wäre es doch, stattdessen klinische Erfahrungen zu sammeln. Abgesehen davon steht es in den Sternen, wie einjährige Forschungsarbeiten für jährlich 1000 Studierende schweizweit gefunden werden sollen.

Zugute halten muss man dem Wandel im Medizinstudium, dass Fächer wie „Psychosoziale Medizin“, „Kommunikation und Interaktion“ oder „Ethik“



Lernen angehende ÄrztInnen wirklich mehr, indem sie ihre Studienzeit mit forschungsorientierten Arbeiten verplempern?

tion nach Abgabe der MA zu verfassen. Der Umfang der bisherigen Dissertation war mit mindestens zwei Monaten bemessen; auch die MA befindet sich mit mindestens 10 Arbeitswochen in einem ähnlichen zeitlichen Rahmen. Im reformierten Studiengang muss die Dissertation hingegen auf einer mindestens einjährigen Forschungsarbeit basieren. Interessant: der Stundenplan ist zwar voller geworden; nichtsdestotrotz ist der Masterabschluss anscheinend tiefer gestellt als der Dokortitel. Allerdings besteht ein gewisser Druck, zu dissertieren, will man nicht benachteiligt werden. Erst recht, weil die einzelnen Universitäten die Reform unterschiedlich umsetzen. So erhält man in Österreich den Dokortitel bei Abschluss des Medizinstudiums „geschenkt“. In Bern ist eine Übergangslösung gültig, die einen 4-monatigen Arbeitsaufwand für die Dissertation vorschreibt, während in Zürich die Rege-

in den Lehrplan aufgenommen worden sind. Dass soziale Grundlagen eine relevante Rolle in der Arzt-/Patient-Beziehung und nicht zuletzt in der Prävention und Behandlung von Krankheiten darstellen, ist also anerkannt worden. Allerdings leiden diese Kurse unter dem birstenden Stundenplan. Auch, weil viele davon zwar anwesenheitspflichtig, jedoch nicht prüfungsrelevant sind. Die ausschliessliche Orientierung der Bildung an Prüfungen und Leistungsnachweisen ist ein weiterer Punkt, der vielerorts an der Bologna-Reform kritisiert wird. Der Soziologieprofessor Kurt Imhof brachte es auf den Punkt: „Es herrscht ein Bulimie-Lernen: reinfuttern, rauskotzen, vergessen“. Somit erfüllen selbst Ethikkurse ihren Zweck nicht. Anstatt Mitdenken und aktiver Beteiligung werden Zeitungen gelesen,

Fortsetzung auf Seite 14

Fortsetzung von Seite 13

Kreuzworträtsel gelöst, usw. Denn Fernbleiben kann man den Kursen aufgrund Präsenzkontrollen nicht. Also nix wie rein in den Hörsaal, die Präsenzliste unterschreiben und anschliessend die Stunden totschiessen, während man eigentlich Besseres zu tun hätte. Lernen zum Beispiel. Oder sich ausseruniversitär bilden. Oder jobben. Übrigens: wer für einen Mitstudierenden unterschreibt, wird mitbestraft.

Das Wesen der Bildung

In der Diskussion um die Bologna-Reform führen letztendlich alle Standpunkte auf die eine Grundsatzfrage hinaus: *was bedeutet Bildung?* Dient ein Universitätsstudium dazu, das Individuum kritisch und unabhängig zu bilden oder dazu, in das Individuum zu investieren? Darf Bildung überhaupt abhängig von privaten Interessen sein? Ist es gerechtfertigt, wenn die Uni chirurgische Nähkurse Pharmafirmen übergibt und diese einen Viertel der Kurszeit darüber schwadronieren, weshalb ihr Material besser ist als das der Konkurrenz? Dürfen Pharmakonzerne uns Lehrbücher, Hämmerli und Lämpfli sponsern? Ist es Meinungsfreiheit, wenn ein Peter Brabeck oder ein Robert Kagan an der Universität darüber palavern, dass es „absurd und extremistisch“ sei, Wasser als kostenloses Kollektivgut zu betrachten oder dass Europa endlich aufrüsten und „militärische Verantwortung tragen“ soll? Oder ist dies bereits Manipulation?

Es gibt noch viel zu tun – entsprechend „brennen“ auch heute noch über 100 Unis in ganz Europa. In der Schweiz führte der studentische Widerstand aktuell zu einem Teilerfolg: nach lautstarken Protesten und Demonstrationen hat der Zürcher Kantonsrat am 15. Dezember 2009 eine Verdoppelung der Studiengebühren abgelehnt. Damit ist ein entsprechender Antrag der bürgerlichen Parteien gescheitert. Und wir haben uns ein Stück freie, offen zugängliche Bildung zurückerobert.

EINE MEDIZINSTUDENTIN/VUA“,

Name der Redaktion bekannt

Chronische Krankheiten in Entwicklungsländern

Medicus Mundi-Symposium vom 10. November 2009

Eine von vier Frauen ist übergewichtig, und die Häufigkeit von Diabetes hat sich in den letzten 20 Jahren verdreifacht. Die übliche Klage halt über unserer „verfressene Wohlstandsgesellschaft“! Nein, die genannten Zahlen betreffen nicht unser Land oder eine andere Gesellschaft in der westlichen Welt. Sie stammen aus Mali, einem Staat in Westafrika, der im Allgemeinen als mausarm gilt.

rsp. In den Entwicklungsländern sterben heutzutage tatsächlich mehr Menschen an nicht übertragbaren, chronischen Krankheiten als an den vermeintlich klassischen Tropenkrankheiten. Welche Herausforderung dies für die Entwicklungspolitik darstellt, war das Thema des Symposiums des Netzwerks „Medicus Mundi“ vom 10. November 2009 in Basel. Denn die Antworten auf diese Entwicklung müssen in der Dritten Welt anders lauten als bei uns. Eine Rolle spielt beispielsweise, dass Übergewicht in Mali dem Schönheitsideal für Frauen entspricht und als Ausdruck einer guten Gesundheit gilt. Das ist keine Eigenheit Westafrikas. Vor hundert Jahren herrschten auch in Europa solche Vorstellungen. Inzwischen hat man aber die negativen Auswirkungen des Übergewichts kennen gelernt. Zudem kennt man in unseren Breitengraden den Hunger nicht mehr. Nebenbei bemerkt: Vielleicht könnten wir vom gelassenen Umgang mit dem Übergewicht in Afrika sogar etwas lernen, man kann es mit der Verteufelung der Dicken nämlich auch übertreiben.

Armut und Krankheit

Auch in der westlichen Welt ist es allerdings so, dass schwer übergewichtige Menschen vor allem in den unteren Ge-

sellschaftsschichten anzutreffen sind. Ein gesunderer Lebensstil ist deshalb nur über eine Verbesserung der Lebensverhältnisse zu erreichen. In Afrika sind dabei aber andere Probleme zu lösen als bei uns. Die schweizerische Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA) sieht jedenfalls die Notwendigkeit, sich längerfristig vermehrt um systemische Fragen zu kümmern, auch eine gerechte Welthandelsordnung. Heute setzt die DEZA, wie deren Direktor Martin Dahinden am Symposium ausführte, fast 10 Prozent ihrer Mittel für den Gesundheitssektor ein. Die Prioritäten liegen dabei bei der Gesundheit von Mutter und Kind, der Malaria, Aids und Tuberkulose. Daneben werden die System der Gesundheitsversorgung gestärkt, was auch chronisch Kranken zugute komme.

Spezialprogramme hinterfragen

Ein interessantes Thema wurde in der Publikumsdiskussion am Ende des Medicus Mundi-Symposiums angesprochen: Die Beschränkung gewisser entwicklungspolitischer Programme auf ganz bestimmte Krankheiten. Auch in der Rubrik „Med in Switzerland“ in unserer Zeitschrift wurde schon Kritik daran geübt (siehe „Weg mit UNAIDS, her mit Gesundheit“ von Roger England, Soziale Medizin 3.08 S. 24). Die Vertreterinnen von WHO und Rotem Kreuz auf dem Podium antworteten ausweichend, gaben aber zu verstehen, dass derart fokussierte Programme auch in andere Bereiche der Gesundheitsversorgung ausstrahlen sollten. Wer sich die Mechanismen der Politik vergegenwärtigt, kann den Grund für die Fokussierung internationaler Hilfsprogramme leicht erkennen. Finanzielle Mittel lassen sich leichter beschaffen, wenn sie zur Bekämpfung einer spektakulären Krankheit bestimmt sind, die in aller Leute Mund ist.

Nationale Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen

Patient im Zentrum der Gesundheitspolitik!

Ende Oktober hat der Bundesrat eine nationale Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen vorgelegt. Hier ein Kommentar dazu von einer Politikerin, die sich schon lange mit dem Thema befasst.

Der Bundesrat stellt den Patientennutzen und die Patientensicherheit in den Vordergrund – endlich! Endlich anerkennt er seine Verantwortung für eine gute Qualität der Gesundheitsversorgung in diesem Land: Die Schweiz braucht eine nationale Qualitätsstrategie. Wie mit meinen verschiedenen Vorstössen und auch in einem Bericht der GPK des Ständerates gefordert, übernimmt er nun die Führungsverantwortung dafür.

In seiner Qualitätsstrategie formuliert der Bundesrat insgesamt 9 Aktionsfelder, die ich alle unterstütze. Der Bund will mit zielgerichteten Massnahmen, dort zuerst handeln, wo die Risiken und damit auch unnötigen Folgekosten am grössten sind. Dazu gehören u.a. Medikationsfehler, Verwechslungen, Spitalinfektionen.

Der Bundesrat will die nötigen Strukturen und Ressourcen für die Umsetzung der Qualitätsstrategie schaffen. Die Qualität soll auch in der medizinischen Ausbildung ein Thema sein. Zudem will er Schwerpunkt-Programme definieren und Qualitätstransparenz für die Bevölkerung schaffen.

Was ist Qualität

Doch was ist Qualität im Gesundheitswesen? Wie lässt sie sich feststellen, messen und für Patienten und Versicher-

te verständlich machen? Sind es die Mortalitäts- oder Sterberaten nach einem Eingriff im Spital (das wäre problematisch!)? Sind es Infektions- und Komplikationsraten, die Schmerzintensität oder die Zeit bis zur Wiederaufnahme der Arbeit oder Selbständigkeit? Und wie steht es aktuell um die Qualität und vor allem um die Ergebnisqualität im Schweizer Gesundheitswesen. Antworten darauf sucht man vergeblich im Bundesratspapier. Hier ist noch enorm viel Grundlagenarbeit zu leisten.

Die konkrete Qualitätsstrategie muss der Bund zusammen mit den Leistungserbringern formulieren, in zeitlichen Vorgaben klar seine Führungsrolle wahrnehmen und nicht zuwarten bis zur grossen alles umfassenden Lösung und Strategie mit vollem Ausbau aller sich nur vorstellbaren Strukturen. Es gilt vorwärts zu machen zu tun, was schon lange zu tun gewesen wäre nach klaren Prioritäten.

Es gibt konkrete Qualitäts- und Sicherheitsprobleme, die in der Fachwelt bekannt sind und bei denen der Handlungsbedarf und die erforderlichen konkreten Massnahmen zur Verbesserung offensichtlich sind. Gerade im Hinblick auf die neue Spitalfinanzierung ist eine möglichst rasche wenn auch noch nicht vollkommene Konkretisierung der Qualitätssicherung schlicht ein Muss.

Schon vor mehr als 20 Jahren erklärte eine Studie der HSG St. Gallen die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen als zentral. Das war wohl der Grund, dass das Krankenversicherungsgesetz (KVG) einen Qualitätsartikel enthält. Denn, konzentriert sich die Gesundheitspolitik wie heute nur auf die Kostenfrage, „so ist der Weg in Richtung Rationierung sowie paradoxer-

weise Kostenzunahme ... vorgezeichnet“ (Aussage Konzept BR). Die reine Kostenminimierung mündet unweigerlich in eine Verschlechterung der Gesundheit der Bevölkerung und damit in einem Anstieg der Gesamtkosten. Eine nationale Qualitätsstrategie aber hilft Gesundheitskosten zu senken und sie hilft, die Schweiz als Gesundheitsland international so zu positionieren, dass finanziell potente PatientInnen zur Behandlung hierher kommen. Davon profitieren letztlich alle.

Damit die Schweiz im internationalen Vergleich wieder die Nase vorn hat muss sie in Sachen Qualitätsnachweis und Qualitätssicherung gewaltig aufholen. „Andere Länder haben schon länger landesweite Programme zur Sicherung der Qualität mit klaren messbaren Zielen“.

Teure Medikationsfehler

Man bedenke, dass Medikationsfehler in Schweizer Spitälern jährlich 800 bis 1'500 Menschen das Leben kosten.

To Do

b.h. Kosten der Qualitätsstrategie? Verwaltungskosten 1 Mio / Jahr. Jahresbudget 20 – 25 Mio/ Jahr (gemessen an Schadenkosten durch Fehlmedikationen wenig, ebenso gemessen an den Ausgaben der Stiftung Gesundheitsförderung und der Wirkung ihrer Plakatwerbung (20 Mio))

Wie finanzieren?

a) Forschung (Koordination der verschieden. Qualitätssicherungsansätze, Versorgungsforschung betr. grösster Problemfelder / Indikatoren-Set für Qualitätsmessung über Forschungsbudget

b) Konkrete Umsetzung über die Leistungsverrechnung Krankenkassen und Kantone

Auch bei Eingriffen kommt es zu vermeidbaren Todesfällen, man spricht von einer jährlichen Anzahl von rund 3000. Das Ausmass der Schädigungen ist nicht bekannt, weil die Datenlage des schweizerischen Gesundheitswesens

ungenügend ist. Fachleute schätzen, dass die Medikationsschäden Kosten von mehr als einer Milliarde zur Folge haben. Eine Milliarde vermeidbare Kosten und vermeidbares Leid!

Die Schweiz tut gut daran, so rasch wie möglich die grössten Problemfelder an die Hand zu nehmen. „Die Reduktion häufiger Medikations- und Behandlungsfehler, Verwechslungen, Spitalinfektionen, inadäquater Behandlungsabläufe im Notfall vermag Menschenleben zu retten und reduziert Kosten.“

Wo gearbeitet wird, vor allem unter so hoher Hektik wie im Spital, gibt es Fehler. Deshalb ist es wichtig, primär dort die häufigsten Fehlerquellen zu eliminieren. Die Qualitätssicherung stellt den/die Patienten/in ins Zentrum der Gesundheitsversorgung, die Sicherheit in der Behandlung und die Chance auf Heilungserfolg. Die OECD kritisierte schon 2006: Die Schweiz kennt keine landesweit gültige Qualitätsgrundsätze, keine Standards für die Qualität der Gesundheitsversorgung in Behandlung, Pflege und Reha und auch keine Verpflichtung zum Qualitätsnachweis.

Immer wieder wird festgestellt, dass zwar viel von Qualitätssicherung die Rede ist, aber noch herzlich wenig verbindlich umgesetzt wird. Mit seiner nationalen Qualitätsstrategie scheint der Bundesrat definitiv erkannt zu haben, dass er die Verantwortung für eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung in diesem Land nicht länger mehr einfach an die Kassen und die Leistungserbringer delegieren kann. Der Bund muss sich endlich engagieren.

Der Bundesrat darf nicht 'ex cathedra' die Qualitätssicherung diktieren. Aber er muss darum besorgt sein, dass der Nachweis der Qualität erbracht und sichtbar wird, dass ein Risikomanagement in der stationären Versorgung zur Selbstverständlichkeit wird und dass die Qualitätsstrategie und deren konkrete Ziele innert vorgegebener Zeit zur Umsetzung kommen. Die Massnahmen der Qualitätssicherung sind in enger Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern zu konzipieren. Am Bund ist es nur, den Nachweis einzufordern.

BEA HEIM
SP-Nationalrätin,
Kanton Solothurn



larink / flickr

Mammutprozess in Turin

Eternit: Giustizia!

Stephan Schmidheiny soll Sicherheitsvorkehrungen gegen Asbest vernachlässigt haben. Dies wirft ihm die Staatsanwaltschaft in Turin vor.

Ein Mammutprozess gegen zwei ehemalige Verantwortliche der Eternit AG Italien ist am 10. Oktober in Turin eröffnet worden.

Angeklagt sind der 62-jährige Schweizer Milliardär Stephan Schmidheiny und der 88-jährige Belgier Jean-Louis de Cartier. Seit 2001 hat die Staatsanwaltschaft Turin unter der Leitung von Raffaele Guariniello gegen die beiden ermittelt. Vorgeworfen wird ihnen, zwischen 1966 und 1986 in ihren Eter-

nitfabriken in Italien nur mangelhafte Sicherheitsvorkehrungen gegen asbestbedingte Erkrankungen getroffen zu haben und daher für den Tod von 2056 Menschen und die Erkrankung von 833 noch lebenden Asbestopfern verantwortlich zu sein. Die italienische Eternitfiliale machte 1986 Bankrott, sechs Jahre bevor in Italien Asbest verboten wurde.

Auch in der Schweiz hat Asbest zahlreiche Opfer gefordert. Strafrechtlich sind die Taten der Verantwortlichen aber gemäss Schweizer Recht verjährt. Möglich sind hierzulande nur noch zivilrechtliche Klagen. Entsprechende Verfahren sind im Gang, nicht nur gegen die Eternit AG, sondern auch gegen die BLS, die SBB und gegen Alstom. Staatsanwalt Guariniello hat im Jahr 2007

nach längerem Widerstand von der SUVA auch 196 Dossiers von italienischen Asbestopfern aus der Schweiz erhalten. Ob in diesen Fällen ebenfalls

chenschaft gezogen und zur Leistung von Schadenersatz verpflichtet werden», erklärte der Schweizer Opferanwalt Martin Hablützel.

hat der Schweizer Milliardär Opferfamilien eine Entschädigung von 60'000 Euro angeboten, wenn sie auf zivilrechtliche Forderungen verzichten. Laut Schmidheiny-Sprecher Schürmann haben 1'500 Personen in Italien dieses Angebot angenommen.

Seit den neunziger Jahren versucht sich Schmidheiny als Philanthrop und ökologischer Vordenker zu profilieren. Auf der aufwendig gestalteten Website von Schmidheiny kommt die Asbestproblematik schlicht nicht vor. Kürzlich ist im Stämpfli-Verlag eine Schmidheiny-Biographie von René Lüchinger erschienen: «Stephan Schmidheiny - sein langer Weg zu sich selbst». «Familie, Fleiss, Ehre», unter diesem Titel preist Autor Lüchinger seine Hagiographie gleich selber an: «Es gab Zeiten, als die Schweiz noch drei Grossbanken zählte, da sass je ein Schmidheiny bei der Bankgesellschaft, dem Bankverein und der Kreditanstalt im Verwaltungsrat».

«Eternit: Giustizia!» war auf einem Transparent von Asbestopfern im Gerichtssaal in Turin zu lesen. Philanthrop Schmidheiny war nicht anwesend. Vielleicht liest er gerade den bekannten Klassiker «Geld und Geist». 2003 meinte er in einem Interview mit dem Schweizer Fernsehen («Sternstunde»): «Ich habe viele Leute in meiner Bekanntheit erlebt, für die Reichtum zur Belastung geworden ist, vor allem, wenn sie älter wurden».

ALEX SCHWANK

“

Seit den neunziger Jahren versucht sich Schmidheiny als Philanthrop und ökologischer Vordenker zu profilieren. Auf der aufwendig gestalteten Website von Schmidheiny kommt die Asbestproblematik schlicht nicht vor.

noch Anklage erhoben wird, hängt unter anderem vom Verlauf des Verfahrens in Turin ab.

Hoffnung auch in der Schweiz

Es handelt sich beim Asbestprozess in Turin um einen der grössten Prozesse in Sachen Umwelt und Gesundheit in Europa. 200'000 Seiten Akten hat die Staatsanwaltschaft bearbeitet. Dabei findet nur ein Strafprozess statt, sondern es werden auch Zivilklagen erhoben, unter anderem von Italiens Arbeitsversicherungsanstalt Inail (der italienischen SUVA), welche 245 Millionen Euro als Rückerstattung für erbrachte Leistungen an Asbestopfer fordert. Als grossen Erfolg werten die Asbestopfer schon die Tatsache, dass die zuständige Untersuchungsrichterin Cristiana Palmesino im Juli 2009 nach einer dreimonatigen Vorprüfung die Hautverhandlung zugelassen hat. «Viele haben nicht mehr daran geglaubt, daher wird allein der Prozessbeginn als ein Stück Gerechtigkeit erlebt», erklärte die Zürcher Journalistin Maria Roselli. Sie hat 2007 ein brillantes Buch zur Asbestfrage veröffentlicht: «Die Asbestlüge, Geschichte und Gegenwart einer Industriekatastrophe». Auch Schweizer Asbestopfer hoffen auf eine Verurteilung von Schmidheiny. «Kommt es in Turin zu einer Verurteilung, könnte dies dazu führen, dass die Unternehmen auch in anderen Ländern zur Re-

Am meisten betroffen von der Asbestkatastrophe in Italien ist das im Piemont gelegene Casale Monferrato. In der Gemeinde mit 37'000 Einwohnern sind bis heute 1'350 Menschen an der Folge einer asbestbedingten Krankheit gestorben. Rund 40 Fälle kommen jedes Jahr dazu. Vor Prozessbeginn demonstrierten Betroffene in Casale Monferrato und legten weisse Rosen am Ort der abgerissenen Eternitfabrik ab.

Soziales Problem oder individuelle Verantwortung

Stephan Schmidheiny wird nicht vor dem Richter erscheinen. Er wurde 1976 Generaldirektor der Eternitgruppe und übernahm die Firma 1984 vollständig. Früh erkannte er, dass Asbest als Werkstoff aufgrund seiner Gefährlichkeit keine Zukunft hat und suchte nach Alternativen. Klar ist aber auch, dass Schmidheiny über die Zustände in seinen italienischen Asbestfabriken bestens informiert war und sich daher nicht aus der Verantwortung stehlen kann. Für Schmidheiny ist die Asbestfrage «ein soziales Problem», eine «individuelle Verantwortung» bestehe nicht. So argumentiert auch der Schmidheiny-Anwalt Astolfo di Amato in Turin: «Man kann den Einzelnen nicht für die Geschichte verantwortlich machen, sondern nur für das, was er getan hat». Die Verteidigung spielt in Turin auf Zeit. Im Vorfeld des Turiner Prozesses



In Soziale Medizin 4.08 S. 21 ff. ist der ausführliche Hintergrundartikel 'Zeitbombe Asbest – von der Wunderfaser zum tödlichen Staub' von Alex Schwank erschienen.



opus2008/ flickr

Schimmelpilz in Wohnräumen

Wie können sich Mieterinnen und Mieter wehren?

Schimmelpilz tritt in Wohnräumen häufig auf und kann zu Atemwegserkrankungen, Augen- und Hautreizungen führen. Nebst der Therapie der körperlichen Symptome ist es in solchen Fällen wichtig, für die Beseitigung des Schimmels zu sorgen. Das Mietrecht bietet Möglichkeiten dazu. Das Bundesamt für Gesundheit hat den Betroffenen den Rücken gestärkt, indem es eine informative Broschüre über Schimmel in Wohnräumen publiziert hat. Bisher wurde das Problem eher verharmlost.

Selber schuld, Sie haben zu wenig gelüftet“. Das ist die Standardantwort, wenn sich Mieterinnen und Mieter bei der Vermieterschaft über Schimmel beschwerten. Damit sollten sich

diese aber nicht abspeisen lassen. Denn Schimmelbefall in einer Mietwohnung ist meistens auf das Zusammenwirken vieler Ursachen zurückzuführen. Eine häufige Ursache sind so genannte Wärmebrücken, beispielsweise nicht isolierte Aussenwände. Weisen die betreffenden Wände im Innern Dampf abstossende Oberflächen auf, bildet sich darauf Kondenswasser und Schimmel. Eine andere Ursache von Schimmel kann von Aussen eindringende Feuchtigkeit sein. Das alles sind bauliche Mängel, die grundsätzlich die Vermieterschaft zu verantworten hat.

Das Verhalten der Bewohnerinnen und Bewohner kann das Auftreten von Schimmel in Wohnräumen zwar durchaus begünstigen. Etwa das Aufstellen von Schränken und Sofas zu nahe an schlecht isolierten Aussenwänden. Hinter diesen Möbeln kann die Luft weniger gut zirkulieren, wodurch allfälliges Kondenswasser auf der Wand nicht ab-

trocknet und einen Nährboden für Schimmelpilz bildet. Umgekehrt kann häufigeres Lüften Schimmelbefall oft verhindern oder zumindest verzögern.

Ständiges Lüften ist unzumutbar

Auch wenn sie durch ihr Verhalten zur Schimmelbildung beitragen, sind die betroffenen Mieterinnen und Mieter aber selten rechtlich dafür verantwortlich. Muss man eine Wohnung mehr als zweimal am Tag lüften, damit kein Schimmel auftritt, weist diese einen Mangel auf. Denn sie ist nicht normal nutzbar. Die Bewohnerinnen und Bewohner können sie nicht am Morgen verlassen und abends wieder heimkehren, ohne dass sich Schimmel bildet. Dafür ist die Vermieterschaft verantwortlich. Laut Gesetz müsste sie eine mängelfreie Wohnung zur Verfügung stellen, die mit normalen Lebensgewohnheiten nutzbar ist. Dasselbe gilt, wenn man an den Aussenwänden keine Möbel aufstellen darf. Darauf müsste die Vermieterschaft die Mieterinnen und Mieter zumindest vor Abschluss des Mietvertrags hinweisen.

In einzelnen Fällen mag es vorkommen, dass die Mieterschaft allein oder überwiegend für das Auftreten von Schimmelpilz verantwortlich ist. Das

kann etwa der Fall sein, wenn jemand ununterbrochen grosse Mengen Wasser kocht, ohne zu lüften, oder sehr viel Wäsche in der Wohnung aufhängt. Auch wer die Heizkörper im Winter komplett zudreht, kann für das Auftreten von Schimmel verantwortlich sein. Im Einzelfall ist es schwierig, die Ursache von Schimmel in Wohnräumen eindeutig festzustellen und die rechtliche Verantwortung zuzuweisen. Verschiedene Expertinnen und Experten kommen oft zu unterschiedlichen Schlüssen. Als Mieterin oder Mieter darf man also nicht unbedingt für bare Münze nehmen, was beispielsweise ein Malermeister erklärt, den die Vermieterschaft zur Beurteilung eines Schimmelschadens beigezogen hat.

Wer zahlt?

Sind Mieterinnen und Mieter für einen Schimmelbefall verantwortlich, müssen sie diesen auf eigene Kosten beseitigen lassen und für allfällige Folgeschäden aufkommen. Dazu muss ihnen die Vermieterschaft ihre alleinige oder überwiegende Verantwortung allerdings zweifelsfrei nachweisen. Kann die Vermieterschaft diesen Beweis nicht erbringen, ist sie zur Beseitigung des Schimmels verpflichtet. Für die Beeinträchtigung der Wohnqualität durch den Schimmelbefall und die Umtriebe bei dessen Beseitigung hat sie den betroffenen Mieterinnen und Mietern zudem eine Mietzinsreduktion zu gewähren. Wie viel diese ausmacht, ist Ermessenssache. 10 - 20 Prozent Reduktion des Nettomietzinses bei einem mittleren Schimmelbefall dürften in der Regel nicht übertrieben sein.

Wegen Schimmel sofort ausziehen

Von starkem Schimmel betroffene Mieterinnen und Mieter fragen immer wieder bei der Rechtsberatung der Mieterverbände an, ob sie kurzfristig ausziehen dürfen. Bei schweren Mängeln, welche die Benutzung einer Wohnung unzumutbar machen oder erheblich beeinträchtigen, sieht das Gesetz tatsächlich ein Recht auf fristlose Kündigung vor. Schimmel in Wohnräumen stellt zwar ein ernst zu nehmendes Gesundheitsrisiko dar. Trotzdem stellt sich dabei immer die Frage, ob der betreffende Mangel schwerwiegend genug ist. Diesbezüglich kann man fast nie sicher sein, jeder Fall ist sozusagen ein Grenzfall. Findet eine Mietschlichtungsbehörde oder ein Gericht nachträglich, der Mangel sei nicht schwerwiegend genug gewesen, um fristlos zu kündigen, muss

siko dar. Trotzdem stellt sich dabei immer die Frage, ob der betreffende Mangel schwerwiegend genug ist. Diesbezüglich kann man fast nie sicher sein, jeder Fall ist sozusagen ein Grenzfall. Findet eine Mietschlichtungsbehörde oder ein Gericht nachträglich, der Mangel sei nicht schwerwiegend genug gewesen, um fristlos zu kündigen, muss

Falle einer gerechtfertigten fristlosen Kündigung als Mieterin oder Mieter grundsätzlich zugute hat. Will eine Mieterin oder ein Mieter wegen Schimmel wirklich fristlos kündigen, ohne sich mit der Vermieterschaft darüber zu verständigen, lässt sie den Schaden am besten von der örtlichen oder kantonalen Gesundheitsbehörde beurteilen. Wenn die-



Als Mieterin oder Mieter darf man also nicht unbedingt für bare Münze nehmen, was beispielsweise ein Malermeister erklärt, ...

die betroffene Mieterschaft noch Mietzins nachbezahlen. Um das zu vermeiden, einigt man sich als Mieterin oder Mieter am besten mit der Vermieter-

se bestätigt, dass der Verbleib in der Wohnung gesundheitsschädigend ist, sollte eine fristlose Kündigung auf jeden Fall zulässig sein. Welche Behörde dazu zuständig ist, ist von Ort zu Ort verschieden. Die behördlichen Dienstleistungen sind nicht überall gleich. Am besten erkundigt man sich beim kantonalen Gesundheitsdepartement.

Neue Broschüre: Vorsicht Schimmel

Seit November ist beim Bundesamt für Bauten und Logistik die Broschüre ‚Vorsicht Schimmel, eine Wegleitung zu Feuchtigkeitsproblemen und Schimmel in Wohnräumen‘ erhältlich (unter der Adresse: www.bundespublikationen.admin.ch und dem Titel oder der Artikelnummer 311.310 gratis bestellbar). Die Broschüre ist in gemeinsamer Trägerschaft des Bundesamts für Gesundheit, des Schweizerischen Mieterinnen- und Mieterverbands (MV), des Hauseigentümerverbandes Schweiz (HEV) und des Schweizerischen Verbands der Immobilienwirtschaft (SVIT) entstanden. Sie enthält Wissenswertes rund um Feuchtigkeit und Schimmel in Wohnräumen.

Kein Gutachten in Auftrag geben!

Wer als Mieterin oder Mieter in seiner Wohnung Schimmel feststellt, sollte dies mit eingeschriebenem Brief der Vermieterschaft mitteilen. Nützlich sind zudem ein paar Fotos, welche das Ausmass des Schimmelbefalls dokumentieren. Über das weitere Vorgehen lässt man sich am besten bei den Mieterinnen und Mieterverbänden beraten. Nicht sinnvoll ist es, auf eigene Kosten eine Expertise über die Schimmelursache erstellen zu lassen. Denn wenn es zu einer rechtlichen Auseinandersetzung kommt, gibt nötigenfalls das zuständige Gericht eine Expertise in Auftrag. Die erste rechtliche Instanz, die Mietschlichtungsbehörde, kann häufig auch ohne Expertise eine vernünftige Einigung herbeiführen. Denn rechtlich gesehen ist es ja grundsätzlich Sache der Vermieterschaft, der Mieterin oder dem Mieter eine allfällige Verantwortung am Schimmelbefall nachzuweisen. Eine unklare Beweislage wirkt sich grundsätzlich zu Gunsten der Mieterschaft aus.

RUEDI SPÖNDLIN

Leben mit der Vergewaltigung

Befragung von betroffenen Frauen

Die Erfahrung der Vergewaltigung traumatisiert. Sie verändert den Selbstwert und die Identität von Betroffenen. Die Psychologin Eva Tov analysiert Versuche der Bewältigung. Sie erhellt, was hinderlich und förderlich sein kann.

Eva Tov befragte Frauen, die sexualisierte Gewalt erlebten. Bei den erschütternden Erzählungen interessieren die Auswege danach. Gibt es sie nur vordergründig? Mit Fassaden, die helfen, die Verletzungen ein wenig zu schützen und etwas ruhen zu lassen. Bis sie wieder aufbrechen. Nachts oder gerade dann, wenn es doch so schön sein könnte. Im Bund neuer Vertrautheit, die heilen soll, sich aber auf dem Hintergrund des Erleidens als brüchig erweist.

Schwieriger Zugang

Eva Tov geht in ihrer psychologischen Dissertation der Frage nach, wie vergewaltigte Frauen darüber berichten, was sie erfahren und wie die sexuellen Übergriffe ihr späteres Leben prägten. Sie nähert sich den siebenundzwanzig Gewalt besetzten Geschichten umsichtig über verschiedene Zugänge an: inhaltsanalytisch, narrativ und vergleichend. Die Annahme lautet, dass das zugeführte Leid das Selbst- und Weltbild tief beeinflusst. Diese These differenziert und fundiert sich im Verlaufe der Arbeit. Bei Frauen, die schon als vernachlässigtes Kind sexualisierte Gewalt erdulden mussten, zeigt sich beispielsweise ein durchgängig negatives Selbstbild. Die Vergewaltigung löst in ihrem Selbstempfinden keinen Bruch mehr aus. Es gibt damit auch kein Vorher, an das sich im Nachher anknüpfen liesse. Eva Tov

analysiert und konstruiert zudem weitere Typen, so etwa nach dem Erlebten und dem Erzählten. Sie tut dies auch im Vergleich mit chronisch Erkrankten. Diese können offenbar ihre (Unfall oder Krankheit bedingte) existenzielle Veränderung eher akzeptieren. Denn sie können als Grund eine quasi „höhere Gewalt“ annehmen. Das ist bei sexualisierter Gewalt schwieriger. Auch, weil sie durch menschliche Wesen verursacht wird.

Unterschiede stellt Eva Tov ebenfalls bezüglich der Art und Weise fest, wie abweichend oder kohärent Betroffene ihre Geschichte erzählen. Die Erinnerungen sind zunächst als wichtige Quellen und Wahrheiten anzunehmen. Gefühle, die durch jeweilige Kontexte entstehen, prägen die Darstellung. Assoziationen, die während Gesprächen auftauchen, verändern die Wiedergabe. Eva Tov reflektiert methodische und methodologische Probleme kundig und transparent. Sie diskutiert überaus interessant, was Offenheit gegenüber den Untersuchungspersonen bedeutet, wie sich die Kommunikation fördern lässt und welche Bedeutung hierbei der Sprache zukommt. Eva Tov thematisiert auch Zusammenhänge zwischen den individuellen Geschichten und den strukturellen Verhältnissen. Wenn wir so das gesellschaftliche Umfeld einbeziehen, das die Taten und Erinnerungen beeinflusst, können wir besser nachvollziehen, was einzelne Menschen erleben und was ihre Lebenswelten, Handlungsräume, Strategien und Deutungsmuster prägt.

Was hilft?

Eva Tov wollte heraus finden, „wie viel das Erleidene wiegt“. Das gelingt ihr, selbst erklärt, nur annäherungsweise. Dieses nüchterne Fazit dokumentiert den sorgfältigen und gründlichen Zu-

gang. Die Arbeit, die sich hier nur fragmentarisch zusammenfassen lässt, enthält eine Fülle an empirischem Material, das die Autorin (mit Computer gestützten Verfahren und der Grounded Theory) aufwändig analysiert, verstehend interpretiert und auch theoretisch weiter führend verknüpft. Sie differenziert beispielsweise, wie eine sozial konstruktivistische Betrachtung einerseits das Bewusstsein für weitere Sichtweisen öffnet, andererseits aber auch Gefahr läuft, bestehende Unterdrückung zu relativieren und so selbst Macht ausübt.

Zu den vielen weiteren Erkenntnissen gehört die einfache Feststellung, wie wichtig das Erzählen für die vergewaltigten Frauen selbst ist. Das mag im professionell therapeutischen Umfeld wohl bekannt sein, aber weniger bei Behörden sowie dem juristischen, ärztlichen und pflegenden Personal, das die so genannten Klientinnen unbedingt mehr sprechen lassen sollte. Die transkribierten und ausgewerteten Erzählungen machen auch deutlich, dass die Opfer zwar immer wieder zu den Fakten befragt werden, sich aber von der Gesprächsanlage und dem Interesse her kaum eingehend zur erlebten Gewalt äussern können. Wichtig sind für die Praxis auch die Hinweise zur notwendigen, aber zu relativierenden Offenheit im Gespräch mit Personen, die manchmal Mühe haben, ihre Bedürfnisse und Grenzen adäquat einschätzen zu können. Das führt auch zu wertvollen ethischen Überlegungen, die Eva Tov, Dozentin an der Hochschule für Soziale Arbeit (FHNW) am Ende ihrer lesenswerten Arbeit anstellt.

UELI MÄDER

Eva Tov, Leben mit der Vergewaltigung. Narrative Identitätskonstruktionen bei Frauen mit sexualisierter Gewalterfahrung. Verlag Barbara Budrich, Leverkusen 2009, 445 S., SFr. 81.-.



equishband / flickr

„Weisst du, wir haben eine patente Frau aus Polen“

Private Pflegerinnen aus Niedriglohnländern.
Ein Gespräch mit Angeline Fankhauser und Sarah Schilliger

Wenn immer möglich vermeiden es viele Schweizerinnen und Schweizer, im Alter in ein Heim einzutreten. Viele stellen eine Pflegerin aus einem Niedriglohnland an, die sie zu Hause pflegt. Hier ein Gespräch darüber, was von derartigen Pflegerverhältnissen zu halten ist.

Ruedi Spöndlin: Wie die Forschungen von Sarah Schilliger zeigen, leben in schweizerischen Privathaushalten zahlreiche Frauen aus Billiglohnländern

und pflegen alte Menschen. Angeline Fankhauser, bist du dieser Form von Alterspflege auch schon begegnet?

Angeline Fankhauser: Ich weiss davon, habe aber keine genauen Informationen. Zahlen dazu gibt es nicht. Tatsache ist, dass viele alte Menschen Angst vor der Entmündigung haben, die mit einem Eintritt in ein Heim oder eine andere Institution verbunden ist. Deshalb entspricht private Pflege zu Hause einem grossen Bedürfnis. Wenn sich die Betroffenen diese nicht selber organisieren können, tun das die Angehörigen. An einer Tagung fragte kürzlich jemand: Wer hat für seine Eltern eine der-

artige Lösung organisiert? Da sind fast alle Tagungsteilnehmenden aufgestanden. Ein ähnliches Bild ergibt sich, wenn ich mich im persönlichen und politischen Umfeld umhöre, etwa bei Parteigenossen aus der SP. Da höre ich oft: „Weisst du, wir haben eine patente Frau aus Polen, welche meinen betagten Vater oder meine Mutter pflegt“.

Sarah Schilliger: Ich denke, hier spielt auch ein starkes Pflichtgefühl der Familienangehörigen mit, das für die Schweiz – ein Land, das sich bei der Pflege und Betreuungsarbeit auf ein sehr traditionelles, stark familialistisches Modell stützt - typisch ist. Die Angehö-

Unsere Gesprächspartnerinnen

Angeline Fankhauser, geb. 1936, Co-Präsidentin der Grauen Panther beider Basel und ehemalige Co-Präsidentin der VASOS (Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz), ehemalige Zentralsekretärin des Schweizerischen ArbeiterInnenhilfswerkes und Präsidentin der Schweizerische Flüchtlingshilfe. SP-Nationalrätin von 1983 – 1999.

Sarah Schilliger, geb. 1979, studierte Politikwissenschaft, Soziologie und Philosophie in Zürich. Sie ist Assistentin am Lehrstuhl für Soziologie von Ueli Mäder (Universität Basel) und forscht im Rahmen ihrer Dissertation zur Pendel-Migration von Care-Arbeiterinnen aus Osteuropa in die Schweiz.

rigen fühlen sich moralisch verpflichtet, ihren betagten Eltern oder Grosseltern einen Aufenthalt im Alters- oder Pflegeheim zu ersparen, und suchen dann eine private Lösung. Ausschlaggebend dafür ist auch die weit verbreitete Befürchtung vor der Entmündigung in den Heimen.

Fankhauser: Ausschlaggebend muss der Wille der Betroffenen sein, wir alten Menschen sind nicht Eigentum unserer Angehörigen. In Wirklichkeit wissen die meisten alten Menschen ihren Willen auch durchzusetzen. Eine Tatsache ist allerdings, dass die Angehörigen alter Menschen heute meistens berufstätig sind. Die Töchter stehen heute im Erwerbsleben und haben nicht mehr im gleichen Mass wie früher Zeit, ihre betagten Eltern zu pflegen.

Schilliger: Die Veränderung der Familienformen ist zweifellos ein ganz entscheidender Faktor. Dadurch stösst das informelle Pflegepotenzial in der Familie immer mehr an Grenzen. Einerseits die Tatsache, dass es kaum mehr Drei-Generationen-Haushalte gibt: 1970 lebten noch 20 Prozent in dieser Form, im Jahr 2000 nur noch 3 Prozent. Andererseits die erhöhte Erwerbstätigkeit der Frauen. Die Erwerbsarbeitsquote der Frauen ist in der Schweiz in den letzten 40 Jahren von rund 30 auf über 70 Prozent gestiegen. Für viele Frauen mitt-

leren Alters – vor allem Partnerinnen, Töchter und Schwiegertöchter – zeigt sich immer häufiger ein zweiter Vereinbarkeitskonflikt: Nach der Erziehungssituation und erfahren eine Doppelbelastung von eigener Erwerbsarbeit und Pflege von Angehörigen.

Fankhauser: Ein weiteres Problem sind die räumlichen Distanzen zwischen Angehörigen. Unsere Gesellschaft ist mobil geworden. Alte Menschen können nicht mehr darauf zählen, dass ihre Kinder und Grosskinder in der Nähe wohnen. Häufig leben diese in einer anderen Region der Schweiz oder beispielsweise in Deutschland oder sogar in Neuseeland.

Schilliger: Dazu kommt, dass man weniger Kinder hat als früher. Heute müssen sich häufig nur ein oder zwei erwachsene Kinder die Betreuung der betagten Eltern teilen, während es früher beispielsweise vier oder fünf waren.

Fankhauser: Die Kinder sind häufig selbst schon recht alt, wenn ihre Eltern pflegebedürftig werden. Nicht selten ist die Tochter einer pflegebedürftigen, über neunzigjährigen Frau selbst schon über siebzig. Da sind ihre Kräfte begrenzt.

heime öffneten sich für die Mittelschicht und sind nicht mehr nur den Armen vorbehalten. Dadurch gab es eine klare Verbesserung des Komforts. Heute nun sind diese Heime für viele Menschen wieder zu teuer. Deshalb suchen sie private Lösungen, die dank der Migration wieder günstiger sind.

Spöndlin: Ist diese Art von Migration problematisch?

Fankhauser: Wieso sollen alte Menschen nicht die Dienste von Migrantinnen in Anspruch nehmen dürfen, wenn man den Landwirten das Recht auf Saisonarbeiter zugesteht. Verhindern lässt sich das nicht, auch wenn es den Gewerkschaften missfällt. Die Gewerkschaften sollten sich vielmehr überlegen, wie man den Pflegerinnen aus dem Ausland einen Mindestlohn, soziale Sicherheit und geregelte Arbeitsbedingungen sichern kann. Ein erster Ansatz dazu ist der Normalarbeitsvertrag für Hauspersonal, der sich zurzeit in einem Vernehmlassungsverfahren befindet. Auch ich heisse die Pflege in privaten Haushalten nur unter der Bedingung gut, dass gewisse Arbeits- und Lohnbedingungen gewährleistet sind. Man muss diese Form der Pflege aus der heutigen Grauzone befreien.

“

Wenn sich die Frauen beklagen, dann weniger über den tiefen Lohn als vielmehr über die fehlende Privatsphäre, die Isolation und die grosse Verantwortung, die auf ihren Schultern lastet. S. Schilliger

Spöndlin: Ist die private Pflege zu Hause somit eine Folge der modernen Lebensformen?

Fankhauser: Private Pflege zu Hause ist nichts Neues. In vielen Haushalten gab es früher einmal Mägde oder Dienstmädchen, die bei der Pflege alter Menschen mithelfen konnten. Für den Mittelstand wurde das im Verlaufe der Zeit dann zu teuer. Alters- und Pflege-

Schilliger: Problematisch an den Arbeitsbedingungen von Pflegerinnen in Privathaushalten ist unter anderem, dass diese meistens 24 Stunden pro Tag zur Verfügung stehen müssen. Sie leben im Haushalt der pflegebedürftigen Person, eine geregelte Arbeitszeit gibt es nicht, Freizeit ist nahezu unbekannt. Viele der Frauen haben zu wenig Schlaf. Auch eine Privatsphäre können die Pfl-



“
Wieso sollen alte Menschen nicht die Dienste von Migrantinnen in Anspruch nehmen dürfen, wenn man den Landwirten das Recht auf Saisonarbeiter zugesteht.

A. Fankhauser

gerinnen weitgehend vergessen. Es handelt sich um ein ähnliches Verhältnis wie bei Au-Pairs, die als „Teil der Familie“ und nicht als eigentliche Arbeitnehmerinnen gelten. Man spricht ja neuerdings auch von Senio-Pairs. Im Gegensatz zu den Senio-Pairs gibt es für Au-Pairs aber ein klares Au-Pair-Reglement, das die Arbeitszeit auf höchstens 5 Stunden täglich festschreibt, das den Anspruch auf Freizeit und auf Sprachkurse regelt – auch wenn dies bei Au-Pairs bekanntlicherweise häufig auch nicht eingehalten wird.

Fankhauser: Im Bereich der privaten Pflege bestehen ein Angebot und eine Nachfrage. Es gibt in anderen Ländern Menschen, vor allem Frauen, die Geld verdienen und dazu auswandern müssen. Da ist es besser, sie können in einem Privathaushalt als Pflegerin tätig sein, als sich in einem Bordell zu verkaufen.

Letzteres kommt ja auch vor: Frauen aus armen Ländern, die sich bei uns als Prostituierte oder Striptease-Tänzerinnen anbieten müssen. Widersinnig ist, dass unsere Gesetze die Tätigkeit im Sexgewerbe eher regeln als die private Pflege.

Spöndlin: Würden die Frauen, die als Pflegerinnen in schweizerische Privathaushalte kommen, mangels einer Alternative auch im Sexgewerbe arbeiten?

Schilliger: Nein, denn diese Pflegerinnen kommen aus sehr katholischen Ländern wie Polen. Ich denke nicht, dass sie im Sexgewerbe arbeiten würden. Die meisten dieser Frauen sind mittleren Alters, so ab 45, zum Teil sind sie schon Grossmütter. In Polen finden sie wegen der hohen Arbeitslosigkeit keine Anstellung, und wenn, dann nur eine schlecht bezahlte. Viele sind gut ausgebildet,

nicht selten handelt es sich um Akademikerinnen. Ihre Diplome sind im Westen aber nicht gefragt und häufig nicht anerkannt. Hintergrund ihrer Arbeitssuche in der Schweiz ist oft, dass sie ihren Kindern eine gute Ausbildung ermöglichen möchten und dafür auf finanzielle Mittel angewiesen sind.

Spöndlin: Frauen aus Polen haben neuerdings Anspruch auf die Personenfreizügigkeit innerhalb der EU, auch in der Schweiz. Sie dürfen sich also legal hier aufhalten. Frauen beispielsweise aus Lateinamerika, der Ukraine oder Südostasien sind aber oft illegal da. Hat der ausländerrechtliche Status Einfluss auf die Arbeitsbedingungen?

Fankhauser: Ich spreche nicht gerne von illegalen Menschen, das ist so abwertend. Ich sage lieber ‚sans-papiers‘.

Schilliger: Erst das Gesetz macht diese Menschen zu Illegalen. Man sollte eher von illegalisierten Menschen sprechen. Sans-Papiers sind tatsächlich am meisten verwundbar, da sie hier praktische keine Rechte haben und die persönliche Abhängigkeit von der Arbeitgeber-Familie enorm hoch ist. Die Frauen aus Polen haben nun durch die EU-Osterweiterung ein Aufenthaltsrecht in der Schweiz. Rechtlich gesehen sind sie zum Teil Angestellte einer polnischen Agentur und arbeiten gestützt auf die EU-Entsenderichtlinie. Sie gelten als entsandte Arbeitnehmerinnen (sog. Leiharbeit). Andere haben den Status von selbständig Erwerbenden, die durch eine Agentur aus Polen vermittelt werden. In Wirklichkeit handelt es sich wohl häufig um eine irreguläre Form von „Schein-Selbständigkeit“, da ja nur ein einzelner Arbeitgeber vorhanden ist, von dem die anscheinend Selbständige voll abhängig ist. Der rechtliche Status ist meistens nicht ganz klar, die betroffenen Frauen bewegen sich in einer rechtlichen Grauzone. Häufig verfügen sie für die Schweiz über keine Krankenversicherung. Sie können es sich also keinesfalls „leisten“, in der Schweiz krank zu werden. Wenn schon, bezahlen sie ihre Sozialversicherungsbeiträge in Polen. Eine professionelle Anlaufstelle, an die sie sich bei Schwierigkeiten mit ihren Arbeitsbedingungen wenden könnten, gibt es nicht.

Fankhauser: Daneben leben und arbeiten zweifellos zehntausende bis

über hunderttausend ‚sans-papiers‘ von ausserhalb der EU in der Schweiz, welchen das Gesetz kein Aufenthaltsrecht zugesteht. Man hat sie aber jahrelang geduldet, weil gewisse Arbeiten sonst nicht erledigt würden, gerade in Privathaushalten. ‚Sans-papiers‘ haben natürlich keinen Versicherungsschutz in der Schweiz, auch wenn sie theoretisch einer Krankenkasse beitreten könnten. Und damit ist es für sie auch fast unmöglich, eine medizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen. Wenn sie nach Jahren von den Behörden entdeckt werden, werden sie meistens verhaftet und ausgeschafft. Wie schon gesagt, habe ich nichts gegen Arbeitsverhältnisse in Privathaushalten, trete aber dafür ein, dass man sie regelt und den Arbeitnehmerschutz verwirklicht. Man müsste den betreffenden Frauen auch eine gewisse Aus- und Weiterbildung ermöglichen. Dazu muss man zuerst darüber reden. Derartige Beschäftigungsverhältnisse dürfen nicht länger ein Tabu sein.

Ebenfalls stört mich, dass man Computerspezialisten, Hotelpersonal und sogar Sexarbeiterinnen aus dem Aus-

land legal in der Schweiz beschäftigen kann, private Pflegerinnen aber nicht oder – wenn sie aus einem EU-Land wie Polen stammen – nur unter unklaren und schwierigen Bedingungen. Das passt zu einer Politik, die alte Menschen entmündigt. Unsere Einwanderungsgesetze tragen den Bedürfnissen aller möglichen Wirtschaftsbranchen Rechnung, nur nicht dem Bedürfnis alter Menschen, sich zu Hause pflegen zu lassen, statt in ein Heim einzutreten.

Land legal in der Schweiz beschäftigen kann, private Pflegerinnen aber nicht oder – wenn sie aus einem EU-Land wie Polen stammen – nur unter unklaren und schwierigen Bedingungen. Das passt zu einer Politik, die alte Menschen entmündigt. Unsere Einwanderungsgesetze tragen den Bedürfnissen aller möglichen Wirtschaftsbranchen Rechnung, nur nicht dem Bedürfnis alter Menschen, sich zu Hause pflegen zu lassen, statt in ein Heim einzutreten.

Schilliger: Beide Seiten – sowohl die Pflegebedürftigen, die eine Person im Privathaushalt beschäftigen, als auch

die Arbeitnehmerinnen – sind ja an guten Arbeitsbedingungen interessiert. Denn je prekärer die Arbeitsverhältnisse sind, desto weniger ist auch die Qualität der Pflege und Betreuung gewährleistet.

Spöndlin: Ist es nicht so, dass Arbeitnehmerinnen in privaten Haushalten meistens relativ fair behandelt werden? Denn sie stehen ja in einer persönlichen Beziehung zu ihrer Arbeitgeberschaft. Diese wird ihr in der Regel mit Wertschätzung begegnen und sie im Rahmen ihrer Möglichkeiten anständig bezahlen und behandeln.

Fankhauser: In einem privaten Anstellungsverhältnis besteht meistens tatsächlich eine gegenseitige Wertschätzung. Trotzdem sind meines Erachtens ein festgelegter Mindestlohn und geregelte Arbeitsbedingungen unerlässlich, die beispielsweise einen Mindestanspruch auf Freizeit, genügend Schlaf, Privatsphäre, ein eigenes Zimmer usw. umfassen. Nebst der Pflege im privaten Einzel-Anstellungsverhältnis gibt es auch so genannte Homecare-Unternehmen, eine Art privater Spitex. Dort herr-

schen hoffentlich reguläre Arbeitsbedingungen, auch wenn die Löhne wohl niedrig sind. Manchmal leisten die Krankenkassen sogar einen Anteil an die Kosten eines Homecare-Instituts, was bei einer Einzelanstellung nie der Fall ist. Die Beiträge der öffentlichen Hand und der Sozialversicherungen an die Pflege zu Hause stehen jedoch in einem krassen Missverhältnis zu dem öffentlichen Geld, dass in Prunkbauten für Alters- und Pflegeheime investiert wird. Investiert wird im Bereich der Altersbetreuung vor allem in Bauten und weniger in menschliche Beziehungen.

Spöndlin: Ist das Leben in einem Alters- und Pflegeheim tatsächlich so unangenehm?

Fankhauser: Bezeichnenderweise sind es vorwiegend Männer, die solche Heime planen und über die entsprechenden Investitionen entscheiden. Bewohnt werden diese aber überwiegend von Frauen. Die Betriebskonzepte der Heime orientieren sich meistens an den Bedürfnissen der Pflege, obwohl es sich um das Zuhause der Bewohnerinnen und Bewohner handeln sollte. Da findet um halb sechs Uhr das Nachessen statt und eine Stunde später sind alle in ihrem Zimmer. Die Bewohnerinnen und Bewohner werden oft fast wie Kinder behandelt. Man versucht sie mit lächerlichen Bastelarbeiten zu erfreuen. Das wäre nichts für mich. Zudem sind Alters- und Pflegeheime eine „Geldmaschine“. Die Tarife werden so festgelegt, dass die Kosten gedeckt sind. Sie sind extrem teuer. Wenn jemand nicht selber dafür aufkommen kann, zahlt die öffentliche Hand über die Ergänzungsleistungen. Die Bewohnerinnen und Bewohner treten meistens unfreiwillig ein und haben keine Wahl. Die Nachfrage ist also garantiert, ohne dass man die Bedürfnisse der Kundschaft sehr ernst nehmen müsste. Zwar ist im Heim für alle Bedürfnisse gesorgt. Aber es fehlt die Privatsphäre und die Autonomie.

Schilliger: Wäre denn das Modell, im Alter mit anderen Menschen zusammen zu leben, nicht unterstützenswert? In Zürich wird zurzeit beispielsweise eine Überbauung geplant, bei der man über die Integration von älteren, vielleicht auch pflegebedürftigen Menschen in Mehrgenerationen-WGs diskutiert. Solange sie noch rüstig sind und Lust dazu haben, engagieren sich RentnerInnen in der Betreuung von Kindern im Grosshaushalt. Wenn sie nicht mehr so mobil sind, können sie im Alltag auf die Unterstützung durch jüngere WG-MitbewohnerInnen zählen.

Fankhauser: Ich habe doch keine Lust, mich im Alter mit wildfremden Menschen zusammen zu finden und eine Wohngemeinschaft zu organisieren. Im Alter gewinnen die Gewohnheiten und „Marotten“ an Bedeutung. Ich habe ja meine Familie, wohne allein und koche gerne. Aber ich will das kochen, worauf ich Lust habe, und nicht in der WG darüber diskutieren, ob morgen Lauch

“

Zwar ist im Heim für alle Bedürfnisse gesorgt. Aber es fehlt die Privatsphäre und die Autonomie A. Fankhauser



spöndlin | sozmedia

“

In einer längerfristigen Perspektive führt meines Erachtens nichts daran vorbei, dass mehr öffentliche Mittel für die Spitex zur Verfügung gestellt werden, damit diese als echter, bedürfnisorientierter service public funktionieren kann ...

S. Schilliger

und übermorgen Rüeblli aufgetischt werden sollen. In einer WG gibt es auch keine richtige Privatsphäre. Wenn das Bedürfnis nach Privatsphäre nicht so gross wäre, gäbe es keine so grosse Nachfrage nach den Dienstleistungen von Homecare-Instituten und privaten Pflegerinnen. Was ich mir vorstellen kann, wären Pflegegemeinschaften. Mehrere pflegebedürftige Menschen leben in einem eigenen Haushalt in unmittelbarer Nähe zueinander. Und es steht ein Pflegeteam bereit, das bei allen

vorbeischauf. Die Alterswohnungen, die man einmal in grosser Zahl gebaut hat, umfassen in der Regel kein solches Pflegeangebot. Deshalb sind sie für alte Menschen auch nur von beschränktem Nutzen.

Spöndlin: Ist die Privatsphäre nicht auch in Frage gestellt, wenn man im Privathaushalt rund um die Uhr eine Pflegerin um sich herum hat, die sich ausschliesslich um einen allein kümmert? Im Heim widmen einem die Pflegerin-

nen hingegen nicht pausenlos ihre Aufmerksamkeit. Zwischendurch wenden sie sich auch jemand anderem zu.

Fankhauser: Wenn ich mich im Privathaushalt pflegen lasse, wähle ich die Pflegerin aus. Im Heim hingegen wechseln die Pflegenden ständig und ich habe keinen Einfluss auf ihre Auswahl. In Einzelfällen kann es aber vorkommen, dass eine Pflegerin den ihr anvertrauten Menschen bedrängt oder sogar tötlich wird gegen ihn. Die einsamen Arbeitsbedingungen und die häufige Überforderung begünstigen solche Vorfälle. Auch schon vorgekommen sein soll es, dass eine Pflegerin zusammen mit Komplizen den ganzen Hausrat gestohlen und abtransportiert hat. Das sind aber sicher seltene Einzelfälle. Trotzdem brauchen auch in diesem Fall alte Menschen Schutz.

Spöndlin: Kommt es nicht auch vor, dass jemand eine Pflegerin im Testament begünstigt?

Fankhauser: Das ist eine heisse Sache. Denn in solchen Fällen werden die Angehörigen das Testament in der Regel anfechten.

Schilliger: Von einer Begünstigung im Testament habe ich noch nie gehört.

Fankhauser: Was vorkommt, ist, dass die betreuten Menschen der Pflegerin aus dem Ausland grosse Geschenke machen. Sie übergeben ihr beispielsweise ein wertvolles Schmuckstück und sagen, dass solle die Pflegerin haben, nicht die Tochter.

Schilliger: Pflegerinnen im Privathaushalt sind häufig gut in die Familie der pflegebedürftigen Person integriert und werden schon fast als Mitglied der Familie betrachtet. Diese quasi-familiäre Beziehung macht es für die Angestellten natürlich umso schwieriger, sich abzugrenzen.

Spöndlin: Als was sehen sich die Frauen selber, die beispielsweise aus Polen in Schweizer Privathaushalte kommen, um einen alten Menschen zu pflegen? Fühlen Sie sich ausgebeutet?

Schilliger: Das ist unterschiedlich. Einige würden sich selber nicht als Arbeits-Migrantinnen bezeichnen. Sie sehen ihre Tätigkeit nicht als eigentlichen Beruf oder Arbeit, sondern sagen, sie seien hier in der Schweiz „zu Be-

such“. Sie sind in ihrem Selbstverständnis eine Hilfe oder Unterstützung für die Familie der zu pflegenden Person. Eine Pflegerin aus Polen hat mir zum Beispiel erzählt, ihre eigene Mutter sei früh gestorben. Sie sehe die Frau, die sie in der Schweiz pflege, als eine Art Ersatzmutter und wolle sie bis in den Tod begleiten. Diese Frau bezieht sich auf eine konstruierte Wahlverwandtschaft und erlebt in ihrer Tätigkeit offensichtlich eine gewisse emotionale Befriedigung.

Andererseits kam in den Gesprächen hervor, dass die Frauen natürlich vor allem aufgrund ökonomischer

Spöndlin: Haben die Frauen, die in die Schweiz kommen um alte Menschen zu pflegen, in ihrer Heimat nicht auch Angehörige, um die sich jemand kümmern sollte.

Schilliger: Das ist richtig. Das Heimweh und die Trennung von der eigenen Familie ist für viele dieser Frauen ein Problem. So erzählten mir Frauen, sie hätten ein schlechtes Gewissen gegenüber ihren eigenen Kindern, Grosskindern oder Eltern/Schwiegereltern. Sie empfinden gegenüber ihrer Herkunftsfamilie eine starke Loyalität. In ihrer Heimat hinterlassen sie tatsächlich auch

Probleme mit sich, die wir nicht alle so bald lösen können. Ich denke jedenfalls, es ist für eine polnische Frau angenehmer, als Pflegerin in einem Privathaus zu arbeiten, statt sich als Erdbeerpflückerin in der Landwirtschaft zu verdingen. Vom Sexgewerbe wollen wir schon gar nicht reden. Pflege ist etwas Schönes, sie ermöglicht menschliche Beziehungen. Ich möchte aber nochmals betonen: Unabdingbar sind ein fairer und geregelter Mindestlohn, Privatsphäre und geregelte Freizeit, ein Ablöseplan, Sozialversicherungen sowie fachlicher Austausch und Unterstützung. Ich habe von einer Erfahrung der Pro Senectute im Kanton Solothurn gehört und betrachte es als gute Lösung: Sobald jemand pflegebedürftig wird, findet eine Pflegekonferenz statt. An dieser werden die Rollen von Hausarzt oder Hausärztin, Spitex, Angehörige sowie alle andern Beteiligten Homecare-Mitarbeiterinnen oder private Pflegerinnen festgelegt. Von dieser Konferenz wird ein Protokoll erstellt und es finden periodisch Folgekonferenzen statt, an welchen man das Erreichen der Ziele bespricht. In diesem Rahmen könnte auch eine private Pflegerin die nötige Unterstützung finden.



Auch ich heisse die Pflege in privaten Haushalten nur unter der Bedingung gut, dass gewisse Arbeits- und Lohnbedingungen gewährleistet sind. Man muss diese Form der Pflege aus der heutigen Grauzone befreien.

A. Fankhauser

Zwänge hier sind. Und sie sind sich sehr wohl bewusst, dass sie zu einem viel geringeren Lohn als die Schweizerinnen und Schweizer arbeiten. Die Pflege- und Betreuungsarbeit in der Schweiz ist für sie eine Art Überlebensstrategie. Die meisten Pflegerinnen aus Polen betreiben Pendelmigration – ein selbst organisiertes Rotationsprinzip: Sie halten sich drei Monate in der Schweiz auf und kehren dann wieder für drei Monate in ihre Heimat zurück. Dann kommen sie wieder. In diesem Rhythmus wechseln sie sich mit einer Kollegin ab. Die Tatsache, dass die Lebenskosten in Polen merklich tiefer sind und ihr karger Lohn in Schweizerfranken dann im Herkunftsland doch einiges wert ist, ermöglicht es den Frauen, das Leben im eigenen Land fortzuführen. Sie betreiben eine Art von „Lebenspraxis der zwei Standbeine“.

Wenn sich die Frauen beklagen, dann weniger über den tiefen Lohn als vielmehr über die fehlende Privatsphäre, die Isolation und die grosse Verantwortung, die auf ihren Schultern lastet. So müssen sie beispielsweise die Pflege eines demenzkranken Menschen übernehmen, ohne dass sie fachkundige Unterstützung hätten.

eine Art „Betreuungslücke“. Diese Lücke wird in Polen teilweise überbrückt durch die Rekrutierung von Frauen aus der Ukraine. So entsteht eine globale Betreuungskette, die sich um den ganzen Globus spannt!

Spöndlin: Gibt es Anlaufstellen für Pflegerinnen aus Polen, wo sie sich treffen und Rat holen können?

Schilliger: Der einzige mir bekannte Treffpunkt für die Frauen aus Polen ist die polnische katholische Kirche. In Zürich und Basel gibt es beispielsweise jeden Sonntag eine polnische Messe. Dort treffen sich die Frauen und geben sich bei Bedarf Tipps. Die Kirche ist für viele Migrations-Communities eine wichtige Drehscheibe, auch für Latinas. Für die Sans-Papiers gibt es die Sans-Papiers-Anlaufstelle, die aber nicht allen Betroffenen bekannt ist.

Fankhauser: Meines Erachtens handelt es sich um ähnliche Arbeitsverhältnisse wie bei den Nannys, die Kinder hüten. Auch ich war als Nanny tätig. Dort gab es wenig Privatsphäre. Aber ich war in die Familie integriert und hatte die mir anvertrauten Kinder gern, ich wäre für sie durchs Feuer gegangen. Die Migration bringt zweifellos viele

Spöndlin: Wie viel muss man einer privaten Pflegerin aus Polen bezahlen?

Schilliger: Üblich sind 1'800–2'500 Franken pro Monat plus Kost und Logis. Falls die Person über eine Agentur rekrutiert wird, werden zudem Vermittlungsgebühren erhoben.

Spöndlin: Und wieviel kosten die Dienste eines Homecare-Unternehmens?

Schilliger: Bei einer 24h-Rundumbetreuung gibt es nichts unter 7'500 Franken pro Monat. Home-Care-Unternehmen wie „Home Instead“ verlangen für ihre Dienstleistungen zwischen 27 und 42 Franken pro Stunde.

Spöndlin: Wären die Dienstleistungen privater Pflegerinnen aus Polen überhaupt noch gefragt, wenn diese Arbeitsverhältnisse geregelt würden, mit Mindestlohn, Freizeit usw?

Fankhauser: Die Dienstleistung würde sicher teurer, wäre aber immer

Fortsetzung auf Seite 35



ahbyeah / flickr

Was leistet eine diplomierte Pflegefachperson HF?

Ein ganz normaler Arbeitstag

Hier der Tagesablauf einer Pflegefachperson mit höherer Fachausbildung. Diesen hat die ‚Aktion Gsundi Gsundheitspolitik‘ (AGGP) anlässlich einer Kundgebung zur Lohnrevision im Kanton Zürich der Finanzdirektorin Ursula Gut übergeben (vgl. Soziale Medizin 4.09 S.8). Interessant ist er auch in Zusammenhang mit dem Pflegenotstand, vor welchem die Konferenz der kantonalen GesundheitsdirektorInnen warnt (vgl. S. 68).

Im Herbst 2008 habe ich die Höhere Fachschule Pflege abgeschlossen und arbeite in der Grundfunktion auf einer onkologischen Bettenstation in einem Zürcher Spital in der Lohnklasse 14.

Mittwoch, 6:45 Uhr

Ich betrete das Spital, ziehe mich in der Garderobe um, begeben mich über weite Flure auf meine Abteilung

und überfliege dort ein Mitteilungsblatt mit Neuerungen von der Pinnwand.

7:00 Uhr

Arbeitsbeginn. Ich lese mich unter Zeitdruck in die Pflege- und Ärztedokumentation der vier mir unbekannt PatientInnen, welche ich die nächsten fünf Tage betreuen werde, ein:

- Was ist in den letzten Tagen gelaufen? – Das Telefon klingelt: es ist je-

mand von der Röntgenabteilung. – Welche Pflegeschwerpunkte müssen gesetzt werden? – Der Pflegeassistent fragt, ob Patient Z. heute essen darf. – Trotz Abführmittelgabe hatte eine Patientin seit 4 Tagen keinen Stuhlgang; ich plane ihr Abführzäpfchen möglichst früh am Tag zu verabreichen, da es sonst zu Komplikationen kommen kann. – Was für ärztliche Verordnungen stehen heute an? – Das Telefon klingelt: Eine Physiotherapeutin fragt, wann sie bei den PatientInnen vorbeikommen kann. – Wie koordiniere ich die weiteren Termine und Untersuchungen?

Zwei Patienten treten heute um 9 Uhr auf die Abteilung ein, zwei Patienten sind schon stationär. Ich erstelle meine Tagesplanung, wohl wissend, dass Vieles wieder über den Haufen geworfen werden wird.

7:20 Uhr

Ich bereite alle Pflegemittel, Blutentnahmen, Medikamente, Infusionen und Gerätschaften für die erste Morgenrunde bei meinen PatientInnen vor und gebe zwischendurch kurze Infos an die Pflegeassistentin weiter. Bei einer Blutentnahme bemerke ich, dass kein Testblutröhrchen verordnet ist, welches jedoch für den Fall einer Bluttransfusion wichtig ist; ich ergänze es selbständig.

Da ich ein volles Programm haben werde, wecke ich Frau A., 32-jährig, (Hirntumor, nach Operation nun Bestrahlungen des Hirns und der Wirbelsäule), obwohl sie eigentlich gerne länger schläft. Sie hat Bodenpflege. Ich erkundige mich gezielt nach ihrem Wohlbefinden und beobachte ihren Zustand.

Die Wortfindungsstörungen sind morgens nach dem Aufwachen verstärkt vorhanden und ich kann mir nur soviel Zeit nehmen, um Frau M. gerade noch zu verstehen. Gleichzeitig messe ich Blutdruck, Puls, Temperatur, nehme Blut ab und injiziere Frau M. ihr Mistelpräparat in den Bauch.

Danach verabreiche ich Frau M. das Abführzäpfchen und helfe ihr ihre Antithrombosenstrümpfe anzuziehen. Ich muss sie stützen, da sie im Sitzen und Stehen eine Fallneigung nach rechts hat.

Eine Fachangestellte Gesundheit (FaGe) im zweiten Lehrjahr habe ich dazu geholt und erkläre ihr als Lernsituation, wie ich Frau M. unterstütze aufzustehen und einige wenige Schritte bis zum Rollstuhl zu gehen. Die Bewegungen der Beine der Patientin sind unkontrolliert und überschüssend. Frau M. wird auf Wunsch zum WC und anschliessend zum Lavabo geschoben, wo sie mit Unterstützung der FaGe-Lernenden und meiner Anleitung Morgentoilette macht. Am Tisch helfe ich der Patientin das Frühstück mit den eigenen Händen vorzubereiten, Brote zu streichen. Dies ist für die Hirnfunktionen und für die Feinmotorik eine therapeutisch wichtige Übung und erfordert von uns beiden viel Geduld. Ich lege ihr die Tabletten

bereit. Frau M. kann mittlerweile selbstständig essen, ein riesiger Fortschritt.

8:00 Uhr

Herr B., 24-jährig, (Seminomatöser Keimzelltumor) ist nun auch wach und sagt, gut geschlafen zu haben. Er hat bis anhin keine Nebenwirkungen der Chemotherapie. Damit das so bleibt, bringe ich ihm seine Medika-

Zudem muss ich ihm noch den Blutzucker messen. Ich bemerke, dass der Code der Teststreifen nicht mit dem des BZ-Gerätes übereinstimmt, welches zu Fehlresultaten führt. Da keine Teststreifen vorrätig sind, muss ich in die nächste Abteilung um welche zu holen und die Stationssekretärin informieren, damit sie Nachschub bestellt.

Bevor Herr B. nach Hause kann, instruiere ich ihn, wie er seine Medi-



mente gegen Übelkeit und bespreche mit ihm seinen Tagesablauf. Er wird heute nach der Chemotherapie nach Hause austreten können. Ich messe auch ihm Blutdruck, Puls und Temperatur sowie sein Körpergewicht und nehme Blut ab; letzteres muss ich feimotorisch und psychologisch geschickt angehen, da er in den letzten Tagen bereits sehr viel in die Venen gestochen werden musste. Die Venen sind durch die Chemotherapiezyklen verhärtet und Herr. Z. hat von den vielen Blutentnahmen langsam die Nase voll.

kamente einnehmen muss, damit er auch zu Hause keine Übelkeit erleiden wird. Ebenso instruiere ich ihn, wie er sich am nächsten Tag selbstständig eine Spritze ins Fettgewebe verabreichen kann, damit er nicht deswegen nochmals ins Spital kommen muss.

Unterdessen hat Frau M. fertig gefrühstückt und möchte sich die Zähne putzen sowie die Kleider anziehen. Dies übernimmt inzwischen die FaGe-Lernende selbstständig nach kurzer Rücksprache mit mir, da sie die Patientin bereits zwei Tage kennt. Sie hilft Frau M. sowenig wie möglich,

soviel wie nötig. Jede gezielte Bewegung fördert die Neuvernetzung der Neuronen im Hirn und somit bei konsequenter Förderung ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten. Die Bewegungen der Patientin sind langsam und hochkonzentriert. Währenddessen wird sie von der FaGe angeleitet und gestützt, damit sie im Sitzen und Stehen nicht wegkippt.

Kurz vor halb Neun kommen ihre Eltern, welche sie zur Radiotherapie begleiten werden. Sie haben einige Fragen an mich bezüglich der Organisation der Operation vom übernächsten Tag und dem Aufklärungsgespräch am heutigen Nachmittag. Diese kann ich gleich klären. Sie äussern, sich grosse Sorgen zu machen und sind froh, die Informationen verständlich erklärt zu erhalten.

8:40 Uhr

Alle Pflegefachpersonen treffen sich im Sekretariat für einen kurzen Rapport. Wer braucht Unterstützung? Welche Patienten treten wann aus? Sind allgemeine Termine einzuhalten?

8:45 Uhr

Kurze Znünpause auf der Abteilung; unterbrochen von einem Telefon der Apotheke bezüglich der Chemotherapie von Herrn C., welcher um 9 Uhr eintritt. Ein Patient läutet, da er am Erbrechen ist, und ein Assistenzarzt, der wissen will, welche Spritze für eine Blutgasanalyse verwendet werden müsse und wo diese zu finden seien.

Schlussendlich war ich insgesamt 5 Minuten gesessen und musste mein Brot im Stehen hinunterschlingen.

9:00 Uhr

Herr C. und Herr D. sind beide pünktlich auf die Station eingetreten. Ich begrüsse Herrn D, 79-jährig, (Hypopharynxkarzinom) und seine

Ehefrau. Er ist schon einige Male bei uns gewesen und kennt die Örtlichkeiten. Ich frage ihn gezielt nach seinem Wohlbefinden nach dem letzten Chemotherapiezyklus vor drei Wochen. Die ausgeprägte Mucositis hat ihm grosse Mühe und starke Schmerzen bereitet. Er hat Bedenken, dass es dieses Mal auch wieder so schlimm werden wird. Auch die Müdigkeit und Leistungseinschränkung haben grosse Auswirkungen auf die Bewältigung

lich stattfinden kann. Ich vereinbare mit ihm einen Termin kurz vor elf Uhr, um die Pflegeanamnese aufzunehmen.

9:30 Uhr

Nun begrüsse ich Herrn C., 59-jährig, (Inselzelltumor) und seinen Lebenspartner Herr E. Herr C. ist zum ersten Mal bei uns und kennt sich



des Alltages und schränken seine Lebensqualität erheblich ein. Ich nehme die Infos auf. Dann messe ich Blutdruck, Puls und Temperatur sowie das Körpergewicht. Hier fällt mir auf, dass Herr D. massiv an Gewicht verloren hat. Ich notiere mir, die Ernährungsberatung einzuschalten.

Dann steche ich den Port-à-Cath unter sterilen Bedingungen an, nehme Blut ab und blocke ihn mit Heparin damit er durchlässig bleibt. Herr D. weiss, dass er jetzt auf die Blutwerte warten muss bis entschieden werden kann, ob die Chemotherapie tatsäch-

noch nicht aus. Ich erkläre ihm kurz den Tagesablauf und zeige ihm die Räumlichkeiten. Anschliessend frage ich ihn nach seinem Wohlbefinden. Herr C. scheint mir sehr bedrückt und unsicher zu sein. Seine Antworten fallen knapp und leise aus. Der Lebenspartner ergänzt. Herr C. hat einen zentralen Venenkatheter, über welchen seit heute morgen kontinuierlich Glucose in die obere Hohlvene hineinfließt. Die letzten Tage brauchte er die Glucoseinfusion nur während der Nacht. Heute morgen fand ihn Herr E. komatös vor. Er mass ihm den Blut-

zucker. Dieser war 0.6 - eine massive Hypoglykämie, obwohl er während der Nacht kontinuierlich Glucose direkt ins Blut bekam. Der Partner äussert sich sehr erleichtert, dass Herr C. nun stationär sein kann. Er habe grosse Ängste ausgestanden und die letzten Tage keine Sekunde entspannen können.

Ich merke, dass hier viele Emotionen und Geschichten vorhanden sind, welche ich in diesem Moment aber leider aus zeitlichen und organisatorischen Gründen nicht auffangen kann. Ich mache mit ihnen für den Nachmittag ein Gespräch ab.

Da Herr C. verunsichert ist, messe ich ihm direkt selber Blutdruck, Puls und Temperatur sowie das Gewicht und nehme Blut ab, anstatt dies der neuen FaGe-Lernenden zu delegieren.

Mittlerweile ist Frau M. auf dem Weg zur Bestrahlung des Hirns und in die Planung der Rückenmarkbestrahlung. Zum Glück begleiten sie ihre Eltern; ich hätte keine Zeit dazu.

10:00 Uhr

Die Assistenzärzte möchten Visite machen. Ich erzähle ihnen den Verlauf des Vorabends, der Nacht und des heutigen Morgens. Kläre Fragen bezüglich Procedere, Medikation etc. Wir gehen kurz bei allen PatientInnen vorbei.

10:15 Uhr

Frau M. ist von der Bestrahlung zurück. Sie ist sehr müde und möchte sich einige Minuten hinlegen. Ich unterstütze sie in der Mobilisation vom Rollstuhl auf die Matratze.

10:20 Uhr

Die Chemotherapie von Herrn B. wurde von der Apotheke geliefert. Ich kontrolliere die Verordnung und die Medikamente mit einer Kollegin und mache sie applikationsbereit. Bei Herrn B. kontrolliere ich die Lage des Venenkatheters. Es liegt in meiner

Verantwortung, dass die Infusion richtig in die Vene läuft und nicht ins Gewebe, sonst drohen Gewebsnekrosen. Erst dann hänge ich ihm das Zytostatika an.

10:30 Uhr

Ich schaue nach, ob die Blutwerte vom Labor schon ausgewertet sind und beurteile, ob ich aufgrund eines Blutwertes die Ärzte informieren muss.

In dieser ruhigen Minute beginne ich den Pflegebericht vom bisherigen Morgen zu schreiben, erste Pflegediagnosen der beiden eingetretenen Herren zu erstellen und bereite die Austrittsmedikamente von Herrn B. vor.

10:45 Uhr

Die Logopädie ruft wegen einem Termin für Frau M. an. Der Tag von Frau M. ist durch Untersuchungen, Therapien und Besprechungen schon so ausgefüllt, dass wir den Termin auf morgen verschieben. Ich muss den Überblick behalten und koordinieren.

Das erste Zytostatika von Herrn B. ist fertig infundiert. Ich kontrolliere das zweite mit einer Kollegin, mache es applikationsbereit, kontrolliere erneut den Venenzugang von Herr B. und hänge ihm das Zytostatika an. Herr B. freut sich sehr auf den Austritt und ist entsprechend guter Laune. Ich bespreche mit Herr B. die Austrittsmedikamente und sein Verhalten im Falle von Nebenwirkungen, welche erst zu Hause auftreten können. Er weiss, dass er sich jederzeit bei uns auf der Station melden kann. Eine Leistung, welche öfters beansprucht wird, aber nicht abgerechnet werden kann.

11:00 Uhr

Das Telefon läutet, während ich noch bei Herr B. bin. Frau M. muss ins Röntgen. Ich unterstütze sie in der

Mobilisation von der Matratze in den Rollstuhl. Die Eltern begleiten sie wieder.

11:10 Uhr

Nun gehe ich wie abgemacht zu Herr D. für das pflegerische Eintrittsgespräch. Da Herr D. schon einige Male bei uns war und ich ihn kenne, muss ich nur den aktuellen Status aufnehmen. Ich erkundige mich nochmals systematisch nach körperlichen Funktionen und Beschwerden, nach



seinem psychischem Zustand und seiner sozialen Situation. Dann nehme ich den Mundstatus auf, es zeigt sich eine Besserungstendenz in den letzten Tagen, und erkundige mich im Speziellen nach seiner Mundhygiene. Er wurde beim letzten Zyklus anscheinend gut instruiert und führte die Mundhygiene auch zu Hause konsequent durch.

Ich begutachte nun seine Hautveränderungen an den Händen, Rücken, Brust und im Gesicht. Diese sind eine typische Nebenwirkung der Erbituxtherapie und für viele Patienten eine ausserordentliche Belastung aufgrund der Entstellung. Auch in der Hautpflege wurde Herr D. instruiert,

er hat seine Pflegeprodukte dabei und ich beobachte, dass er diese korrekt anwendet. Die schon erwähnte Müdigkeit und Leistungseinschränkung nehme ich als Pflegediagnose auf, ebenso die Mucositis, die Hautveränderungen und den Gewichtsverlust.

11:25 Uhr

Das zweite Zytostatika ist bei Herrn B. nun auch fertig infundiert. Ich spüle den Venenkatheter mit Kochsalzlösung und entferne ihn anschliessend. Herr B. muss nun noch auf die ärztlichen Austritts-

11:40 Uhr

Frau M. ist vom Röntgen zurück. Sie musste lange warten und ist nun richtig müde. Unterstützung im Transfer Rollstuhl – Matratze.

11:50 Uhr

Ich verrechne meine bisher erbrachten Leistungen und die verabreichten Medikamente.

12:20 Uhr

Halbstündige Mittagspause

12:50 Uhr

Herr C. hat vergessen den Blutzucker nochmals zu messen. Holt dies nun nach. Der Blutzucker ist zufriedenstellend gestiegen.

Die Chemotherapieverordnung von Herrn D. ist nun vorhanden. Ich kontrolliere sie und entdecke diverse Fehler. Kontaktiere den Assistenzarzt und bitte ihn um Korrektur.



papiere warten. Er hat von meiner Seite alles Material erhalten und keine Fragen mehr.

Ich entsorge die leeren Zytostatikaflaschen sachgerecht. Im Umgang mit Zytostatika achte ich auf laufende Information an das Hilfspersonal und auf deren und meine gesundheitliche Sicherheit.

11:30 Uhr

Ich übernehme zusätzlich die PatientInnen meiner Arbeitskollegin, damit diese in die Mittagspause gehen kann.

12:00 Uhr

Ich fordere Herrn C. auf, sich den Blutzucker zu messen. Dieser ist bei 2.2 deutlich zu tief. Ich entscheide eigenständig, die Glucoseinfusion schneller laufen zu lassen und bitte Herr C. in einer halben Stunde den Blutzucker nochmals zu messen und mir zu melden.

12:15 Uhr

Herr B. hat seine Papiere erhalten und tritt nun aus. Meine Kollegin ist zurück von der Mittagspause, sie übernimmt nun ihrerseits meine PatientInnen.

13:00 Uhr

Ich hänge Herrn D. einen Liter Kochsalzlösung als Vorbereitung für die Chemotherapie an. Diese braucht er, damit seine Nieren eine möglichst geringe Schädigung durch die Zytostatika erleiden werden.

13:10 Uhr

Nun sitze ich mit Herrn C. und seinem Lebenspartner Hr. E. im Besprechungszimmer. Ich spreche mit Herrn C. und Herrn E. über die letzten Tage / Wochen zu Hause, möchte herausfinden, wie sie den Alltag bewältigt hatten mit den Anforderungen seiner Erkrankung.

Sie äussern beide, eine schwierige Zeit hinter sich zu haben. Die Erkrankung habe ihren Alltag bestimmt. Herr E. konnte nicht mehr ruhig schlafen vor Angst, sein Partner falle ins hypoglykämische Koma, ohne dass er das bemerkt. Herr C. äussert, dass er seine Lebensqualität momentan als schlecht ansehe. Die Abhängigkeit von der Infusion könne er fast nicht ertragen. Wenn er nicht mehr ohne 24 Stunden Glucoseinfusion leben könne, sterbe er lieber. Er hat sich zu diesem Spitalaufenthalt überreden lassen, in der Hoffnung mit einer neuen Therapie einen Stillstand oder sogar einen Rückgang seiner Erkrankung zu erlangen. Ich zeige ihnen nonverbal und verbal, dass ich aktiv zu-

höre, ihre Sorgen und Ängste ernstnehme und anerkenne. Ich erkundige mich nach ihren Unterstützungsmöglichkeiten im sozialen Umfeld, über schon involvierte spitalexterne Dienste, Hoffnungen und Wünsche an diesen Spitalaufenthalt und der allgemeinen Situation bezüglich Finanzen und Versicherungen.

Diese Informationen bündle ich danach und schreibe einen Entwurf. Sie geben einen Überblick über die Anforderungen, welche die Krankheit an das Paar stellt. Daraus formuliere ich Pflegediagnosen und erstelle Pflegeinterventionen, welche für das ganze Pflegeteam wegweisend sind.

Die Diagnosen und Interventionen validiere ich anschliessend mit Herrn C. und Herrn E. auf ihre Richtigkeit und Relevanz. Sie danken mir für das Gespräch und äussern nochmals ihre Hoffnungen, welche sie in diesen Aufenthalt setzen.

13:40 Uhr

Ich helfe Frau M. sich für die Besprechung der Operation vorzubereiten. Sie hat sich auf meinen Rat hin und mit Hilfe ihrer Eltern alle Fragen aufgeschrieben.

13:50 Uhr

Herr D. erhält nun von mir eine Infusion mit Medikamenten, damit ihm von der Chemotherapie nicht übel werden wird. Diese bereitete ich vorgängig vor und verabreiche sie ihm über den Port.

14:00 Uhr

Ich informiere mich anhand der Dokumente der Spitex von Herrn C. über deren Wundmanagement. Dann bereite ich die Materialien für den Verbandswechsel vor und gehe anschliessend zu Herrn C. Ich reinige die Wunde. Dann schaue ich mir den Wundgrund genau an, um beurteilen zu können, ihn welchem Stadium sich

die Wundheilung befindet. Anschliessend entscheide ich mich zur Weiterführung der bisherigen Wundtherapie und appliziere die Wundauflage sowie die Abdeckung. Anschliessend erstelle ich eine neue Pflegediagnose und -intervention dazu.

14:20 Uhr

Die Chemotherapie von Herrn D. ist nun von der Apotheke geliefert worden. Ich kontrolliere das erste Zy-

14:30 Uhr

Ich versuche erneut am Pflegebericht weiterzuschreiben, da klagt Frau M. über Übelkeit, deshalb spritze ich ihr dagegen ein Medikament in die Vene. Aufgewühlt vom Gespräch zuvor, laufen ihr die Tränen über die Wangen. Ich reagiere nonverbal, halte sie und bleibe einen Moment einfach nur da.

Meine KollegInnen vom Spätdienst sind sich am Einlesen. Eigentlich müsste ich dafür die Pflegedokumentation vom heutigen Morgen ge-



tostatika mit einer Kollegin, bereite es für die Applikation vor. Anschliessend gehe ich zu Herrn D. und kontrolliere seine Vitalzeichen. Das Zytostatika kann eine anaphylaktische Reaktion auslösen, entsprechend müssen die Empfänger überwacht werden. Dann kontrolliere ich den Sitz der Portnadel (eine Paravasation wäre eine Katastrophe) und beginne mit der Infusionstherapie.

schrieben haben. Wie so oft, reichte die Zeit dazu nicht aus.

14:45 Uhr

Auch heute haben wir, wie meistens, auf eine kleine Nachmittagspause verzichtet. Ich stelle nun die Pflegeberichte von heute fertig; unterbrochen von Telefonanrufen, ÄrztInnen

anderer Abteilungen und der ErnährungsberaterIn und der SozialarbeiterIn, welche Auskünfte wünschen. Das Stationszimmer ist wie ein Bienenhaus.

Dazwischen gehe ich nochmals zu Herrn D. und kontrolliere sein Wohlbefinden sowie die Vitalzeichen unter der Chemotherapie.

15:10 Uhr

Meine KollegInnen vom Spätdienst möchten nun Übergaberapport machen. Wir besprechen Pflege-schwerpunkte, Termine, Problemstellungen und allfällige Fragen und gehen dann bei allen PatientInnen vorbei. Bei der „Übergabe am Bett“ stellt sich der Spätdienst vor und klärt mit dem Patienten zusammen den Ablauf des Abends und das momentane Befinden.

15:30 Uhr

Das erste Zytostatika von Herrn D. ist fertig eingelaufen. Ich kontrolliere mit einem Kollegen das Zweite, bereite es für die Applikation vor, gehe zu Herrn D, kontrolliere nochmals die Vitalzeichen, kontrolliere den korrekten Sitz der Portnadel und hänge dann das Zytostatika an. Die Infusionsflasche und Schläuche des eingelaufenen Zytostatikas entsorge ich fachgerecht.

Dann dokumentiere ich die Verabreichung und verrechne das Medikament.

16:00 Uhr

Nun wäre Arbeitsschluss. Ich muss nun aber noch die Pflegeanamnese von Herrn D. schreiben und vervollständige die Pflegediagnosen und die Pflegeinterventionen in der elektronischen Dokumentation. Zum Schluss muss ich noch alle Leistungen erfassen. Sonst würde die Statistik aussagen, dass wir zu wenig zu tun hätten und Arbeitsstellen würden verschoben. All die emotionalen und qualitativen Leistungen können je-

doch nicht verrechnet werden.

Da ich am nächsten Tag ein Pflegefachgespräch leite (ein Wanderamt aller diplomierten Pflegefachfrauen HF in der Grundfunktion auf unserer Abteilung) bereite ich noch die Unterlagen vor.

16.45 Uhr

Gemessen an anderen Tagen, war heute ein ruhiger bis normaler Tag. Leider treten häufig zusätzliche Komplikationen, Kommunikationspannen und bedrohliche Zwischenfälle auf, mit entsprechend hohen geistigen Anforderungen an mich.

Für einmal nur mit wenig Überzeit verabschiede ich mich von meinen KollegInnen und wünsche den SpätdiensterInnen einen ruhigen Abend. (Wünschen darf ich ja.)

Schlussbemerkungen

Alle Initialen, Alter und sonstige Angaben sind so verändert, dass nicht Rückschlüsse auf die PatientInnen möglich sind. Aus gleichem Grund führen wir den Namen der Pflegefachfrau auf diesem Papier nicht auf.

Stellungnahme der AGGP zu den neusten Vorschlägen des Regierungsrats

Am 10. Dezember hat der Zürcher Regierungsrat zum Teil zwar höhere Lohnklassen für das Pflegepersonal festgelegt. Die AGGP ist damit aber nicht zufrieden, weil unklar bleibt, wieviele MitarbeiterInnen wie eingereicht werden, sowie ob und wie die Spitäler die Änderungen umsetzen werden. Für die AGGP sind die Anfangslöhne bestimmend und nicht die in der regierungsrätlichen Medienmitteilung erwähnten theoretisch möglichen Höchstlöhne.

Mit diesem Beschluss wird die Lohngleichstellung insbesondere für die FaGe nicht erreicht. In wie weit der Kanton nun aber weitere Schritte in Richtung Gleichstellung macht,

hängt entscheidend von den Stellenplänen und der effektiven Umsetzung in den Spitälern ab. Hier ist auch jede einzelne MitarbeiterIn der Gesundheitsberufe gefragt, für sich persönlich und solidarisch für ihre KollegInnen und insbesondere für die FaGe's Forderungen zu stellen, damit sich die Regierung und die Spitäler nicht vor dem Recht „gleicher Lohn für gleiche Arbeit“ drücken können.

Weitere Infos: www.aggp.ch

Glossar

Anaphylaktische Reaktion

Akute Reaktion des Immunsystems auf chemische Reize, betrifft den ganzen Organismus; Blutdruckabfall, Hautreaktionen, Atemnot, Schüttelfrost, Fieber, Kreislaufschock, Kreislaufversagen.

Antikörper

Proteine, welche als Reaktion auf bestimmte Stoffe gebildet werden und eine grosse Rolle im Immunsystem spielen. Im Bezug auf die Krebsbehandlung eine neuere, sehr potente Therapieform.

Ataxie

Oberbegriff für verschiedene Störungen der Bewegungskoordination. Grundsätzlich ein Problem des Kleinhirns, welches Bewegungen in Zusammenarbeit mit anderen Hirnregionen steuert.

Bodenpflege

Matratzen direkt auf dem Boden, ohne Bett. Bodenpflege hat sich v.a. bei Menschen mit Hirnverletzungen im Stadium des Aufwachens und der Neuorientierung sowie der Rehabilitation sehr bewährt. Die Menschen brauchten weniger Beruhigungsmedikamente, konnten schneller rehabilitiert werden und fanden besser zu einem ganzheitlichen Körpergefühl zurück.

Erbitux

Antikörpermedikament zur Behandlung von Tumoren im Bereich des Kopfens und Halses sowie bei Dickdarmtumoren.

Exstirpation

Das vollständige operative Entfernen eines Organes, einer Substanz.

Hirndrucksymptomatik

Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Stauungspapille, Atem- und Bewusstseinsstörungen

Hydrocephale Entgleisung

Krankhafte Stauung des Liquors (Hirnflüssigkeit) im Hirn durch Abflussstörungen.

Hypoglykämie

Zu tiefer Zuckerspiegel im Blut. Symptome sind innere Unruhe, Zittern, Blässe, kalter Schweiß, Heisshunger, Müdigkeit, Bewusstseinsstörungen, Verwirrtheit, Sprachstörungen bis zum hypoglykämischen Koma und Tod.

Hypopharynxkarzinom

Bösartiger Tumor des Rachens.

Inselzelltumor

Bösartiger Tumor der Inselzellen in der Bauchspeicheldrüse. Die Inselzellen sind für die Insulinbildung verantwortlich.

Medulloblastom

Bösartiger Tumor des Kleinhirns, er tritt v.a. bei Kindern auf.

Mucositis

Eine schmerzhafteste Veränderung der Mundschleimhaut, welche v.a. unter Chemo- und Bestrahlungstherapie auftritt. Von leichten Rötungen zu grossflächigen Wunden mit Unmöglichkeit etwas zu essen oder zu reden.

Obere Hohlvene

Leitet das venöse (blutarme) Blut des oberen Körperteils direkt in den rechten Vorhof des Herzens.

Paravasation

Austritt der Infusionsflüssigkeit von der Venen ins umliegende Gewebe (Fett-, Muskel-, Sehnen-, Bänder-, Knochengewebe) aufgrund eines falsch liegenden Venenkatheters. Bei Chemotherapien können daraus grosse Wunden entstehen durch die Reizung des Gewebes.

Port-à-cath (Port)

Ein auf die Muskelhaut festgenähtes Reservoir, von welchem ein Katheter direkt in die obere Hohlvene führt. Kann durch die Haut angestochen werden und als zentraler Venenkatheter für verschiedene Infusionstherapien gebraucht werden. Bleibt bei korrekter Handhabung über Jahre brauchbar.

Radiotherapie

Bestrahlungstherapie von Tumoren.

Seminomatöser Keimzelltumor

Hodentumor

Spitalexterne Dienste

Spitex
Onkologiespitex

Pflegeanamnese

Pflegerisches Aufnahmegespräch, der erste Teil des Pflegeprozesses. Umfassende Bestandaufnahme der sozialen, physischen und psychischen Situation mit dem Fokus der Alltagsbewältigung und der Ressourcen sowie der Problemen.

Pflegediagnosen

Anforderungen, welche eine Erkrankung, ein Unfall an einen Menschen und sein Umfeld stellen und für diese ein Problem, welches zu bewältigen ist, darstellen. Pflegediagnosen werden anhand der Problembeschreibung, der Ursache, der Symptome und der Bedeutung für den Menschen beschrieben.

Pflegeinterventionen

Pflegerische Massnahmen welche die Anforderungen (Pflegediagnosen) einer Krankheit, eines Unfalles für den Menschen bewältigbar machen und ihn in seiner Genesung, in seinem Umgang mit den ev. auch dauerhaften Veränderungen unterstützen.

Zentraler Venenkatheter

Ein Katheter, welcher in eine körperstammnahe Vene eingeführt und bis in die obere Hohlvene vorgeschoben wird. Die Katheterspitze soll kurz vor der Einmündung der Hohlvene in den rechten Vorhof des Herzens liegen.

Zytostatika

Chemotherapie, welches die Zellteilung und damit die Tumorzellen hemmt.

Fortsetzung von Seite 26

„Weisst du, wir haben eine patente Frau aus Polen“

noch konkurrenzfähig. Vergewenwärtigen wir uns nur, was ein Alters- und Pflegeheim kostet.

Spöndlin: Gibt es nicht auch den umgekehrten Fall, dass pflegebedürftige Schweizerinnen und Schweizer z.B. nach Thailand reisen und sich dort pflegen lassen?

Fankhauser: Das kommt vor. Jede und jeder einzelne soll die Freiheit haben, auszuwandern, auch im hohen Alter.

Schilliger: Gehen die Betroffenen tatsächlich freiwillig nach Thailand?

Fankhauser: Die gehen doch freiwillig. Jemanden zur Auswanderung zu zwingen, ist kaum möglich. Sehr oft sind es Männer, die Thailand schon kennen. Für ihre Angehörigen kann es schwierig sein, dass sie plötzlich soweit weg sind. Ich habe auch schon gehört, dass die mitreisenden Ehefrauen in Thailand nicht glücklich waren. Manchmal kommen die Betroffenen dann wieder zurück, wenn sie eine Operation benötigen und feststellen, dass sie in Thailand über keine Krankenversicherung verfügen. Was Thailand im Alter so attraktiv macht, weiss ich nicht. Oft heisst es, das warme Klima. Selbstverständlich ist das Leben dort auch billig. Auch mit einer kleinen Rente kann man relativ gut leben und sich betreuen lassen.

Spöndlin: Ich denke, wir müssen langsam zum Schluss kommen. Was ist euer Fazit zu diesem Thema?

Schilliger: Die Pflege alter Menschen

durch Migrantinnen im Privathaushalt darf kein Tabu mehr sein darf. Es braucht dringend eine Regulierung des Arbeitsplatzes Privathaushalt, damit sich die Arbeitsbedingungen verbessern können. In einer längerfristigen Perspektive führt meines Erachtens nichts daran vorbei, dass mehr öffentliche Mittel für die Spitex zur Verfügung gestellt werden, damit diese als echter, bedürfnisorientierter service public funktionieren kann und von dem Spar- und Rationalisierungszwang befreit wird, unter dem sie heute steht. Zurzeit passiert leider genau das Gegenteil. Durch die laufenden Reformen – u.a. die Neuordnung der Pflegefinanzierung – müssen die BenutzerInnen der Spitex höhere Selbstbehalte tragen, was dazu führt, dass der prekäre Arbeitsmarkt für migrantische Pflege- und Betreuungskräfte und das Angebot von teilweise dubiosen Vermittlungsagenturen weiter boomen wird (vgl. Thomas Wahlster in Soziale Medizin 4.09 S. 21 ff).

Fankhauser: Die private Pflege im eigenen Haushalt wird an Bedeutung gewinnen. Sie ist aber nur für den Mittelstand erschwinglich. In den Alters- und Pflegeheimen wird deshalb der Anteil ärmerer Menschen zunehmen. Die Altersheime werden tendenziell, wie früher, Einrichtungen für ärmere Menschen werden. Wir müssen aber alles daran setzen, dass die Qualität in den Heimen trotzdem hoch bleibt.

Spöndlin: Angeline Fankhauser und Sarah Schilliger, vielen Dank für dieses spannende Gespräch.

Pendelmigration von Frauen aus Osteuropa

Der Privathaushalt ist weltweit zu einem wichtigen, meist informellen und prekären Arbeitsplatz für Migrantinnen geworden. Für Deutschland wird geschätzt, dass zwischen 100'000 und 200'000 Pflege- und Betreuungskräfte in Haushalten von alten Menschen arbeiten – hauptsächlich Osteuropäerinnen, legal wie illegal. Dasselbe Care-Arrangement der prekären Anstellung von Migrantinnen in der häuslichen Altenpflege ist in Österreich und Italien verbreitet. Auch in der Schweiz nimmt die Beschäftigung im Privathaushalt zu. Laut Schätzungen der Gewerkschaft Unia dürfte sie sich in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt haben. Die geschätzten 125'000 Vollzeitstellen beziehen sich jedoch auf so unterschiedliche Beschäftigungen wie »putzen, waschen, bügeln, einkaufen, Kinder hüten, Betagte pflegen, kochen, servieren oder Laub wischen«. Für die Zahl der Beschäftigten im Bereich der häuslichen Pflege und Betreuung älterer und kranker Menschen liegt keine gesonderte Schätzung vor.

Bei den Senio-Pairs aus Osteuropa – also den Care-Arbeiterinnen, die im Haushalt der Pflegebedürftigen leben – handelt es sich in den bisher bekannten Fällen meistens um eher ältere Frauen ab 45 Jahren. Ihre Motive, ein Arbeitsverhältnis in einem Privathaushalt in der Schweiz einzugehen, sind vielfältig, der ökonomische Aspekt scheint jedoch zu überwiegen. Nicht selten handelt es sich um gut qualifizierte Frauen, teilweise gar um Akademikerinnen, die wegen hoher Arbeitslosigkeit und tiefen Löhnen nun im Westen nach Arbeit suchen, um ihre Familien in den Heimatländern zu ernähren und um ihren Kindern eine gute Ausbildung zu ermöglichen. Hier in der Schweiz ist jedoch nicht ihre Berufsqualifikation gefragt, sondern eine andere Kapazität, die den Frauen »von Natur aus« qua Geschlecht zugeschrieben wird: die Fähigkeit, Care-Arbeit zu verrichten, also ältere bedürftige Menschen zu pflegen und zu betreuen und Haushaltstätigkeiten wie Kochen, Putzen und Waschen zu verrichten (aus Greuter/Schilliger, Denknetz Jahrbuch 2009, S. 151).

Aufruf

Sarah Schilliger sucht für ihre Forschungsarbeit weitere Kontakte zu Frauen aus Osteuropa, die in privaten Haushalten alte Menschen pflegen und betreuen. Für entsprechende Kontakte, die selbstverständlich vertraulich behandelt werden, ist sie dankbar: sarah.schilliger@unibas.ch



sergi_nog / flickr

Prekäre Arbeit

Das Beispiel einer polnischen Senio-Pair

Um einen Eindruck von den Lebens- und Arbeitsbedingungen migrantischer Care-Arbeiterinnen zu vermitteln, möchten wir hier den konkreten Fall eines Senio-Pair-Arrangements vorstellen: Die 91-jährige Frau Baumann ist demenzkrank und kann inzwischen das Bett und ihre 3.5-Zimmerwohnung in einem Basler Stadtquartier nicht mehr verlassen. Seit einiger Zeit wird sie von der 53-jährigen Magdalena Rutkowska rund um die Uhr betreut und gepflegt. Magdalena Rutkowska wechselt sich mit einer anderen Frau aus Polen ab und pendelt

im Drei-Monats-Rhythmus hin und her zwischen der Schweiz und dem kleinen Dorf in Südpolen, wo sie mit ihrer Familie lebt. Die studierte Ökonomin verdient in ihrer Heimat nur sehr wenig. Als ihre drei Kinder ins Gymnasium kamen, suchte sie nach einer Verdienstmöglichkeit in Deutschland oder der Schweiz, um die Kosten für das Studium der Kinder aufbringen zu können.

Magdalena Rutkowskas Arbeitstag ist endlos – oft muss sie auch in der Nacht mehrmals aufstehen, um sich um Frau Baumann zu kümmern. Morgens

und abends kommt die Spitex kurz vorbei und hilft bei der Körperpflege. Das sei Schwerstarbeit, sagt Frau Rutkowska, denn Frau Baumann kann nicht mehr auf eigenen Beinen stehen. Es gibt praktisch den ganzen Tag etwas zu tun: Neben dem Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten, Wäsche waschen, Bügeln, Aufräumen und Putzen der Wohnung verbringt Frau Rutkowska viel Zeit am Bettrand von Frau Baumann, um ihr das Essen einzulöffeln, sie umzubetten, ihr die Windeln zu wechseln oder auch einfach, um sie bei Schmerzen und Angstzuständen zu beruhigen und ihr Gesellschaft zu leisten. Dass Magdalena Rutkowska bei Frau Baumann in der Wohnung lebt, erspart ihr zwar die Miete, die permanente Anwesenheit führt jedoch dazu, dass sie fast keine Freizeit und sehr wenig Privatsphäre hat. Ab und zu findet Magdalena Rutkowska Zeit für einen Spaziergang im nahe gelegenen Park oder sie trifft sich mit einer Freundin aus der Slowakei, die auch als Senio-Pair in Basel arbeitet.

Für den verantwortungsvollen Pflegejob, der eine permanente Anwesenheit verlangt und sowohl physisch wie psychisch enorm beanspruchend ist, verdient Frau Rutkowska 1800 Franken im Monat – abzüglich der Telefon- und Internetkosten und der Hin- und Rückreise, die sie selber berappen muss. Auch die Kranken- und Sozialversicherung bezahlt sie selber – in Polen.

Geringe Entlohnung, informelle Arbeitsverträge ohne Sozialversicherung, keine bezahlten Ferien, kein Anspruch auf Lohnfortzahlung bei Krankheit, wenig oder keine Schutzbestimmungen (z.B. bei Unfall), geringe Arbeitsplatzsicherheit, entgrenzte, höchst flexible Arbeitszeiten: Magdalena Rutkowskas Arbeitsverhältnis umfasst die ganze Palette von Kennzeichen, die prekäre Arbeit ausmachen (aus Greuter/Schilliger, Denknetz Jahrbuch 2009, S. 159-160)

Sarah Schilliger hat zur Pflege zu Hause durch Frauen aus Billiglohnländern an der SGSG-Tagung ‚Gesundheit hat ihren Preis‘ vom 7. November 2009 in Basel ein Referat gehalten. Zudem hat sie zusammen mit Susy Greuter im Denknetz-Jahrbuch 2009 einen Artikel publiziert, der unter http://www.denknetz-online.ch/IMG/pdf/Greuter_Schilliger.pdf verfügbar ist.



christianacare / flickr

Gute Pflege kostet

Würde und Selbstbestimmung in der Pflege haben ihren Preis

Da Pflege Zeit kostet, viel Zeit, kostet sie auch Geld, das ist banal. Viel zu oft kostet sie auch Nerven. Dann kostet sie aber auch die Bereitschaft, sich auf eine Beziehung einzulassen mit einem verletzlichen, nicht selten fordernden, mit dem Schicksal hadernden, vielleicht auch aufgrund negativer Erfahrungen misstrauischen Menschen.

von Marie-Louise Zindel

Pflegeberaterin Langzeitpflege, Basel. Beim vorliegenden Text handelt es sich um die überarbeitete Fassung eines Referats an der Soziale Medizin-Tagung vom 7. November 2009.

Es kostet Energie, mit den Ängsten der Patienten und mit den eigenen Ängsten umzugehen, und vor allem beide voneinander zu unterscheiden, um selbst gesund und kräftig zu bleiben. Ist die Bereitschaft tatsächlich gegeben, alle diese Kosten zu tragen, dann ergibt sich ein Bild der Pflege, das nicht eindrucklicher geschildert werden könnte, als es der Psychotherapie-Pionier Hilarion Petzold formuliert hat, ich zitiere:

„Pfleger ist Behutsamkeit, ein In-Die-Hand-Nehmen, und nichts kann zerbrechen und fallen.

Gepflegt werden ist ein sich überlassen, sich ergreifen lassen mit allen Zerbrechlichkeiten, und wissen, dass man in keinen Abgrund stürzt.

Pfleger bedeutet gemeint sein, gekannt sein, erfasst mit allem was man

ist und was man braucht. Es ist eine Intimität, die nicht mehr überboten wird. Es entsteht Zwischenmenschlichkeit, in der Pflege der Säuglinge, der Kranken, der Sterbenden.

Pflege, das ist Wohlfühlen, etwas Heiles herstellen, selbst da, wo Schmerz und Verzweiflung, Zerstörung und Unheil anwesend sind. Es entsteht ein Geben und Nehmen, wobei das Empfangen kein Erleiden, kein passives Hinnehmen, sondern aktiver Akt ist.

Pflege ist nicht nur Verrichtung, keine Manipulation, keine Technik. Sie erfordert das Hineinnehmen eines Menschen in einen Innenraum, und gibt Geborgenheit.

In der Pflege verbinden sich Kenntnisse und Erfahrungen, die Kunst der Hände mit der Kunst des Herzens.

In dieser Zeit, in diesem Raum der nicht begrenzt ist, sondern Dauer hat,

haben Menschen füreinander Bedeutung, das heisst, sie werden wirklich!“

Haben Würde und Selbstbestimmung in der Pflege ihren Preis?

Ich möchte den Untertitel mit der paradoxen Behauptung einführen, dass ausgerechnet die Würde und die Selbstbestimmung des Patienten (ich betone: des Patienten) finanziell gesprochen in vielen Fällen relativ billig zu haben wären. Denken Sie z.B. an den Respekt vor Patientenverfügungen.

Würde und Selbstbestimmung haben sehr wohl einen Preis, den viele nicht gerne zahlen: er liegt im Verzicht auf Machbarkeitswahn, auf professionelle Allmachtsfantasien und auf Sterblichkeitsverleugnung, anders gesagt, in einer Demutshaltung vor den Grenzen, die uns das Schicksal setzt. Damit liessen sich wahrscheinlich auch finanziell häufig erkleckliche Früchte zeitigen, die jedes Ökonomenherz höher schlagen lassen könnten.

Ich übersehe nicht, dass es in der Pflege gelegentlich Konflikte gibt um eindeutig Kosten treibende Vorstellungen vom Recht auf Würde und Selbstbestimmung. Zum Beispiel wenn von pflegebedürftigen Menschen und vor allem von ihren Angehörigen der Eintritt in ein Pflegeheim nur dann akzeptiert wird, wenn ein grosses Einzelzimmer, womöglich mit Panoramablick, offeriert wird. Ich werde nicht weiter auf die schwierig zu zeichnenden Grenzen zwischen Würde und Selbstbestimmung einerseits und andererseits kulturbedingter Verwöhnung eingehen.

Das Stichwort Würde und Selbstbestimmung gibt mir aber auch Gelegenheit, über den Anspruch der Betreuenden, im Speziellen der Pflegenden, auf Würde und Selbstbestimmung als Quelle emotionaler Öffnung und Kreativität im Sinne Petzolds nachzudenken.

Arbeitsnormen, die zu einer zunehmenden Manualisierung sämtlicher Arbeitsabläufe zwingen, führen zur Robotisierung, sprich zur Entfremdung der Selbstwahrnehmung der Berufsleute. Das nimmt heute in der Pflege bedenkliche Ausmasse an. Diese einengenden Normen besitzen wohl allzu oft die bedauerliche Eigenschaft, das Gegenteil

dessen zu erreichen, was beabsichtigt wäre, nämlich Qualitätssteigerung und Spareffekte. Diese Binsenwahrheit gilt ja gewiss nicht nur für die Pflegeberufe.

Als Kontrast zu diesem überstrukturierenden Korsett mag Petzolds Formulierung als unrealistische Darstellung einer Mutter-Säuglings-Symbiose erscheinen. Sie scheint aber vor allem geprägt vom historischen *Hingabe-Modell* der „barmherzigen Ordens-Schwestern“. Ich gehe davon aus, dass diese einer strengsten Disziplinierung unterworfen waren, aber ganz andersartig als die heutige „Disziplinierung“. Dieser Unterschied war wohl gerade der Grund, warum die Schwestern alter Schule wohl eben *keine* Infragestellung der eigenen Würde und Selbstbestimmung kannten. Das mochte vielleicht am besonderen Verständnis ihrer spirituellen *Berufung* liegen, nicht zuletzt aber daran, dass die Disziplinierung für die Betroffenen transparent als Mittel zur optimalen Erfüllung des Kernauftrages erkennbar war. Gerade diese Möglichkeit, sich mit den einengenden Aspekten des Berufs identifizieren zu können, und darin etwas Sinnstiftendes zu erkennen, wird den heutigen Pflegenden und vor allem dem Nachwuchs weitgehend vorenthalten.

Ich möchte versuchen, Ihnen das Ausmass dieser Entwicklung aus meiner Sicht etwas zu veranschaulichen.

Idealtypische Pflege im Sinne Petzolds setzt Kontinuität und Beziehungsfreiräume voraus. Dies ist heute höchstens noch in privaten Pflegebeziehungen, also speziell in der Angehörigenpflege, kristallrein zu finden, wenn überhaupt.

Die Fähigkeit zuzuhören

In der Begegnung innerhalb eines professionell definierten Kontaktes ist eine kreativ-behutsame pflegerische Arbeit am ehesten in Beraterischen Funktionen zu verwirklichen, aber eben nur punktuell:

z.B. Mütter/Väter-Beratung
z.B. HIV- oder Fatigue-Sprechstunden
z.B. Diabetesberatung und andere *patient-education*-Angeboten.

In diesen Bereichen hat z.B. die Fähigkeit zuzuhören noch einen hohen

Stellenwert. So werden der Wissensstand, die Kenntnisse, die Bedürfnisse, die Hoffnungen und Ängste der Klienten möglichst in allen Facetten berücksichtigt. Die Begegnung gilt nur dann als gelungen, wenn „beide Musikanten wirklich im Duett gespielt haben“.

Dieser Luxus ist aber begrenzt. Es bestehen oft Zeitvorgaben, halbstrukturierte Gesprächstechniken und ähnliche Spontanitätsfresser, und nicht zuletzt plagt mehr oder weniger der moderne Protokollierungszwang.

In der Spitex-Pflege, Prototyp der professionellen Pflege zuhause, ist die Verzerrung der idealtypischen Pflege noch deutlicher erkennbar. Es ist eine Illusion, dass der private Wohnbereich des Patienten eine wohltuende Intimität doch eher ermöglicht als der anonyme „grosse Laden“ des Spitals. In der Spitex-Pflege sind inzwischen längst alle Pflegemassnahmen zeitlimitiert. Sie sind von den „Dienstleistern“ als leblose Kumulation von Standardmodulen mit Barcode zu erfassen und zu fakturieren. Geborgenheitsvermittlung ist im Leistungskatalog nicht vorgesehen – und ist bei den Controllern eine nicht eben gern gesehene Gratis-Extra-Leistung. Die abstrahlende Kälte wird von den Patienten sehr wohl wahrgenommen, und nicht selten werden die Spitex-Pflegenden deshalb entwertet oder gar offen abgelehnt. Burn-Out-Situationen beim Personal sind auf diesem Hintergrund wie zu erwarten recht häufig.

Gratis ist out

Es gibt emotional freier gestaltbare Beziehungsangebote für vereinsamte kranke Menschen, eine Aufgabe, die der zu gut bezahlten professionellen Pflege gewissermassen entrissen worden ist. Diverse karitativ inspirierte oder semi-professionelle Organisationen sind hier eingesprungen: Besuchsdienste, Treffs und Tagesheime, getragen von Kirchen und anderen Non-Profit-Organisationen, hierzulande bekannt als PSAG, Pro Senectute, Rotes Kreuz, GGG usw.

Für den so genannten Kunden (oder sagt man heute bereits Endverbraucher?) sind diese Produkte zwar erschwinglicher als professionelle Pflege, aber bei aller Menschlichkeit, die diese



Geborgenheitsvermittlung ist im Leistungskatalog nicht vorgesehen – und ist bei den Controllern eine nicht eben gern gesehene Gratis-Extra-Leistung.

Angebote in der Regel beinhalten, ist immerhin eines nicht zu übersehen: Gratis ist out! Ein Goldenes Kalb des Zeitgeistes, das ich nicht pauschal vernein möchte, dem aber aus streng rationaler, vielleicht sogar aus einseitig ökonomischer Sicht, eine gründliche Überprüfung gut täte. Gerade die Allerbedürftigsten können dabei durch die

Maschen der Betreuungsangebote fallen, bis sie so dekompensieren, dass sie per saldo wesentlich teurer werden.

Zurück zum Thema Pflege, jetzt speziell zur Situation im Spital: Im akuten stationären Bereich wird den Pflegenden eine noch weitergehende Abwendung von den Petzoldschen Idealen abverlangt. Massgeblich ins Spiel kom-

men dabei die schwergewichtige Technisierung und Komplexität des Auftrages, die Tücken der Interdisziplinarität, und nicht zuletzt das Ringen um die Budgets und um die wachsenden Gespenster der Haftpflichtprozesse.

Pflegende übernehmen in diesem Kontext diverse Rollen zugunsten des Patienten ein, die sich durchaus im weiteren Sinn als Case-Management interpretieren lassen, dessen drei Kernfunktionen folgende sind:

1. Anwaltschaftliche Funktion (engl. Advocacy), d.h. als Sprachrohr für die Interessen des Patienten zu dienen, wo diese im anonymen Grossbetrieb verloren zu gehen drohen.

2. Vermittlungsfunktion (engl. „Broker“), d.h. Bestellung und Koordination aller interner Dienstleister im Namen und im Interesse des Patienten, aber auch Information des Patienten über Sinn und Zweck der geplanten Massnahmen, konstruktive Auseinandersetzung mit seinen Ängsten und Widerständen gegenüber diesen Massnahmen.

3. Verteiler- und Auswahlfunktion (engl. „Gate-Keeper“), d.h. Überblick über die Ressourcen der Institution bewahren, Dringlichkeiten und Prioritäten erfassen, Disponibilitäten bedürfnisgerecht verteilen.

Zeitmanagement, Kostendenken, Zwang zu aufwendiger Dokumentation, und die immer noch recht hierarchischen Strukturen setzen die Pflegenden einem enormen Druck aus. Schnelligkeit und Fehlerfreiheit stellen damit einen erheblichen Zielkonflikt dar. Menschliche Beziehungspflege im Sinn Petzolds wird da nur noch als schablonenhafte Hostessenfreundlichkeit ausgelebt. Wenn es einem Gesundheitsprofi, sei es Arzt oder Pflegeperson, irgendwann passiert, einmal Patient zu sein, und er über seine Erlebnisse, oder genauer über sein Erleben berichtet, wird oft eine ehrliche Verblüffung ausgedrückt, wie kalt und bitter diese Nettigkeit wirkt.

Zeitaufwendige Datenerfassungen unbeliebt

Am wenigsten lässt sich mit dem Körper mogeln. Nachweislich gesungs-

freundliche allgemeine Massnahmen in der Pflege, die Zeit und körperliche Berührung mit beidseitiger sinnlicher Erfahrung beinhalten würden, wie z.B. basale Stimulation, Kinästhetik, (d.h. Kräfte schonende Körperpositionierungstechniken), Einreibungen und manche andere altbackene kleine Wohltaten für Patienten UND Pflegende sind speziell in der modernen Akutpflege zum Teil so gut wie am Verschwinden. Echtheit kostet. Zahlreiche idealistische Konzepte, die dieser Verarmung entgegenwirken sollten, werden zwar mit heller Begeisterung entworfen und initiiert, bleiben aber in der Umsetzungsphase mit vielen Wenn und Abers auf der Strecke.

Des weitern kommt die systematische Früherfassung von anerkannten Risikofaktoren nach meiner Erfahrung zu kurz, weil mit deren etwas zeitaufwendigen Durchführung keine Lorbeeren zu holen sind. Ich denke da, speziell aus meinem eigenen Arbeitsbereich, unter anderem an Screenings oder Assessments betreffend kognitivem Status, Demenz, Delir-Risiko, u.a., obwohl mit adäquaten Massnahmen, die man daraus ableiten könnte, manche Komplikationen, ergo Kosten, erspart blieben. Zeitaufwendige Datenerfassungen ohne erkennbaren Sofortnutzen sind beim Personal in der Alltagshektik aber verständlicherweise unbeliebt. Eisern durchgeboxt werden sie nur, wenn sie unter dem Vorwand wissenschaftlicher Studien verlangt sind.

Spital: Beim Eintritt mit dem Austritt liebäugeln

Es dringen zwar gerade aus dem Spitalbereich noch wenig Patientenklagen über die Mängel der modernen Pflege an die Öffentlichkeit. Das hat am Rande vielleicht damit zu tun, dass Spitalaufenthalte immer kürzer werden, die Patienten oftmals bereits beim Eintritt mit dem baldigen Austritt liebäugeln und das Umfeld des Techno-Bienenhauses insofern nicht so deutlich als Belastung empfinden bzw. sogar als Effizienzbeweis beipflichtend in Kauf nehmen. Die Alltagserfahrung zeigt auch, dass Akutpatienten rückblickend die Gastfreundlichkeit eines Spitals viel eher wegen langen Wartezeiten, wegen

einer unbefriedigenden Küche, wegen fehlenden Zimmerkomforts oder ähnlichem bemängeln als aufgrund einer menschlich oberflächlichen Pflege. Be-tagte Patienten ihrerseits sind zum Teil mit der minimalen Zuwendung, die im Spital zu haben ist, eher zufrieden, weil es eine Alternative zur häuslichen Einsamkeit und Reizarmut bedeutet und das Motto „Warm, satt und sauber“ ihren Ansprüchen genügt, so dass sie sich mit den andern Aspekten kaum auseinandersetzen.

Maligne Hackordnungen

Bereits jetzt bedenkliche Entwicklungen zeichnen sich vorerst eher *innerhalb* des Berufsstandes ab: Was von Gruppen unter kollektiven Stress längst bekannt ist, dass nämlich maligne Hackordnungen entstehen, dass sich also so genannte horizontale Gewalt entwickelt, ist durch neuere Untersuchungen auch in Pflgeteams nachgewiesen. Der hohe Stellenwert ungeklärter Hierarchiefragen im Team entsteht nicht nur wild. Keine andere Berufssparte hat in den vergangenen Jahrzehnten so viele aufwirbelnde Reformen der Ausbildungsgänge und der Titel erlitten wie die Pflegeberufe. Es herrscht Verunsicherung, Gerangel um Gleichwertigkeiten, und damit eine schleichende Entsolidarisierung, aber auch Angst um die Zukunftssicherheit des Diploms.

Generationenkonflikte Alt versus Jung gehören in den Teams zum Alltag. Personalfuktuationen und Absentismus nehmen ein bisher unbekanntes Ausmass an. Berufsaussteiger (kreative Umsteiger oder IV-Anwärter) häufen sich in der Branche. Ersatz wird im Ausland rekrutiert, mit Kolleginnen und Kollegen, die durch ihre Unkenntnisse der lokalen Kultur, manchmal der Sprache und dem hiesigen Pflegeverständnis handicapiert sind, und in allen Bereichen als Zweitklassige eingestuft bleiben.

Ich habe vielleicht den Eindruck erweckt, ein Horrorbild des Berufes zeichnen zu wollen. Dabei müssen Sie mir glauben: Ich stehe hier als jemand, der bald vierzig Jahre den Beruf mit viel Freude und Überzeugung ausgeübt hat.

Worum geht es also? Ich habe versucht, anschaulich zu machen, dass ver-

meidbare Dysfunktionalität die Branche durchdringt. Jeder Laie kann abschätzen, dass diese ins Geld gehen muss, und zwar nicht wenig. Aber bin ich naiv anzunehmen, dass die Ökonomie eigentlich über die wissenschaftlichen Instrumente verfügt, um diese Kosten zu berechnen?

Wo finden wir diese Berechnungen? Bliebe es ein Kostenproblem, könnte man ruhig warten, bis die Ökonomen uns dereinst die Lösung liefern. Aber das Problem geht weiter. Der Beruf scheint auch beim potenziellen Nachwuchs in Misskredit geraten zu sein. Die Gründe dafür sind nicht durchwegs klar. Aber was sich in den nächsten Jahren in der Pflege abzeichnet, ist längst nicht mehr eine Kostenkrise, sondern schlicht ein Versorgungsnotstand. Wir sehen das an zum Teil schwer zu besetzenden offenen Stellen in der Pflege, in grösserem Ausmass aber an Bedarfsberechnungen, die nicht finanzierbare Besoldungslücken ausweisen.

Abschlankungspotenzial im Bürokratie-Wust

Meine Hypothese lautet also: gute Pflege kostet, schlechte aber noch mehr. Ich schliesse mit einigen Gedanken zu Erich Kästners geflügeltem Wort: „*Tue Gutes, und sprich davon.*“ An diesem Kästnerschen Original ist nicht grundsätzlich etwas auszusetzen. Allerdings geht der Trend dahin, dass nach dem Willen der Administratoren der zweite Teil des Auftrages in zunehmendem Mass den ersten Teil verdrängt, wenn nicht gar zum notwendig-üblen Vorspiel degradiert. Die Neufassung, die ich mir deshalb erlauben möchte, lautet: „*Tue Gutes, beeile Dich aber dabei, dann nimm Dir Zeit, zu dokumentieren und ja alles zu fakturieren.*“

Um der so genannten Kostenexplosion im Gesundheitswesen entgegenzuwirken, ist vermutlich auch in der Pflege durchaus einiges Abschlankungspotenzial vorhanden. Allerdings aus meiner Sicht viel eher im mittlerweile schwer hypertrophen Bürokratie-Wust als an der Bettenfront, wo sich Pflegen, gerade als Beziehungsarbeit, oft längst im magersüchtigen Bereich befindet.

Sparen bei alten Menschen Egal, was es kostet!

Armut im Alter ist passé: ein Restposten, der ausläuft und sich vernachlässigen lässt. So lautet eine gängige Annahme, die leider nicht zutrifft.

von Ueli Mäder*

Ein Drittel der Pensionierten lebt in der Schweiz von der AHV. Die Renten reichen knapp- oder gar nicht. Zwölf Prozent der Personen im AHV-Alter sind auf Ergänzungsleistungen angewiesen. Weitere Anspruchsberechtigte verzichten darauf, diese Leistungen zu beantragen, die ihnen gesetzlich zustehen, aber, wie die AHV, gerne als grosszügige Geschenke hingestellt werden. Dass die Renten rentieren, wird selten thematisiert. Und wer, wie Kurt Seifert und Amélie Pilgram, die „Altersarmut in der Schweiz“ (Pro Senectute 2009) studiert, stösst damit nicht nur auf Verständnis. Denn die Armut im Alter passt nicht zum Selbstbild der Schweiz. Alte scheinen auf Rosen gebettet zu sein. Sie dienen, so legitimiert, auch als Sparobjekt. Doch wer so sparen will, egal was es kostet, spart nicht.

Gegenläufige Trends

Gewiss, die Armut im Alter hat sich in der Schweiz seit der Einführung der AHV und der Ergänzungsleistungen er-

* Ueli Mäder ist Professor für Soziologie an der Universität Basel und der Hochschule für Soziale Arbeit. Er leitet das Nachdiplomstudium in Konfliktanalysen. Beim vorliegenden Text handelt es sich um ein überarbeitetes Referat von der Tagung ‚Gesundheit hat ihren Preis‘, zu der die Soziale Medizin und ihre Herausgeberin SGSG am 7. November eingeladen haben.

heblich entschärft. Die beiden Begriffe alt und arm lassen sich längst nicht mehr gleich setzen. Das ist erfreulich. Allerdings gibt es auch gegenläufige Entwicklungen. So sind die Vermögen und Einkommen bei den älteren Menschen ungleicher verteilt als bei den übrigen Altersgruppen. Vielen Haushalten fehlen finanzielle Reserven. Nominell steigen die durchschnittlichen Einkommen zwar. Aber die verfügbaren Einkommen sind in etlichen Altershaushalten gesunken. Die Ausgaben für Steuern, Versicherungen und das Wohnen fallen bei kleinen Budgets besonders ins Gewicht. Davon zeugt, dass die Verschuldung im Alter wieder zugenommen hat. Das ist alarmierend. Vor allem mit Blick darauf, wie sich Armut tradiert und weitere Betroffene involviert.

Die Armut braucht finanzielle Reserven auf und strapaziert die Beziehungen. Eine mehrmonatige Erwerbslosigkeit der Eltern kann das Lernverhalten und Selbstwertgefühl der Kinder auf Jahre hinaus beeinträchtigen. Um den familiären Zusammenhalt zu sichern, leisten Kinder emotionale Hilfe, die sie selber bräuchten. In den 220'000 Haushalten erwerbstätiger Armer (working poor), die es in der Schweiz gibt, übernehmen die über 250'000 mit betroffenen Kinder auch viel Haus- und Betreuungsarbeiten. Sie müssen früh erwachsen sein. Wer in unserer individualisierten Gesellschaft den Anschluss verpasst, scheint selber verantwortlich zu sein. Das erhöht den Druck. Besonders auf Kinder. Sie wollen dazu gehören und stolz auf ihre Eltern sein. Im Wohlstand verbergen sozial Benachteiligte und Kinder ihre Armut. Sie tun, als sei alles normal. Diese Unstimmigkeit stresst. Kinder erfüllen Erwartungen, um Fassaden zu erhalten. Sie beschönigen ihre Betroffenheit und entlasten sich so vom Druck, etwas zu verändern, was neue Defiziterfahrungen mit sich bringen

könnte. Wer sich ohnmächtig fühlt, empfindet das Bessere zuweilen als Bedrohung. Es fordert zum Handeln auf, von dem befürchtet wird, dass es scheitern könnte.

Die reiche Schweiz muss diese Rückschritte angehen. Um die finanziellen Probleme zu bewältigen, ist politischer Wille gefragt. Weitere Anstrengungen sind nötig, damit möglichst alle Menschen am gesellschaftlichen Geschehen teilhaben können. Ein erster Schritt besteht darin, die Armut im Alter wieder stärker wahr zu nehmen. Das fördert auch die Akzeptanz notwendiger Unterstützung. In finanzieller Hinsicht sind die Ergänzungsleistungen zu erhöhen, unbürokratischer zu gewähren und auf weitere Haushalte auszuweiten, die zu wenig Einkommen haben. Die reiche Schweiz hat genügend Mittel für diese Mehrausgaben. Sie bedeuteten auch eine Wertschätzung alter Menschen. Geld allein genügt aber nicht. Ebenfalls wichtig ist die Beteiligung am gesellschaftlichen Leben, soweit gesundheitliche Einschränkungen diese Teilhabe ermöglichen. Und das fordert uns und unsere Gesellschaft doppelt heraus. Zum einen, weil arme Alte weniger gesund sind; zum andern, weil sie sich mehr zurückziehen. Da sind weitere soziale Angebote und Infrastrukturen zu entwickeln, die Brücken schlagen. Damit sie zum Tragen kommen, ist auch die Sinnfrage mehr zu stellen und in den Alltag zu integrieren. Denn es gibt auch eine Armut in unserem Geist. Sie äussert sich im kurzsichtigen Bestreben, alles möglichst schneller drehen zu lassen. Weiter führt die schier subversive Frage: Wozu das alles?

Armut macht krank

Vier Fünftel der Schweizer Bevölkerung machen sich immerhin regelmässig Ge-

danken über ihre Gesundheit. Bei den gut Situierten ist das ausgeprägter der Fall. Soziale Faktoren sind für die Gesundheit zentral. Die Lebenserwartung steigt mit dem Einkommen. Sozial Benachteiligte weisen schon als Säuglinge eine deutlich höhere Sterblichkeit auf, zudem eine zweimal höhere Mortalitätsrate durch Unfälle. Im Unterschied zu vergleichbaren Gruppen von Beschäftigten machen Erwerbslose häufiger Suizidversuche. Lebenspartnerinnen und Kinder zeigen mit zeitlicher Verzögerung ähnliche psychische Reaktionen. Infektionen und chronische Erkrankungen häufen sich. Die Armut beeinträchtigt die Gesundheit der Kinder. Sie erhöht das Risiko von Krankheiten – von der Karies bis zu Aids. Die Lebenserwartung sinkt von der obersten zur untersten Einkommenschicht. Armut macht krank. Und Krankheit macht arm.

Der soziale Aspekt zeigt sich auch bei den zunehmenden Diagnosen von Depressionen. Sie häufen sich einerseits bei Arbeitslosen, Alleinerziehenden, alleinlebenden Alten und erwerbstätigen Armen; andererseits bei Pflegenden und bei stark Leistungsorientierten. Bei Letzteren kommt das grosse Loch öfters just nach Erfolgen. Diese geben zwar Anerkennung, aber noch keinen Lebensinhalt. Der Soziologe Alain Ehrenberg beschreibt in seiner Studie über „Das erschöpfte Selbst“ (2004), wie chronische Überlastungen depressive Erkrankungen fördern. Wer sehr streng mit sich selbst umgeht, erhöht seine Disposition zur Depression. Und wer die Härte seinen Kindern weiter gibt, beeinträchtigt deren Lebendigkeit. Er schwächt damit das, was eine Depression verhindern könnte: die innere Vitalität. Die Vitalität leidet auch, wenn bürokratische Funktionalität dominiert und sich eine Gesellschaft einseitig an ökonomischer Rationalität orientiert.

Renten rentieren

Die durchschnittliche Lebenserwartung verlängerte sich im Verlaufe der letzten hundert Jahre stark. Auch die Zeit, während der alte Menschen aktiv sein können. Pensionierte sind heute gesünder und besser ausgebildet als früher. Sie wollen eigene Bedürfnisse befriedigen und gesellschaftlich nützlich sein. Das



“

Das Umlageverfahren bei der AHV erweckt den Anschein, immer weniger Junge müssten die Renten von immer mehr Alten finanzieren. Alte Menschen haben ihre Renten jedoch selber verdient.

ist kein Widerspruch. Allerdings gibt es rüstige Alte und solche, die weniger rüstig sind. Wer auf psychosoziale Unterstützung angewiesen ist, verursacht Kosten. Diese werden, wie die Zunahme alter Menschen, häufig problematisiert. Die Optik der Effizienzoptimierung dominiert aktuelle Diskurse. Sie konzentriert sich auf ökonomische Aspekte und dokumentiert eine neue Oberflächlichkeit. Was macht der Mensch aus dem, was die Verhältnisse aus ihm machen, fragt die Existenzphilosophie. Wenn wir Diskurse über das Alter erörtern, müssen wir den gesellschaftlichen Kontext einbeziehen, in dem diese stattfinden. Und da zeigen sich, wie erwähnt, gegenläufige Entwicklungen. Auch bei den Alterstheorien. Frühere Defizitkonzepte gingen von starren Lebensphasen aus.

Sie sind erfreulicherweise nahezu passé. Heute zählt die persönliche Kompetenz. Ressourcen orientierte Ansätze rücken eigene Interessen und Fähigkeiten in den Vordergrund. Mit dem zunehmenden Anteil alter Menschen und den steigenden Kosten sind allerdings auch andere Trends feststellbar. Davon zeugen despektierliche Schlagzeilen über die so genannte Rentnerschwemme oder Überalterung. Wer soll das bezahlen? So lautet eine häufige Frage.

„Unsere glücklichen Rentner. Keine Sorge: Noch zahlen die Nachkommen“, titelte die Weltwoche (29.5.2003) und schrieb dazu: „Die heutigen Rentner werden geschont. Doch wer nach 1950 geboren ist, hat düstere Aussichten: länger arbeiten, tiefere Renten.“

Ähnliches war im Facts (28.5.2003) unter der Überschrift „Die Solidaritätsfalle: Die Alten profitieren, die Jungen blechen“ zu lesen: „Die Jungen stopfen die Löcher bei den Sozialversicherungen. Die Alten profitieren davon.“ Ja, das Umlageverfahren bei der AHV erweckt den Anschein, immer weniger Junge müssten die Renten von immer mehr Alten finanzieren. Alte Menschen haben ihre Renten jedoch selber verdient. Sie haben viel gesellschaftlich nützliche Arbeiten verrichtet, auch wenn diese, wie teilweise Betreuungsaufgaben, durch keine Sozialversicherungen abgedeckt sind. Zudem gibt es immer noch mehr unter 20jährige als über 65jährige. Das wird oft übersehen. Die Anteile der alten Menschen nehmen wohl zu, aber nach dem Jahr 2040 gehen sie wieder zurück; dann kommt der Pillenknick mit den geburtenschwachen Jahrgängen ins Alter. Zudem macht es wenig Sinn, die Erwerbstätigen nur mit den Personen zu vergleichen, die Renten beziehen. Ein konstanteres Verhältnis ergibt sich, wenn wir die Jugendlichen und Kinder einbeziehen. Sie verursachen auch Kosten, wobei diese privatisiert sind. Hinzu kommt: Die AHV-Leistungen haben eine hohe Wertschöpfung. Sie sind keine Geschenke. Renten rentieren. Ein beachtlicher Teil der AHV-Auszahlungen geht über die Mieten und den Konsum direkt in die Wirtschaft zurück. Diese Ausgaben tragen dazu bei, konjunkturelle Schwankungen auszugleichen und den sozialen Zusammenhalt zu fördern. Hinzu kommt das soziale Engagement vieler alter Menschen.

Und zum „lieben Geld“ sei noch angemerkt: Das Bundesamt für Statistik legte am 19.5.2009 die bereinigten Zahlen vor, die nun für das Jahr 2007 vorhanden sind. Daraus geht hervor, dass die Gesamtausgaben für die Soziale Sicherheit (inkl. Sozialhilfe) im Jahr 2007 auf 142,4 Mrd. Franken stiegen (2006: 137,2 Mrd. Fr.). Bedingt durch das wirtschaftliche Wachstum hat sich die Sozialausgabenquote (Sozialausgaben im Verhältnis zum Brutto-Inlandprodukt) 2007 um 0,4 Prozent auf 27,8 Prozent verringert. Damit ist die Quote seit dem Höchststand von 2004 (29,3 Prozent) zum dritten Mal in Folge gesunken. Hinzu kommt: die Einnahmen betragen

2007 insgesamt 165,7 Mrd. Franken. Das entspricht einer Zunahme von 2,6 Prozent.

Ungewöhnliches ausprobieren

In einzelnen Gemeinden mischen sich Seniorenräte öffentlich ein. Ältere Menschen engagieren sich auch im familiären Umfeld. Grosseltern betreuen in der Schweiz jährlich über hundert Millionen Stunden ihre Enkelkinder, wie der von Pasqualina Perrig und andern herausgegebene „Generationenbericht Schweiz“ (Seismo, Zürich 2008) veranschlagt. Ältere Menschen pflegen auch Hochbetagte. Ihre Leistungen betragen allein im eigenen Haushalt über eine Milliarde Franken. Die gesamte unbezahlte Arbeit, welche die Haus-, Familien- und Freiwilligenarbeit umfasst, macht in der Schweiz laut Bundesamt für Statistik 250 Milliarden Franken aus. Bei Debatten über alte Menschen geht es aber nicht nur um das Geld, sondern auch um Ängste und Verunsicherungen. Sie äussern sich darin, graue Haare als bedrohlich zu empfinden und in der Werbung auf Jugendlichkeit zu setzen. So gibt es Betagte, die schon ein schlechtes Gewissen haben, wenn sie während Stosszeiten eine Strassenbahn benutzen oder sich auf einer öffentlichen Bank ausruhen. Alte scheinen ein Kostenfaktor zu sein, die meinen, ihre Lebensberechtigung mit Arbeit und einer terminbefrachteten Agenda belegen zu müssen.

Wir haben heute gute Chancen, Lebensqualität im Alter zu verwirklichen. In hundert Jahren haben sich in der Schweiz die Lebenserwartung verdoppelt, die Lebensarbeitszeit halbiert und die Reallöhne vervielfacht. Zeit und Geld sind vorhanden. Eine hohe Lebensqualität im Alter ist möglich, aber nicht selbstverständlich. In der Schweiz lebt in jedem dritten Haushalt eine allein stehende Person, in Städten in jedem zweiten. Die Individualisierung vereinzelt die Menschen. Sie erhöht aber auch unsere Wahlmöglichkeiten. Die Lebensentwürfe sind vielfältiger geworden. Wir dürfen Ungewöhnliches ausprobieren. Das verlangt von uns, Grenzen zu setzen. Denn wir müssen nicht alles tun, was wir tun können. Noch selten waren unsere Chancen, Lebensqualität im Alter zu verwirklichen, so

gut und bedroht wie heute. Daher sollten wir auch ab und zu fragen, ob es im Leben darum geht, ein beliebig austauschbares Rädchen in einem mechanistischen Modell zu sein, das hektisch funktioniert. Vielleicht könnten gerade ältere Menschen mehr Gelassenheit in die Gesellschaft bringen.

Neue Verbindlichkeit

Zwangsgelobenenheiten und enge soziale Kontrollen prägten kleinräumige, gemeinschaftliche Lebensweisen. Sie machen verständlich, weshalb viele Menschen städtische Freiheiten und sachlich distanzierte Sozialbeziehungen favorisieren. Diese erweisen sich aber als recht brüchig und kühl. Das mag die Bereitschaft fördern, wieder verbindlichere soziale Beziehungen einzugehen, und zwar nicht aus Angst oder Not, sondern frei gewählt. Neue Komplexitäten erfordern und fördern auch ein Differenzierungsvermögen, das pluralistische Strukturen berücksichtigt. Ältere Identitätskonzepte basierten auf relativ einheitlichen sozialen Voraussetzungen. Die viel gepriesene Authentizität strebte eine möglichst umfassende persönliche Kongruenz zwischen Anspruch und Wirklichkeit an. Heute ist es jedoch unabdingbar, Identitäten zu entwickeln, die vielfältige Widersprüche zulassen und in der Lage sind, mit Offenheiten umzugehen, ohne alles offen zu lassen und in Beliebigkeit abzudriften. Neue Identität zeichnet sich durch die Bereitschaft aus, Ambivalenzen einzugestehen. Sie entsagt jener bedrückenden Gemütlichkeit, die trügerisch Halt verspricht.

Ja, die Alten von morgen engagieren sich, weil sie Lust dazu haben und gefragt sind. Sie kommen ohne überfrachtete Agenda und Alltagshektik aus. Sie betrachten körperliche Beschwerden nicht als persönliche Schwäche. Sie sagen, dass ihnen das Älterwerden auch Mühe macht. Die Alten von morgen stehen zu ihren Falten. Sie berichten gerne, aber nicht aufdringlich von ihren Erfahrungen. Sie können zuhören, sind neugierig, einfühlsam und auch für Junge interessant, weil sie nicht nur an die Arbeit denken, sondern die Sinnfrage in den Alltag integrieren. Hoffentlich gelingt's. Auch dank dem Verzicht, bei alten Menschen sparen zu wollen, egal, was es kostet.



bilder sozmedia | collage switsch

Menschen für einen Zweck instrumentalisieren?

Diskussionsrunde über Forschung am Menschen

In der Volksabstimmung vom 7. März geht es unter anderem um die Zulässigkeit der Forschung mit nicht urteilsfähigen Menschen. Der Basler Appell gegen Gentechnologie und die Redaktionsgruppe Soziale Medizin sind dazu nicht gleicher Meinung. Hier eine Diskussion darüber.

Ruedi Spöndlin: Am 7. März kommt der Verfassungsartikel über die Forschung am Menschen zur Abstimmung. Ihr vom Basler Appell gegen Gentechnologie empfiehlt dazu ein Nein, weil ihr die fremdnützige Forschung an Kindern ablehnt.

Pascale Steck: Das ist für uns eine der entscheidenden Fragen. Ich muss allerdings präzisieren, dass sich diese nicht nur bei Kindern stellt, sondern bei allen Menschen, die aufgrund fehlender Urteilsfähigkeit nicht selbst die Zustimmung zur Teilnahme an einem Forschungsvorhaben erteilen können. Also etwa auch bei Demenzkranken, geistig

Behinderten und bewusstlosen Notfallpatienten. Eine freiwillige, informierte Zustimmung ist nach unserer Ansicht eine unbedingte Voraussetzung für die Teilnahme an einem fremdnützige Forschungsprojekt. Aus diesem Grund muss auf eine solche Forschung bei Urteilsunfähigen verzichtet werden.

Gabriele Pichlhofer: Wir fordern sogar, dass man diese verschiedenen Gruppen von nicht urteilsfähigen Menschen in der Gesetzgebung differenziert behandelt. Man kann nicht alle über einen Leisten schlagen.

Steck: Im neuesten Gesetzesentwurf,

der nach Annahme des Verfassungsartikels am 7. März im Parlament behandelt werden soll, ist der Bundesrat dieser Forderung auch ein Stück weit nachgekommen. Er schlägt tatsächlich unterschiedliche Regelungen für die verschiedenen Gruppen von nicht urteilsunfähigen Menschen vor.

Spöndlin: Aber der Verfassungsartikel, über den wir am 7. März abstimmen, muss natürlich die allgemeinen Grundsätze enthalten und kann nicht derart differenziert sein.

Steck: Das ist richtig, ein Verfassungsartikel muss allgemeine Grundsätze enthalten. Absatz 1 des vorgeschlagenen Verfassungsartikels (siehe Box) gefällt uns diesbezüglich gut. Er soll auch immer zur Anwendung kommen, soweit der Schutz der menschlichen Würde dies erfordert. Das kann grundsätzlich auch in Zusammenhang mit sozial- oder wirtschaftswissenschaftlicher Forschung der Fall sein. Absatz 2 beschränkt sich dann aber auf die Forschung in Biologie und Medizin und enthält relativ weitgehende Einzelheiten. Da fragen wir uns, ob das in die Verfassung gehört. Problematisch finden wir vor allem die Einschränkung, dass die fremdnützige Forschung mit nicht urteilsfähigen Personen unter gewissen Bedingungen zulässig sein soll.

Pichlhofer: Damit werden diese Bedingungen bereits auf Verfassungsebene zementiert. Eine restriktivere Ausführungsgesetzgebung ist nicht mehr möglich.

Spöndlin: Gäbe es denn eine andere Möglichkeit?

Pichlhofer: Ja, man hätte beispielsweise in die Verfassung schreiben können: „Die fremdnützige Forschung mit nicht urteilsfähigen Menschen ist verboten; das Gesetz kann Ausnahmen vorsehen“. Dann könnte man einzelne Punkte auf Gesetzesebene regeln. So wie der Artikel jetzt lautet, stehen wir aber vor vollendeten Tatsachen.

Spöndlin: Aber glaubt ihr tatsächlich, im Gesetzgebungsprozess könntet ihr euren Anliegen mehr Beachtung verschaffen? Die Regelung in der Verfassung hat immerhin den Vorteil, dass es zur Volksabstimmung kommt, ohne

Die Gesprächsteilnehmenden:

Gabriele Pichlhofer, Soziologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin Basler Appell gegen Gentechnologie

Alex Schwank, Dr. med., Hausarzt, Redaktionsgruppe Soziale Medizin

Pascale Steck, Biologin, Geschäftsführerin Basler Appell gegen Gentechnologie

Gesprächsleitung und redaktionelle Bearbeitung: Ruedi Spöndlin

dass ihr 50.000 Unterschriften für ein Referendum sammeln müsst.

Steck: Wenn die entscheidenden Fragen der Forschung an nicht urteilsfähigen Menschen erst in einer zweiten Phase beim Erlass des Gesetzes geregelt würden, bliebe mehr Zeit für eine öffentliche Diskussion. Die bevorstehende Abstimmung über den Verfassungsartikel am 7. März hat bis jetzt kaum Diskussionen ausgelöst und wird vermutlich auch keine mehr auslösen. Wir gehen davon aus, dass die Stimmberechtigten am 7. März mehrheitlich ja stimmen werden. Und dann wird das Thema abgehakt sein. Das ist schade, nachdem schon die Ratifikation der europäischen Bioethikkonvention in der Schweiz nahezu diskussionslos über die Bühne gegangen ist.

Alex Schwank: Dass die Grundsätze der Forschung am Menschen in der Verfassung verankert werden, halte ich für richtig. Das Argument, dass bisher keine grosse öffentliche Diskussion stattgefunden hat, ist nicht stichhaltig, da Diskussionen über Gesetzesentwürfe kaum grössere Resonanz hervorrufen. Die obligatorische Abstimmung über den Verfassungsartikel wird zudem durchaus noch zu einer breiteren Debatte führen. Meines Erachtens sind die vorgeschlagenen Regelungen zudem eindeutig ein Fortschritt gegenüber dem Ist-Zustand. Die Forschung am Menschen war bisher auf eidgenössischer Ebene überhaupt nicht verbindlich gesetzlich geregelt. Noch in einer nicht

fernen Vergangenheit wurde teilweise ohne grosse Skrupel an Menschen geforscht. Dabei waren die Qualität eines Teils dieser Menschenversuche nicht über alle Zweifel erhaben, oft auch miserabel.

Steck: Da bin ich nicht ganz einverstanden. Nehmen wir als Beispiel die Psychostudie SESAM. Ein Grund dafür, dass diese abgeblasen werden musste, war sicher die unklare rechtliche Grundlage. Wäre diese eindeutiger gewesen, hätte SESAM eher durchgeführt werden können.

Schwank: SESAM ist nicht an rechtlichen Bedenken gescheitert, auch wenn ich persönlich gegenüber diesem unsinnigen Forschungsvorhaben durchaus auch Vorbehalte rechtlicher Natur hatte. Der Grund war ganz banal: Das Projekt konnte zu wenig Teilnehmerinnen rekrutieren, nur wenige Mütter waren mit ihren Kindern zur Mitarbeit bereit. Wichtig und entscheidend war übrigens auch der unermüdliche Widerstand des ‚Basler Appells‘.

Steck: Unsere Kritik an SESAM fand tatsächlich ein enormes öffentliches Echo, das wir gar nicht erwartet hatten. Möglich war das, weil die Medien unsere Argumente aufgriffen. Das hätten sie aber vielleicht nicht im gleichen Ausmass getan, wenn SESAM eine klare Rechtsgrundlage gehabt hätte.

Schwank: Das Megaprojekt SESAM hatte ja das Ziel, mit einer Langzeitstudie den Einfluss von Umwelt und genetischer Veranlagung auf die psychische Gesundheit zu erforschen. Vollmundig wurden bahnbrechende Erkenntnisse zur Entstehung von psychischen Krankheiten in Aussicht gestellt. Es sollte damit möglich werden, durch gezielt Prävention enorme Kosten einzusparen. Die wissenschaftliche Qualität des Forschungsansatzes wurde zu Recht in Frage gestellt. Zum Glück haben die Mütter sich geweigert, ihre neugeborenen Kinder am unsinnigen und masslosen SESAM-Projekt teilzunehmen zu lassen.

Pichlhofer: Das ist richtig, das Konzept von SESAM war auch handwerklich schlecht gemacht. Wer etwas von So-

zialwissenschaft versteht, konnte das sofort erkennen.

Spöndlin: Tatsache ist, dass der Basler Appell in der Öffentlichkeit als forschungsfeindlich gilt.

Pichlhofer: Das wird uns oft unterstellt. Wir sind aber nicht gegen medizinische Forschung. Ich persönlich nehme zurzeit selber an einer medizinischen Studie teil. Die fremdnützige Forschung (siehe Box) an nicht urteilsfähigen Menschen lehnen wir jedoch ab, mit kleinen Einschränkungen. Eine stellvertretende Einwilligung zur Teilnahme an einem Forschungsvorhaben, das dem betroffenen Menschen keinen Nutzen bringt, ist für mich nicht akzeptabel.

Steck: Unsere Argumente sind einerseits rechtlicher Natur. Wer eine nicht urteilsfähige Person vertreten muss, etwa ein Vormund, ein Beistand oder die Eltern, darf nur in deren Interesse handeln. Das ist selbstverständlich und steht auch so im Zivilgesetzbuch. Also gibt es eigentlich gar keinen Spielraum für die Zustimmung zur Teilnahme an einem Forschungsvorhaben, die der betreffenden Person selbst keinen Nutzen bringt. Eine solche Zustimmung erfolgt immer im Interesse der Gesamtgesellschaft und lässt sich somit nicht widerspruchsfrei mit unserer Rechtsordnung vereinbaren. Andererseits sprechen ethische Gründe gegen die fremdnützige Forschung mit nicht Urteilsfähigen, etwa mit geistig Behinderten. Wenn man mit solchen Menschen forscht, ohne dass sie selbst einen Nutzen davon haben, instrumentalisiert man sie. Einen Menschen für einen Zweck zu instrumentalisieren, der nicht in seinem Interesse liegt, widerspricht aber unserem humanistischen Menschenbild und auch dem Versprechen, die Menschenwürde zu achten. Diese Punkte werden in letzter Zeit zunehmend in Frage gestellt, etwa durch die Ermöglichung der Stammzellenforschung. Die vorgeschlagene Regelung der Humanforschung ist ein weiterer Schritt in diese Richtung.

Schwank: Humanistisches Menschenbild und Konsens über die menschliche Würde sind mir zu allgemeine Begriffe. Die viel beschworene abendländische Hochkultur mit ihren humanistischen Idealen hat in der jüngsten Vergangen-

heit jedenfalls nicht verhindert, dass bedenkenlos und ohne Einwilligung von Betroffenen Experimente an Menschen durchgeführt wurden, welche wir heute nicht mehr tolerieren würden. Und dies nicht etwa nur in Nazideutschland. Gerade diese Missbräuche sind der Grund, dass Grundsätze für die Forschung am Menschen in der Verfassung und auf Gesetzesebene formuliert werden müssen.

Steck: Das ist richtig. Im Lauf der letzten Jahrzehnte ist der Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht tatsächlich deutlich angestiegen. In allerletzter Zeit

Schwank: Die Frage ist dabei, was unter dem Eingriff in die körperliche Integrität verstanden wird. Klar ist, dass ernsthafte mögliche Schädigungen nicht akzeptabel sind. Für eine urteilsunfähige Person sind nur minimale Risiken und Belastungen zulässig. Dazu gehören zum Beispiel die Entnahmen von Speichelproben und die Untersuchung einer Blutprobe, welche im Rahmen einer medizinischen Behandlung ohnehin notwendig ist. Es gibt auch Forschungsvorhaben, welche den Untersuchten keinen Nutzen bringen, aber auch nichts schaden. Dazu gehört die Auswertung von medizinischen Daten von Notfall- und



Heute wird aber das Interesse der Allgemeinheit an Forschung und Wissenschaft wieder höher gewichtet und oft zumindest gleichwertig neben das Selbstbestimmungsrecht des Individuums gestellt.

Pascale Steck

scheint er im Zusammenhang mit der Biomedizin aber wieder zurück zu gehen. Im Nürnberger Kodex, den ein amerikanisches Militärgericht 1947 anlässlich des Prozesses gegen Nazi-Ärzte formulierte, und der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes von 1964 stand eindeutig das Individuum im Zentrum der Medizin. Heute wird aber das Interesse der Allgemeinheit an Forschung und Wissenschaft wieder höher gewichtet und oft zumindest gleichwertig neben das Selbstbestimmungsrecht des Individuums gestellt.

Pichlhofer: Ich bin der Meinung, dass man von niemandem ein altruistisches Opfer zu Gunsten der Gesellschaft verlangen kann, wenn dieses mit einem Eingriff in die körperliche Integrität verbunden ist und wenn die betroffene Person sich nicht selbst für oder gegen einen solchen Eingriff entscheiden kann. Eine altruistische Handlung kann immer nur freiwillig erbracht werden.

Intensivstationen. Selbstverständlich müssen auch in solchen Fällen Rahmenbedingungen eingehalten werden.

Pichlhofer: Aber der Rahmen, in diesem Fall das Humanforschungsgesetz, das den Verfassungartikel konkretisieren soll, ist nicht festgelegt, die betreffenden Artikel sind schwammig formuliert und so bleibt viel Interpretationsspielraum.

Spöndlin: Gibt es in der Intensivmedizin Fragestellungen, die Untersuchungen an Kindern erfordern?

Schwank: Ja, ein Beispiel war die Entwicklung einer Therapie der Frühgeborenenretinopathie (Retinopathie = Erkrankung der Netzhaut im Auge). Das ist eine Komplikation der Sauerstofftherapie bei Frühgeborenen. Die toxische (giftige) Wirkung zu hoher Sauerstoffkonzentrationen schädigt die Netzhaut. Erst sorgfältige und kontrollierte Studien führten zur heute möglichen sicheren und wirksamen Sauerstofftherapie.



Pichlhofer: Muss man so ein Forschungsvorhaben nicht als Heilversuch oder Therapiestudie bezeichnen, wogegen ich grundsätzlich nichts einzuwenden habe? Man versucht im Einzelfall heraus zu finden, wie man dem betreffenden Kind am besten helfen kann. Dass man die dabei gewonnen Erkenntnisse auch in anderen Fällen nutzen kann, ist nicht zu beanstanden.

Steck: Ein Heilversuch ist ja nicht fremdnützig.

Spöndlin: Vorher habe ich aufgehört, als Gabriele sagte, ihrer würdet fremdnützige Forschung mit nicht urteilsfähigen Menschen abgesehen von „kleinen Einschränkungen“ ablehnen. Um was für Einschränkungen handelt es sich da?

Steck: Gerade wenn es um Kinder geht, sind wir zu gewissen Kompromissen bereit. Grundsätzlich sind wir auch hier für ein Verbot der fremdnützigen Forschung, können uns aber gewisse Ausnahmen vorstellen. Denn es stimmt, dass Kindern oft Medikamente verschrieben werden, die für sie nicht erprobt wurden und nicht zugelassen sind. Vorstellen können wir uns eine Lösung, wie sie das deutsche Recht kennt. Nämlich dass bei klinischen Studien nur kranke Kinder teilnehmen dürfen. Gesunde Kinder dürfen in Deutschland nur an Untersuchungen zur Prävention oder Diagnostik teilnehmen, zum Beispiel an Studien zu Impfstoffen.

Spöndlin: Ihr habt vorher ja gesagt, für Kinder, geistig Behinderte, Demenz-

kranke und andere nicht urteilsfähige Menschen seien unterschiedliche Regelungen nötig. Man könne nicht alle über einen Leisten schlagen. Welche Unterschiede würdet ihr machen?

Pichlhofer: Wie gesagt, würden wir bei Minderjährigen in eingeschränktem Ausmass fremdnützige Forschung zulassen wollen. Der vorgeschlagene Verfassungsartikel und auch das Gesetz lassen diese zu, wenn die Risiken und Belastungen minimal sind. Was das heisst, müsste genauer festgelegt werden. Ich weiss, dass in der Literatur die Meinung vertreten wird, das heisse lediglich Wiegen und Messen. Jeder körperliche Eingriff, etwa eine Blutentnahme, sprengt das zulässige Mass. Das müsste aber klar festgehalten sein. Nur dann könnte ich fremdnütziger Forschung mit Minderjährigen in eng abgesteckten Fällen zustimmen.

Spöndlin: Und bei anderen urteilsunfähigen Menschen würdet ihr keine solche Ausnahme zu lassen?

Steck: Genau, denn Kinder sind ein Spezialfall. Da sie nicht einfach kleine Erwachsene sind, muss man für sie einerseits besondere Medikamente und therapeutische Methoden entwickeln. Andererseits sind Kinder häufig dazu in der Lage, zu kommunizieren, ob sie eine bestimmte Behandlung wünschen oder nicht, was bei erwachsenen Urteilsunfähigen grundsätzlich in Frage gestellt werden muss.

Spöndlin: Haben Demenzkranke und bewusstlose Notfallpatienten keine derartigen Spezialbedürfnisse?

Schwank: Meiner Meinung nach gibt es in diesen Bereichen genauso einen Bedarf nach spezifischer Forschung.

Pichlhofer: Nein, ich denke, da sieht es etwas anders aus. An einer Demenz erkrankt man ja nicht von einem Tag auf den andern. Das ist ein schleichender Prozess. Somit besteht grundsätzlich die Möglichkeit, einen Menschen vor Eintritt der Urteilsunfähigkeit zu fragen, ob er bereit sei, an einem fremdnützigen Forschungsprojekt teilzunehmen. Möglich ist sogar eine entsprechende Patientenverfügung. Natürlich kann es auch dabei Probleme mit der freien Willensbildung geben. Aber ich denke, das ist

die Richtung, in der man eine Lösung finden muss. Man muss sehen, dass auch geringfügige Experimente für Demenzkranke eine grosse Belastung darstellen können. Selbst Wiegen und Messen kann sie aus dem Konzept bringen und verwirren.

Schwank: Was wäre dann eine fremdnützige Forschung bei dementen Menschen? Medikamentenstudien bei dementen Menschen sollten meines Erachtens nicht grundsätzlich verboten werden, auch wenn die heute verfügbaren Medikamente leider nur einen geringen therapeutischen Effekt haben. Dies könnte sich auch ändern.

Pichlhofer: Wenn du jemandem ein Medikament gibst, von dem du nicht weisst, ob es im konkreten akuten Fall etwas nützt oder nicht, handelt es sich um einen Heilversuch. Ein solcher soll

schung handelt, ist Ermessenssache und muss im Einzelfall entschieden werden. Das können wir nicht beantworten.

Pichlhofer: Diese Abwägung muss eine Ethikkommission vornehmen.

Schwank: Ich nehme mit Interesse zur Kenntnis, dass eure Haltung gar nicht so rigoros ist, wie sie in der Öffentlichkeit oft wahrgenommen wird. Mit welcher Art von Forschung bei demenzkranken Menschen habt ihr denn überhaupt ein Problem?

Steck: Mit Grundlagenforschung beispielsweise, etwa wenn man die Ursachen der Alzheimerkrankheit herausfinden will. Führt man diese Art der Forschung an Demenzkranken durch, die nicht mehr in der Lage sind, ihren Willen an der Teilnahme zu bekunden, so handelt es sich um eine „fremdnützige

Trotzdem beharren wir darauf, dass die menschliche Würde uneingeschränkt respektiert wird. Man wirft uns deshalb oft vor, wir möchten die Forschung verhindern. Aber wir kommen nun halt einmal nicht von der praktischen Seite her, sondern von der ethischen, und bestehen darauf, dass gewisse Grundsätze beachtet werden, so zum Beispiel, dass man Menschen nicht einfach benutzen darf, auch nicht für einen so genannt guten Zweck. Das ist eine andere Zugangsweise.

Schwank: Sofern bei einem urteilsunfähigen Menschen ohnehin Blut entnommen werden muss, sehe ich keine Verletzung der Menschwürde, wenn mit Untersuchungen dieses Blutes Fragen der Grundlagenforschung beantwortet werden sollen. Voraussetzung ist dabei aber, dass das Forschungsprojekt von hoher Qualität ist und tatsächlich der Gemeinschaft etwas nützt. Die Würde von dementen Menschen wird meines Erachtens zudem weniger durch solche Untersuchungen beeinträchtigt als durch unzulängliche Betreuung und Therapie. Vermehrte Forschung, welche Pflege und welche nichtmedikamentösen Therapien dementen Menschen ihr Schicksal erleichtern, ist dringend notwendig. Auch das ist Forschung an nicht urteilsfähigen Menschen.

Pichlhofer: Die von dir erwähnte Pflegeforschung ist meines Erachtens auch als Heilversuch einzustufen. Dagegen habe ich grundsätzlich nichts einzuwenden. Ich weiss jedoch von Fällen, wo die Würde durch Grundlagenforschung – und über die sprechen wir hier – verletzt wurde. Vor einigen Jahren wurde in einer Behinderteneinrichtung in Deutschland nicht urteilsfähigen HeimbewohnerInnen zum Zwecke auch von Doktorarbeiten Blut abgenommen und andere Untersuchungen durchgeführt, ohne dass überhaupt jemand zugestimmt hätte. Das kam nur per Zufall raus. Die Betroffenen in diesem Fall waren zwar nicht Demenzkranke, sondern geistig behinderte junge Erwachsene. Das ändert aber nichts an der Problematik.

Schwank: Tatsächlich hat es auch in der Schweiz noch in jüngster Vergangenheit skandalöse Forschungsprojekte gege-



Ich bin der Meinung, dass man von niemandem ein altruistisches Opfer zu Gunsten der Gesellschaft verlangen kann, wenn dieses mit einem Eingriff in die körperliche Integrität verbunden ist und wenn die betroffene Person sich nicht selbst für oder gegen einen solchen Eingriff entscheiden kann.

Gabriele Pichlhofer

zulässig sein, wenn die erforderlichen Vorsichtsmassnahmen eingehalten werden.

Steck: Es stellt sich stets die Frage des Nutzens: Wer profitiert von der Forschung, die durchgeführt werden soll? Wenn eine demenzkranke Patientin oder ein Patient im weitesten Sinne davon profitieren kann, darf man einen Medikamentenversuch meines Erachtens durchführen. Natürlich gibt es Grenzfälle. Angenommen eine Pharmafirma erklärt, sie wolle ein Medikament an demenzkranken Menschen testen, von welchem voraussichtlich 7–15 Prozent der Studienteilnehmenden profitieren würden. Ob es sich dabei nun um fremdnützige oder eigennützige For-

Forschung an Urteilsunfähigen“. Die betroffene demenzkranke Person wird von dieser Forschung nicht profitieren, allerhöchstens, und auch dies sei hier in Frage gestellt, die Gruppe der Demenzkranken in ferner Zukunft.

Spöndlin: Angenommen man muss einem demenzkranken Menschen ohnehin im Rahmen einer medizinischen Behandlung Blut abnehmen. Und dann würde man in dieser Blutprobe auch einen Faktor bestimmen, den man für die Grundlagenforschung braucht. Wäre das eurer Meinung nach zulässig?

Steck: Ich sehe natürlich, dass die Forschung in diesem Fall unproblematisch erscheint und praktisch wäre.

ben. In den 1980er Jahren wurden in einem thurgauischen Altersheim Medikamentenversuche ohne Einwilligung der Betroffenen und ohne Genehmigung einer Ethikkommission durchgeführt. Der Arzt wurde auch bestraft. Selbstverständlich können Blutentnahmen, welche ausschliesslich zu Forschungszwecken vorgenommen werden, eine unzumutbare Belastung darstellen. Wenn aber auch aus therapeutischen Gründen Blut entnommen werden muss, ist die ethische Beurteilung anders.

Steck: Angenommen ein Kind wird älter und erfährt, dass man es nach der Geburt auf der Intensivstation behandeln musste und ihm immer wieder Blut abgenommen hat. Weiter erfährt es, dass dieses Blut mit Zustimmung der Eltern auch zu Forschungszwecken untersucht wurde. Dann kann es doch passieren, dass das Kind den Eltern vorwirft: Ihr habt ohne mein Wissen zugestimmt, mein Blut zu Forschungszwecken untersuchen zu lassen.

Schwank: Ich halte dieses Beispiel für konstruiert. Gerade ein Kind, das sein Leben einer intensivmedizinischen Behandlung verdankt, wird der medizinischen Forschung in diesem Bereich positiv gegenüberstehen.

Steck: Das ist eine Vermutung! Ich betrachte dies grundsätzlicher. Nach meiner Meinung sind wir nicht berechtigt, das Blut eines Kleinkindes zu untersuchen, soweit das nicht zu therapeutischen Zwecken nötig ist. Daran ändert die Zustimmung der Eltern nichts.

Pichlhofer: Du kommst halt von der Praxis her, während wie eher von den Grundsätzen her argumentieren.

Schwank: Tatsächlich halte ich abstrakte Prinzipienreiterei, welche im konkreten Einzelfall Unrecht und Not schafft, für sehr fragwürdig. Die christliche Ethik, dass menschliches Leben grundsätzlich „heilig“ ist und damit geschützt werden muss, ist ja nicht falsch. In der Abtreibungsfrage kann moralischer Rigorismus aber zu unsäglichem Leid führen. Fundamentalistische ethische Grundsätze können, wenn sie absolut durchgesetzt werden, mehr Leid schaffen als verhindern.



Pichlhofer: Es geht hier aber um ethische Grundwerte. Wenn man ein Gesetzeswerk schafft, muss man abstrahieren und rechtsethische Grundsätze berücksichtigen. Man kann nicht abwarten, bis sich Missstände eingebürgert haben.

Schwank: Selbstverständlich gibt es menschliche Grundrechte, welche nicht verhandelbar sind und übrigens auch nicht durch direktdemokratische Mehrheiten ausser Kraft gesetzt werden können. Im Bereiche der medizinischen Forschung am Menschen halte ich eine zu rigide Beschränkung der Forschung aber für falsch. Eine Gratwanderung ist nicht zu vermeiden. Wichtig ist das Verbot jeglicher Zwangsforschung. Grund-

lagenforschung bei Kleinkindern und Alzheimerkranken ist nur zulässig, wenn ein hochrangiges Forschungsziel besteht, die Studie sorgfältig konzipiert ist und die Belastungen minimal sind. Bei Menschen mit geistiger Behinderung müssen die Anforderungen noch strenger formuliert werden. Forschungen an Menschen in Gefängnissen halte ich im Übrigen für grundsätzlich nicht zulässig. Und auch genetische Untersuchungen bei schwer dementen PatientInnen sollten meines Erachtens untersagt sein.

Steck: Hinsichtlich der genetischen Untersuchungen wäre ich nicht einmal so rigoros. Wenn man bei einem de-

menzkranken Menschen einen genetischen Test vornehmen könnte, um heraus zu finden, welches Medikament er am besten verträgt, wäre das nicht fremdnützig und somit nicht unbedingt unzulässig. Genetische Tests für die Grundlagenforschung lehne ich bei nicht Urteilsfähigen aber strikte ab.

Spöndlin: Ich möchte nochmals auf eine Grundsatzfrage zurückkommen. Ihr vom Basler Appell seht in der Zulassung der fremdnützigen Forschung an Urteilsunfähigen einen Schritt in einem längerfristigen Trend?

Steck: Ja, wir beobachten, dass die Existenz oder das Lebensrecht gewisser Menschen zunehmend in Frage gestellt wird, etwa das von Behinderten. Schritte in diese Richtung sind die pränatale Diagnostik, die Embryonen- und Stammzellenforschung sowie die ebenfalls geplante Zulassung der Pränataldiagnostik (vgl. Soziale Medizin 2.05 S. 53 ff.). Durch diese Techniken wird die Geburt von Behinderten teilweise vermeidbar. Es muss sie nicht mehr geben und das gibt man ihnen auch zu verstehen. Ihre Existenz wird als Zumutung empfunden. Mit dem Humanforschungsartikel wird eine Instrumentalisierung Behinderter zu Forschungszwecken ermöglicht. Die menschenrechtliche Garantie der Unverletzbarkeit wird damit aufgehoben.

Schwank: In der Sozialen Medizin wurde die Pränatal- und die Präimplantationsdiagnostik immer wieder kritisch hinterfragt. Auch ich habe früher befürchtet, dass sich durch diese Techniken die Situation behinderter Mensch in unserer Gesellschaft verschlechtern könnte. Mindestens bis heute kann ich dies in der Schweiz jedoch nicht feststellen. Der massive Angriff auf die Behinderten in den letzten Jahren – Stichwort «Scheininvaliden» – kann damit nicht erklärt werden.

Pichlhofer: Nach meiner Wahrnehmung verändern die neuen Möglichkeiten der Biomedizin in unserer Gesellschaft jedenfalls etwas Entscheidendes; die Vorstellung, alles wäre technisch machbar, greift um sich und dabei bleibt die Ethik auf der Strecke.

Steck: Uns geht es vor allem auch dar-



Gerade diese Missbräuche sind der Grund, dass Grundsätze für die Forschung am Menschen in der Verfassung und auf Gesetzesebene formuliert werden müssen. Alex Schwank

um, dass über die genannten Entwicklungen eine öffentliche Diskussion stattfindet. Wenn Parlament und Bevölkerung dann anders entscheiden als wir, akzeptieren wir das.

Spöndlin: Wobei man sich nach der Annahme der Minarettverbotsinitiative Ende November schon fragen muss, ob es nicht auch Grenzen für Volksentscheidungen geben sollte.

Schwank: Am Basler Appell schätze ich, dass er notwendige gesellschaftliche Diskussionen auslöst und verhindert,

dass im Bereich der biomedizinischen Forschung ein unkritischer Fortschritts Glaube die Entwicklung bestimmt. Wichtig ist dabei auch, dass die Debatte über die neuen Möglichkeiten der Biomedizin Zeit braucht und dazu Moratorien ein geeignetes Mittel sein können. Leider ist zu beobachten, dass die Main-Stream-Bioethik fast alles ethisch absegnet, was machbar ist. Dass die wichtige Frage der Instrumentalisierung menschlichen Lebens immer wieder ernsthaft debattiert wird, ist ein Verdienst des Basler Appells.

Die Abstimmungsvorlage vom 7. März

Die Bundesverfassung wird durch folgende Bestimmung ergänzt:

Art. 118b Forschung am Menschen

1 Der Bund erlässt Vorschriften über die Forschung am Menschen, soweit der Schutz seiner Würde und seiner Persönlichkeit es erfordert. Er wahrt dabei die Forschungsfreiheit und trägt der Bedeutung der Forschung für Gesundheit und Gesellschaft Rechnung.

2 Für die Forschung in Biologie und Medizin mit Personen beachtet er folgende Grundsätze:

- a. Jedes Forschungsvorhaben setzt voraus, dass die teilnehmenden oder gemäss Gesetz berechtigten Personen nach hinreichender Aufklärung ihre Einwilligung erteilt haben. Das Gesetz kann Ausnahmen vorsehen. Eine Ablehnung ist in jedem Fall verbindlich.
- b. Die Risiken und Belastungen für die teilnehmenden Personen dürfen nicht in einem Missverhältnis zum Nutzen des Forschungsvorhabens stehen.
- c. Mit urteilsunfähigen Personen darf ein Forschungsvorhaben nur durchgeführt werden, wenn gleichwertige Erkenntnisse nicht mit urteilsfähigen Personen gewonnen werden können. Lässt das Forschungsvorhaben keinen unmittelbaren Nutzen für die urteilsunfähigen Personen erwarten, so dürfen die Risiken und Belastungen nur minimal sein.
- d. Eine unabhängige Überprüfung des Forschungsvorhabens muss ergeben haben, dass der Schutz der teilnehmenden Personen gewährleistet ist.

Mehr dazu: <http://www.parlament.ch/d/dokumentation/dossiers/do-humanforschung/Seiten/do-humanforschung-gesetzestext.aspx>

Spöndlin: Dem möchte ich mich anschliessen. Insbesondere möchte ich euch für die Rubrik ‚Infos aus der Welt‘ danken, die ihr in der Sozialen Medizin jeweils veröffentlicht. Diese finde diese sehr informativ und journalistisch sehr gut gemacht.

Begriffe:

Fremdnützige Forschung: Bringt den beteiligten Versuchspersonen selbst keinen Nutzen
Forschung mit Gruppennutzen: Bringt in der Zukunft einer Gesellschaftsgruppe einen Nutzen, der auch die beteiligten Versuchspersonen angehören

Mehr zum Basler Appell gegen Gentechnologie: www.baslerappell.ch

.....
**Forschung am Menschen,
Volksabstimmung vom 7. März:**

Die Soziale Medizin empfiehlt ein Ja

Die Redaktionsgruppe der Sozialen Medizin und der Vorstand ihrer Herausgeberin, der Schweizerischen Gesellschaft für ein Soziales Gesundheitswesen (SGSG), empfehlen ein Ja zum Verfassungsartikel über die Forschung am Menschen. Sie sind der Ansicht, dass die vorgeschlagene Regelung dem Schutz abhängiger und nicht urteilsfähiger Menschen ausreichend Rechnung trägt. Zudem begrüßen sie es, dass die Forschung am Menschen erstmals auf gesamtschweizerischer Ebene geregelt wird. Damit wird eine unbefriedigende rechtliche Grauzone beseitigt. Soziale Medizin und SGSG sind sich aber bewusst, dass es eine kritische Öffentlichkeit braucht, welche die Forschung am Menschen beobachtet. Deshalb werden sie die biomedizinische Forschung auch in Zukunft zur Diskussion stellen und halten das Engagement des Basler Appells für äusserst verdienstvoll. Dass in den letzten Jahrzehnten in Westeuropa kaum Missbräuche in Zusammenhang mit Forschungsvorhaben an Menschen vorgekommen sind, ist zweifellos dem kritischen Blick der Öffentlichkeit zu verdanken.

Die Position des Basler Appells gegen Gentechnologie in Kürze

Voraussetzung jeder Beteiligung eines Menschen an einem Forschungsprojekt ist die informierte Zustimmung der betroffenen Person. Nach einer ausführlichen Aufklärung kann sie sich entscheiden, ob sie die Risiken und Belastungen eingehen möchte, die nahezu jedes Forschungsprojekt mit sich bringt. Ausserdem kann sich diese Person jederzeit in jeder beliebigen Phase des Projektes für einen Ausstieg entscheiden.

Nichteinwilligungsfähige Menschen wie etwa Kinder, Demente, geistig Behinderte oder Notfallpatienten können dies nicht. Eine stellvertretende Einwilligung kann und darf die selbständige Entscheidung im Fall der Teilnahme an einem dritt-nützigen Forschungsprojekt nicht ersetzen: Der Betreuer, der Vormund oder die nächsten Angehörigen sind dazu angehalten, stets im Interesse und zum Wohl der betreuten Person zu handeln und Schaden von ihr abzuwenden. Ein Forschungsprojekt aber, das der betroffenen Person keinen direkten Nutzen bringt, kann nicht im Interesse dieser Person sein. Insofern stösst die stellvertretende Einwilligung hier an ihre Grenzen.

Die Beteiligung an einem fremdnützigen Forschungsprojekt wird häufig mit einem Solidaritätsoffer des einzelnen an die Gesellschaft erklärt. Auch im Fall von Menschen, die nicht urteilsfähig sind, wird im neuen Verfassungsartikel über die Forschung am Menschen ein solches Opfer zum Wohle der Allgemeinheit verlangt. Eine altruistische Handlung kann jedoch nicht stellvertretend eingefordert werden, sondern muss immer freiwillig erfolgen. Von

einer nichteinwilligungsfähigen Person kann eine solche Handlung deshalb nicht verlangt werden. Die fremdnützige Forschung an nichteinwilligungsfähigen Menschen folgt einem utilitaristischen Prinzip, welches abzulehnen ist.

In der Regel handelt es sich bei Forschungsprojekten, die den teilnehmenden Probanden selbst keinen Nutzen bringen, um Grundlagenforschung, Studien, die einen Heil- oder Therapieversuch begleiten, oder bei denen es um die Erprobung von noch nicht zugelassenen Heilmitteln geht, gehören nicht in diesen Bereich. Das Argument, eine Ablehnung der fremdnützigen Forschung an Urteilsunfähigen würde die Heilungschancen des betroffenen Personenkreises verhindern, greift daher nicht.

Der Basler Appell gegen Gentechnologie lehnt die Forschung an nichteinwilligungsfähigen Menschen ab, wenn diese den betroffenen Personen keinen direkten Nutzen bringt. Diesem Personenkreis kommt eine besondere Schutzwürdigkeit zu und eine Grundlagenforschung zum Nutzen Dritter lässt sich nicht mit ethisch und grundrechtlich garantierten Werten vereinbaren. Wir plädieren vielmehr für eine Fürsorgeethik: Nichteinwilligungsfähige Mitglieder einer Gesellschaft bedürfen eines besonderen Schutzes, insofern darf dieser Personenkreis auch nicht vermeidbaren Risiken und Belastungen zum Nutzen Dritter ausgesetzt werden.

Der Basler Appell gegen Gentechnologie fordert die Lancierung einer breiten öffentlichen Diskussion über den ethischen Grundkonsens in unserer Gesellschaft. Wir fordern eine differenzierte Debatte, die auch den Stellenwert der medizinischen und biologischen Grundlagenforschung für die Gesundheit des Menschen kritisch beleuchtet. Auch Forschung muss sich daran messen lassen, wie sozial verträglich sie ist.

Sich in seinem Zuhause bewegen

Wieso ein spezielles Wohnhaus für Betagte mit einer geistigen Behinderung?

Die Wohnheime für Menschen mit einer geistigen Behinderung befinden sich im Wandel. Rein äusserlich zeigt sich das daran, dass beispielsweise die abilia in Basel die meisten ihrer Wohnhäuser aus alten Villen in Neubauten verlegt. Dahinter stehen veränderte Qualitätsanforderungen sowie neue Konzepte. Relativ neu ist ein spezielles Wohnhaus für betagte Menschen mit einer geistigen Behinderung. Hier ein Interview mit dessen Leiterin.

Soziale Medizin: abilia hat vor drei Jahren ein Wohnheim speziell für betagte Menschen mit einer geistigen Behinderung eröffnet. Warum ist ein derartiges Spezialheim nötig?

Eveline Haagen: Erst in den vergangenen 10 – 15 Jahren bekam das Thema der Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter eine wachsende Brisanz. Dafür bilden verschiedene Aspekte die Grundlage. Auf der einen Seite ist zu bedenken, dass der Vernichtungsstrategie des Dritten Reiches viele Menschen mit geistiger Behinderung zum Opfer gefallen sind und dass wir es nun mit der ersten Nachkriegsgeneration zu tun haben. Andererseits sind Menschen mit geistiger Behinderung in der Vergangenheit häufig nicht als erwachsene, alternde Menschen wahrgenommen worden, sondern als „ewige Kinder“, was die Frage nach einer Lebensgestaltung im Alter ausschloss.

Als ausschlaggebender Grund für die Brisanz des Themas ist natürlich auch die stetig wachsende Angleichung der Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung an die Lebenserwartung der Menschen ohne geistige Behinderung zu nennen. Von den Menschen mit geistiger Behinderung, die das Alter von 60 Jahren erreicht haben, leben 99% in Institutionen. Diese Tatsache stellt alle betroffenen Institutionen vor die Aufgabe, sich

Unsere Gesprächspartnerin

Eveline Haagen, Grundausbildung als Heilerziehungspflegerin, St Josefs-haus Herten (D); 1984 - 1988 tätig für Psychiatrische Klinik Liestal, Wohngruppe für Menschen mit geistiger Behinderung, welche vorher in der Psychiatrie gelebt haben, Vorstufe Wohnheim Windspiel; seit 1989 bei der GFG/abilia tätig, bis 2001 in der Betreuung Wohnhaus Hirzbodenweg, 2001 - 2006 Leitung des Wohnhauses Hirzbodenweg; 2001 Ausbildung ‚Führen in sozialen Institutionen‘; 2003 Aufbau und Leitung der Pflegegruppe ‚Stöckli‘ der abilia bis 2006; 2006 - 2008 MAS in Gerontologie FH Bern; seit 2006 Aufbau und Leitung Wohnhaus Friedensgasse der abilia.

mit dem Thema der Lebensgestaltung im Alter zu beschäftigen.

Auch abilia stellte sich dieser Herausforderung. Wir reagierten auf den spezifischen Begleitungsbedarf im Alter. Dies taten wir, indem wir in einem dreijährigen Projekt, in Form einer „Kleinstpflegegruppe“, den tatsächlichen Pflegebedarf zu ermitteln und diesem unsere vorhandenen und neu zu bildenden Ressourcen gegenüber zu stellen versuchten. Aus den Erkenntnissen dieser



Andererseits sind Menschen mit geistiger Behinderung in der Vergangenheit häufig nicht als erwachsene, alternde Menschen wahrgenommen worden, sondern als 'ewige Kinder'

Pflegegruppe entstand die Grundlage zum heutigen Wohnhaus an der Friedensgasse 72 in Basel.

SM: Welche Spannweite des Alters weisen die BewohnerInnen des Wohnhauses Friedensgasse auf?

E.H.: Die chronologische Spannweite des Alters bewegt sich von 49 – 80 Jahren. Diese grosse Spannweite zeigt, dass der Prozess des Alterns nicht nur an den Lebensjahren festgemacht werden kann. Bedingt durch die Behinderungsform (Beispiel: Down Syndrom)

kann eine Anpassung im Begleitungsbedarf aufgrund der Altersentwicklung bereits schon in den mittleren Lebensjahren entstehen.

Im Wohnhaus Friedensgasse leben 16 BewohnerInnen in zwei Wohngruppen. Eine Wohngruppe wird von acht rüstigeren Seniorinnen gebildet. Diese acht Frauen weisen zwar einen erhöhten Begleitungsbedarf auf, führen jedoch das Leben von aktiven „Pensionären“. In der anderen Wohngruppe ist der Pflegebedarf hoch und die Mehrzahl der BewohnerInnen befindet sich im demenziellen Abbauprozess.

Parallel bietet die Friedensgasse zwei Entlastungsbetten an, deren Nutzung nicht an eine bestimmte Altersgruppe gebunden ist.

SM: Könnten die BewohnerInnen der Friedensgasse nicht auch in einem normalen Alters- und Pflegeheim leben?

E.H.: Vereinzelt ist es schon vorgekommen, dass Altersheime Menschen mit geistiger Behinderung im Alter aufgenommen haben. In der Regel – und diese Erfahrung haben wir selbst gemacht – nehmen Altersheime jedoch von einer Aufnahme von Menschen mit geistiger Behinderung Abstand. Die Begründung dafür liegt meist in deren spezifischem Begleitungsbedarf, dem sich Alters- und Pflegeheime nicht gewachsen sehen. Dies ist natürlich auch immer von der Form und Schwere der Behinderung abhängig.

Mehrfach wurde mir jedoch auch schon das Argument genannt, dass die BewohnerInnen von Altenheimen sich sehr daran stossen, zusammen mit Menschen mit geistiger Behinderung in einer Wohnform zu leben. Augenblicklich sieht es eher so aus, dass die Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung selbst Lösungen für die Begleitung im Alter suchen. Da es jedoch auch Menschen mit geistiger Behinderung gibt, die ihren Lebensabend in einem Alters- und Pflegeheim verbringen möchten und könnten, wäre es sicher sinnvoll, sich in diese Richtung Gedanken zu erforderlichen Strukturanpassungen zu machen.

SM: Was wird den BewohnerInnen der Friedensgasse Besonderes geboten? Welche besonderen Anforderungen stellt diese Arbeit an die Mitarbeitenden?

E.H.: Unser Begleitungsangebot bezieht sich auf die gesamte Lebensgestaltung. Das heisst, dass der Einkauf von Kleidung, die Begleitung zur Pediküre, die Planung der Freizeitgestaltung, die Organisation der Jahres- und persönlichen Feste ebenso Teil der Arbeit ist wie die Grund- und Behandlungspflege, bis hin zur Sterbebegleitung und Organisation und Durchführung von Beerdigungs- und Abschiedsfeiern. Sie sehen die riesige Bandbreite, aus der für die Mitarbeitenden ein besonderer Anspruch in Bezug auf ihre Positionierung

in der Arbeit entsteht. Die Professionalität aus jeder Berufsgruppe ist gefragt, um die BewohnerInnen in ihren Bedürfnissen begleiten zu können. Gleichzeitig muss jede/r MitarbeiterIn bereit sein, sich von seiner/ihrer Profession ein Stück zu lösen und sich den anderen Themen zu widmen. Im Idealfall kann das Wissen um die agogische Betreuung die Gestaltung der Pflege im Sinne des Individuums stützen und umgekehrt. Dazu kommt, dass beide Hauptaspekte der Arbeit – Agogik und Pflege – auf das Umfeld einer Wohngruppe herunter gebrochen werden müssen. Die BewohnerInnen bewegen sich in der Friedensgasse in ihrem „Zuhause“. Dem muss unbedingt Rechnung getragen werden, indem verstanden wird, dass weder die geistige Behinderung noch das alt Werden eine Krankheit sind.

SM: Warum sind die BewohnerInnen in einem Haus wie der Friedensgasse besser aufgehoben als in einem Alters- und Pflegeheim?

E.H.: In einer Studie des Deutschen Zentrums für Altersforschung in Heidelberg von 1996 wurden die Bedürfnisse älterer Menschen in einer Rangreihe erfasst. Die Menschen ohne geistige Behinderung nannten in den ersten drei Rängen die Gesundheit, die Selbständigkeit und die Sicherheit. Die Menschen mit geistiger Behinderung nannten hingegen die Vertrautheit/Routine, den Lebenssinn und die Anerkennung. Unabhängig davon, dass man von einer Studie sicher nicht auf jeden einzelnen Menschen schliessen kann, zeigt das Ergebnis in seiner Gesamtheit doch eine eindeutige Wertigkeit auf. Sind es doch häufig genau die genannten Bedürfnisse der Menschen mit geistiger Behinderung, die es vielen BewohnerInnen von Alters- und Pflegeheimen schwer machen, am Morgen aufzustehen. Nämlich keinen Sinn zu haben, keinen Grund zum Aufstehen zu haben, nicht mehr gebraucht zu werden, keine Anerkennung mehr zu bekommen, nur noch zur Last zu fallen. Viele der so genannten normalen Menschen schaffen es mit Hilfe ihrer Familien und ihren kognitiven Ressourcen, mit diesen Situationen umzugehen. Auf diese Ressourcen können Menschen mit geistiger Behinderung nur teilweise zugreifen. Die wenigsten hatten eine eigene Familie und Kinder.

Oft sind gar keine Angehörigen mehr vorhanden. Zudem macht die Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten den Zugriff auf bestehende Ressourcen oft nur durch eine gezielte Unterstützung möglich, die in Alters- und Pflegeheimen nicht geleistet werden kann.

SM: Waren alle heutigen BewohnerInnen schon seit jungen Jahren in einem Heim?

E.H.: Nein nicht alle, aber doch der grösste Teil. Einige der BewohnerInnen lebten lange bei den Eltern oder sonstigen Angehörigen, verbrachten den Tag im externen Status in der abilia oder in einer anderen Einrichtung. Die meisten BewohnerInnen haben jedoch ihr Leben

und Besuche in den verschiedenen Wohnhäusern der abilia sind sehr beliebt und das Interesse an den zwischenzeitlichen Veränderungen im Leben der ehemaligen MitbewohnerInnen gross. Auch die BewohnerInnen in der Pflegegruppe erhalten immer wieder Besuch aus ihren ehemaligen Wohnhäusern.

SM: Benutzen die BewohnerInnen der Friedensgasse auch gemeinsame Einrichtungen der abilia wie ‚Förderstätte & Kulturzentrum Vogesen‘?

E.H.: Die Angebote der ‚Förderstätte & Kulturzentrum Vogesen‘ werden von den BewohnerInnen gerne genutzt. Dort können sie auch ohne die Begleitung der MitarbeiterInnen aus dem



Die wenigsten hatten eine eigene Familie und Kinder. Oft sind gar keine Angehörigen mehr vorhanden.

in der abilia oder anderen derartigen Einrichtungen verbracht.

SM: Gibt es auch BewohnerInnen, die erst in die Friedensgasse kommen, wenn sie pflegebedürftig werden?

E.H.: Es kommt immer wieder vor, dass das Interesse an einem Wohnplatz in der abilia erst dann entsteht, wenn die Angehörigen selbst nicht mehr zur Begleitung und Pflege in der Lage sind. Besonders belastend für die Angehörigen wird es natürlich, wenn die Tochter/der Sohn oder die Schwester/der Bruder eine Demenz entwickelt. Eine schwierige Situation mit sofortigem Handlungsbedarf entsteht auch dann, wenn die Eltern oder Geschwister selbst pflegebedürftig werden oder plötzlich und unerwartet versterben. Diese Erfahrung konnten wir wiederholt in der Belegung der Entlastungsbetten machen.

SM: Pflegen die BewohnerInnen auch Kontakte zu Jüngeren, mit denen sie früher zusammen gewohnt haben?

E.H.: Ja, und das mit grosser Begeisterung. Die gegenseitigen Einladungen

Wohnhaus ihren Freizeitinteressen nachgehen. Für die BewohnerInnen der Pflegegruppe, die das Haus nicht mehr, oder nur unter erschwerten Bedingungen, verlassen können, kommt ein Mitarbeiter der Förderstätte in die Friedensgasse, was von allen BewohnerInnen sehr geschätzt wird. Die ausserordentliche Dienstleistung besteht darin, dass das Angebot jeweils vor Ort den Bedürfnissen der BewohnerInnen angepasst wird, was besonders den Menschen entgegenkommt, die sich in einer demenziellen Entwicklung befinden.

Aber auch die anderen Wohnhäuser der abilia bieten unseren BewohnerInnen immer wieder die Möglichkeit zur Teilnahme an ihren Freizeitaktivitäten. Dieses Angebot können wir weniger leisten. Unsere Dienstleistung ist vielmehr darin zu sehen, dass wir andere Wohnhäuser in schwierigen Pflegesituationen unterstützen. Einzig unseren Snoezzleraum können wir allen BewohnerInnen der abilia-Wohnhäuser zur Verfügung stellen.

Auch in anderen Bereichen profitieren wir von den internen Dienstleistungen

gen der abilia. So bringt und holt ein Bewohner aus einem anderen Wohnhaus einmal wöchentlich die interne Post und unterstützt so den Infolfluss vom Wohnhaus zur Geschäftsstelle. Vom Recyclingteam der abilia - bestehend aus BewohnerInnen und einem Mitarbeiter - werden regelmässig unsere wieder verwertbaren Abfälle abgeholt. Ausserdem wird vom Allrounder-team der abilia, welches sich ebenfalls aus BewohnerInnen und einer Mitarbeiterin zusammensetzt, unser Garten in Schuss gehalten. Dieses Team können wir aber auch für andere Aufträge anfragen, wie z.B. die Entsorgung von Elektromüll usw. Die daraus entstehenden Synergien unterstützen uns in der Arbeit sehr.

SM: Können die BewohnerInnen bis zur höchsten Pflegebedürftigkeit in der Friedensgasse bleiben?

E.H.: Grundsätzlich können die BewohnerInnen bis zur höchsten Pflegebedürftigkeit und auch bis zu ihrem Tod bei uns bleiben. Ausgenommen ist der Bedarf an einer konstanten medizinischen Überwachung, die innerhalb unserer Ressourcen nicht geleistet werden kann, da wir keinen Arzt im Haus haben. Die BewohnerInnen werden von ihrem jeweiligen Hausarzt medizinisch versorgt, welcher auch die zunehmende Pflegebedürftigkeit und den Sterbeprozess begleitet. Damit haben wir bisher die besten Erfahrungen gemacht. Mit Unterstützung des internen Fachdienstes Gesundheit konnten wir fast alle Pflegesituationen intern meistern. Bei Bedarf ziehen wir entsprechende Fachstellen zur Beratung bei. Aber natürlich können wir eine erforderliche Spitalpflege nicht ersetzen.

SM: Wie wird mit einem Todesfall umgegangen?

E.H.: Auch wenn im Wohnhaus Friedensgasse das Sterben häufiger zum Thema wird als in den anderen Wohnhäusern der abilia, so wird in erster Linie mit Freude gelebt, was sich auch im Umgang mit dem Sterben zeigt. Geht es einer/m BewohnerIn schlechter, so wird dies sehr schnell von den meisten Mitbewohnern realisiert und auch zum Thema gemacht. Es finden Besuche am Krankenbett statt, sofern es der betroffene Bewohner wünscht. Wenn es dann

an der Zeit ist, Abschied zu nehmen, geschieht dies sehr individuell. Manch einer möchte keinen Abschied am Bett des Verstorbenen nehmen und einem anderen ist gerade dieser Augenblick sehr wichtig. Es werden Lieder dargeboten, letzte Worte mit auf dem Weg gegeben, Fragen gestellt oder nur still daneben gesessen. Wichtig ist, dass jeder und jede die Möglichkeit erhält, zu wählen und seinen eigenen Weg des Abschiedes gehen kann.

In den ersten drei Jahren der Friedensgasse haben wir nun vier BewohnerInnen in ihrem Sterben begleitet. Es sind Abschiedsrituale entstanden, die den BewohnerInnen wichtig zu sein scheinen. Ein wichtiges Ritual ist die

Abdankungsfeier, die sie teils mitgestalten und an der fast alle teilnehmen. Menschen aus dem vergangenen und gegenwärtigen Leben des Verstorbenen erzählen von ihr/ihm. Es werden die Lieblingslieder des Verstorbenen gesungen oder ein Flötenspiel wird vorgetragen. Dann kann es schon einmal vorkommen, dass ein Weihnachtslied im Sommer aus der Abdankungshalle tönt oder „ein Schiff wird kommen“ über den Friedhof Hörnli hallt. Zurück im Wohnhaus wird dann mit allen Kaffee getrunken und Kuchen gegessen, Anekdoten zum Verstorbenen ausgetauscht, aber auch bereits wieder an die Freuden der kommenden Tage gedacht.

abilia – eine Institution im Wandel

Neuer Trend in der Behindertenbetreuung

Die über hundert Jahre alte Gesellschaft zur Förderung geistig Behinderter (GFG) in Basel heisst neuerdings abilia. abilia lehnt sich an das spanische Verb ‚habilitar‘ an, das ‚befähigen‘ bedeutet. Förderung bzw. Befähigung ist nach wie vor das Kerngeschäft der Vereinigung, die sieben Wohnhäuser für behinderte Menschen führt. Wieso aber bleibt sie nicht beim Namen GFG, der sofort erkennen lässt, worum es geht? Weil sich das Tätigkeitsfeld weiter ausweiten wird. In Zukunft wird sich abilia nicht mehr auf geistig Behinderte im klassischen Sinn beschränken, sondern sich an Menschen mit verschiedensten kognitiven Beeinträchtigungen wenden. Dies entspricht dem Trend zur Integration und Normalisierung der Lebensbedingungen in der Behindertenbetreuung.

abilia bzw. GFG gibt zurzeit viele ihrer bisherigen Wohnhäuser auf und bezieht Neubauten. Ein Haus baut sie sogar selber. Statt sieben Wohnhäusern wird sie künftig an sechs Standorten 15 verschiedene Betreuungssettings anbieten. Auch dies hat seinen Grund in Konzeptänderungen. Während sich bisher

alte Villen etwa im Basler Gellertquartier vorzüglich als Behindertenwohnheime eigneten, erfordern die neuen Qualitätsvorgaben der Invalidenversicherung andere Räumlichkeiten. Einerseits müssen diese auch für körperlich Behinderte nutzbar sein, etwa indem sie rollstuhlgängig sind. Jeder Person sollen ein eigenes Zimmer und genügend Nasszellen zur Verfügung stehen. Andererseits will man den behinderten Menschen ein möglichst normales Wohnen ermöglichen, in kleineren Wohngruppen. Dazu benötigt man Standorte, an welchen verschiedene kleine Wohneinheiten im gleichen Gebäude eingerichtet werden können.

Da Menschen mit einer geistigen Behinderung keine homogene Gruppe sind, differenziert abilia ihr Angebot. Ein Beispiel von Differenzierung ist das Wohnhaus an der Friedensgasse für betagte Menschen, mit dessen Leiterin wir das nebenstehende Interview geführt haben.

MARGRETH SPÖNDLIN,
PRÄSIDENTIN ABILIA

Weitere Informationen: www.abilia.ch



Ist die pränatale Diagnostik behindertenfeindlich?

Insbesondere von Selbsthilfe-Organisationen in der Behinderten-Bewegung, aber auch von der etablierten Sonderpädagogik wird oft die These vertreten, dass die Pränatale Diagnostik im Grunde behindertenfeindlich sei. Hier ein Beitrag, der dieser Meinung entgegen tritt.

Dass die pränatale Diagnostik behinderten feindlich sein soll, wird damit begründet, dass ihr Zweck im Grunde darin bestehe, eine Schädigung, eine Behinderung

zu diagnostizieren. Es ist eine durch Studien belegte Tatsache, dass dann in den meisten Fällen (über 90 %), in denen ein Befund positiv ausfällt, eine Abtreibung erfolgt. Dies ist auch bis zur zwölften Schwangerschaftswoche legal bzw. wird nicht strafrechtlich verfolgt. Korrekterweise ist hierbei zu sagen, dass der Grund der Abtreibung bis zur zwölften Schwangerschaftswoche im Grunde unerheblich ist. Niemand ist verpflichtet über die Gründe, die zu einer Abtreibung führen, Auskunft zu geben.

Es ist deshalb lediglich zu vermuten, aber es entbehrt nicht einer gewissen Logik, dass sehr viele Abtreibungen deshalb vorgenommen werden, weil sich

durch die pränatale Diagnostik eine Schädigung herausgestellt hat. Am Rande sei hier vermerkt, dass Studien in Deutschland gezeigt haben, dass seit einigen Jahren deutlich weniger Schüler mit einem Down-Syndrom (Trisomie 21) an einer Heilpädagogischen Schule bzw. integriert sind. Es gibt heute, prozentual gerechnet, einfach weniger Kinder, die mit einem Down-Syndrom geboren werden. Der Grund hierfür ist offensichtlich.

Ein Akzeptanzproblem gab es schon immer

Nun könnte man meinen, und diverse Vertreter aus der Behindertenbewegung bzw. Heilpädagogen sind dieser Meinung, dass die pränatale Diagnostik behindertenfeindlich sei. Dies ist aber eine irrierte Meinung, weil die Fragestellung tiefer greifen muss. Es geht im Grunde darum, dass man fragt, welchen Stellenwert behindertes Leben bzw. Menschen mit einer Behinderung in der jeweiligen Gesellschaft hat. Um diese Fragestellung

“

Es ist demnach festzustellen, dass es nicht die pränatale Diagnostik ist, die als behindertenfeindlich einzustufen ist, sondern die Haltung in der Gesellschaft, die seit Urzeiten dafür verantwortlich ist.

noch zu verdeutlichen, erscheint es angebracht, sich auf geistige Behinderung zu beschränken. Hier kann festgestellt werden und diverse Publikationen belegen dies, dass geistig behinderte Menschen bzw. Säuglinge immer unter einem Akzeptanzproblem gelitten haben.

Bekannt ist, dass in früheren Zeiten ein Kind umgebracht wurde, wenn bei seiner Geburt eine Behinderung massiverer Art festgestellt werden konnte. Dies zeigen Berichte von den Griechen und Römern. Von Luther ist die Aussage bekannt, dass ein neugeborenes Kind mit einer Behinderung „ersäuft“ werden solle. Bekannt ist auch, dass Kleinkinder mit einer Behinderung noch in der Neuzeit nach dem Baden nicht abgetrocknet wurden, in der Hoffnung, dass sie an einer Lungenentzündung sterben würden; dies verbunden mit dem Gedanken, dass Gott dieses Wesen wieder zu sich nehmen solle.

Vorverlagerung in die Früh-Schwangerschaft

Wenn man nun die Pränatale Diagnostik mit diesen Tötungsrealitäten, -wünschen und -phantasien in einen Zusammenhang bringt, kann man unschwer eine gerade Linie feststellen. Diese ist durch die Haltung bestimmt, dass es behindertes Leben im Grunde nicht geben soll. Durch die Verfeinerung der Tech-

nik, welche die Feststellung der Behinderung nun intrauterin erlaubt, verlagert sich der Verhinderungsprozess in ein früheres Stadium. Die Frage nach der Akzeptanz stellt sich nun in der Früh-Schwangerschaft.

Nur am Rande sei hier erwähnt, dass bei einer diagnostizierten Behinderung während der Schwangerschaft bzw. einem Gutachten, dass der Mutter bescheinigt, nicht zum Austragen der Schwangerschaft in der Lage zu sein, noch bis unmittelbar vor der Geburt ein –straffreier– Schwangerschaftsabbruch vorgenommen werden kann. Solche Abbrüche sind in der Literatur unter dem Namen Spät- bzw. Spätestabtreibungen bekannt. Auch diese Tatsache belegt, dass das Leben von Menschen mit einer Behinderung zur Disposition gestellt werden kann. Ob dies – ethisch betrachtet – korrekt oder inkorrekt ist, sei hier nicht weiter diskutiert.

Es ist demnach festzustellen, dass es nicht die pränatale Diagnostik ist, die als behindertenfeindlich einzustufen ist, sondern die Haltung in der Gesellschaft, die seit Urzeiten dafür verantwortlich ist.

Gegen diese Argumentation könnte man einwenden, dass durch die Existenz der pränatalen Diagnostik in einem weit grösseren Ausmass Behinderung festgestellt werden als früher. Man könnte demnach von einem Massen-Screening i.w.S. sprechen, dies im Gegensatz zu

den Tötungen von behinderten Säuglingen in früheren Zeiten, von denen anzunehmen ist, dass sie nicht massenhaft vorgenommen worden sind. Dieses Argument ist sicher in sich korrekt, trifft den Kern der obigen Aussagen, dass pränatale Diagnostik nicht per se behindertenfeindlich ist, aber nicht. Dies deswegen nicht, weil es nur ein quantitatives Argument ist und an der qualitativen Fragestellung, nämlich welche Haltung eine Gesellschaft beispielsweise zu Menschen mit Down-Syndrom hat, nichts ändert. Die Grundhaltung war sowohl bei den Griechen als auch bei den Römern sowie im Mittelalter und in der heutigen Zeit die gleiche, nämlich, dass die Geburt eines Menschen mit einer ev. schwereren Behinderung grundsätzlich unerwünscht ist. Die pränatale Diagnostik hat daran nichts geändert, sie setzt den gesellschaftlichen Wunsch nur auf einem technisch höheren Niveau effizienter um.

Qualitative und nicht quantitative Fragestellung

Man könnte auch die folgende Analogie zur Untermauerung der hier vorgebrachten These anfügen. Man betrachte einmal den Verkehr bzw. das Bedürfnis nach Mobilität. Früher bewegten sich die Menschen zu Fuss, dann mit Pferden, mit Kutschen, mit Autos mit Flugzeugen und mit Düsen-Jets von A nach B. Das bedeutet, dass die Effizienz der Fortbewegungsmöglichkeiten systematisch gesteigert wurde und zwar um ein Vielfaches. Die Haltung, wenn man so will, sich von A nach B bewegen zu können, hat dies nicht verändert, auch wenn heute die Verkehrsströme dichter geworden sind. Bei der Frage, ob die pränatale Diagnostik behindertenfeindlich ist oder nicht, geht es aber nicht um eine quantitative Fragestellung, sondern um eine qualitative, nämlich die Haltung gegenüber Menschen mit Behinderung, die in einer Gesellschaft vorherrscht und da hat sich (leider) nichts geändert.

RICCARDO BONFRANCHI

Dr. phil., Leiter der heilpädagogischen Schule der RGZ-Stiftung in Zürich, Redaktionsgruppe Soziale Medizin

Liberal in der Schweiz, restriktiv in Deutschland?

Recht und Rechtspraxis zur Suizidhilfe

Die Schweiz gilt in Sachen Sterbehilfe als liberales Land, Deutschland hingegen als restriktiv. Der folgende Beitrag zeigt, dass dies weniger an den Gesetzen als an der unterschiedlichen Mentalität liegt. Ein Feststellung von hoher Aktualität, da zurzeit in der Schweiz gesetzliche Schranken für Suizidhilfeorganisationen zur Debatte stehen (vgl. Soziale Medizin 4.09 S. 16).

von Asmus Finzen

Prof. Dr. med., 1940, war stellvertretender ärztlicher Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik in Basel. Autor zahlreicher Bücher und Beiträge in der Sozialen Medizin.

Die Hilfe zur Selbsttötung ist Hilfe zum Sterben, zur aktiven Lebensverkürzung. In den Niederlanden gilt sie wie die Tötung von Kranken als Euthanasie. Der Suizid bei schwerer Krankheit ist für seine Befürworter die autonomste Form der Gestaltung des eigenen Sterbens. Es ist nicht verboten, sich selbst zu töten. Deshalb kann auch die Beihilfe dazu im Prinzip nicht strafbar sein. In Deutschland ist das nicht anders als in der Schweiz. Dennoch hat sich die Suizidhilfe hier - auch durch die Aktivitäten der schweizerischen Suizidhilfe-Organisationen, die sich als Sterbehilfe-Vereinigungen verstehen - ganz anders entwickelt als Deutschland. Warum? Angesichts der aktuellen Vorlagen des Bundesrates zur gesetzlichen Regelung der Suizidhilfe lohnt es sich, dieser Frage nachzugehen.

Gesetzeslage und Rechtsprechung

Sicher falsch ist die gängige Auffassung, das hänge mit der besonders liberalen

schweizerischen Gesetzgebung zusammen. Man muss die beiden einschlägigen Artikel des schweizerischen Strafgesetzbuchs gar nicht tiefer analysieren, um das zu registrieren.

In Artikel 114 StGB zur Tötung auf Verlangen heißt es:

»Wer aus achtenswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid, einen Menschen auf dessen ernsthaftes und eindringliches Verlangen tötet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.«

In Artikel § 115 zur Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord lesen wir:

„Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemand zum Selbstmorde verleitet oder ihm Hilfe dazu leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.“

Anders als dies immer wieder dargestellt wird, regelt Artikel 115 wie Artikel 114 eine Bestrafung, die bei der »Verleitung und Beihilfe Hilfe zum

Selbstmord« sogar härter ausfällt als bei der Tötung auf Verlangen: Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren. Die Strafbefreiung der Suizidhilfe aus anderen als selbstsüchtigen Motiven ist im Gesetz nicht geregelt. Sie kann allenfalls indirekt daraus abgeleitet werden. Und dass dies geschieht, wird seit langem von der schweizerischen Rechtsprechung gedeckt.

Die entsprechenden deutschen gesetzlichen Bestimmungen sind eher offener. Aus guten Gründen ist weder die Selbsttötung noch die Beihilfe dazu im deutschen Strafrecht geregelt. Der Suizid ist seit Jahrhunderten keine Straftat mehr; und die Hilfe bei etwas, was erlaubt ist, kann nach deutschem Recht nicht verboten sein. Diese klare Ausgangslage wird allerdings von der Rechtsprechung konterkariert.

Danach kann sich, wie der Freiburger Rechtswissenschaftler und -philosoph Albin Eser formuliert, »bei einem als »Unglücksfall« zu betrachtenden Suizid *jedermann* wegen »unterlassener Hilfeleistung« nach Paragraph 323c StGB strafbar machen, wenn er die ihm mögliche und zumutbare Hilfe zur Rettung des Suizidenten nicht leistet. Zum anderen kann darüber hinaus ein für den Schutz des Betroffenen verantwortlicher »*Garant*«, als welcher neben Angehörigen auch der behandelnde Arzt in Betracht kommt, nach Paragraph 113 StGB sogar wegen Tötung durch Unterlassen straffällig werden. Dies ist unstrittig, sofern der Hilfspflichtige einen Suizidenten sterben lässt, obgleich diesem von vornherein ein freiverantwortlicher Sterbewille gefehlt hat oder ein Sinneswandel erkennbar ist. Soweit dagegen der Sterbewille als freiverantwortlich zu betrachten ist, stellt sich die Frage, ob durch Respektierung dieses Willens die Hilfspflicht und damit auch die Strafbarkeit beim Sterbenlassen entfallen kann.«

Eser hat diese Sätze 1995 für die Erstfassung von Walter Jens und Hans Küngs Buch »Menschenwürdig sterben« (2009) geschrieben. Die Rechtsprechung hat sich seither kaum verändert. Sie stösst in der Bevölkerung überwiegend auf Unverständnis. Man kann sich aber, wenn man den Wortlaut des Artikels 115 StGB ernst nimmt, auch über die Entwicklung der Schweizer Rechtspraxis wundern, für die selbst-



koshik / flickr

süchtige Motive offenbar fast immer finanzielle Motive sind, nicht aber die Unfähigkeit oder der Unwille, das Leiden des anderen zu ertragen - oder, ich formuliere es drastisch, immer wieder Motive, die sich aus einer pathologischen Beziehung mancher Suizidhelfer zum Tod herleiten: Thanatophilie oder, deutsch und deutlich, Todes-Geilheit. Und die gibt es bestimmt. Die Berliner Psychologin Gita Neumann stellt dazu im Spiegel (28, 2008) fest: »Bei den bekannten Suizidbegleitern vermischt sich missionarischer Eifer mit Geltungssucht«.

Gibt es ein Recht auf Selbsttötung?

Aus der indirekt abgeleiteten Strafflosigkeit der Beihilfe zum Suizid aus anderen als selbstsüchtigen Motiven wird so das Recht auf Hilfe zum Suizid. Das aber ist höchst zweifelhaft. Denn wenn ein Recht auf etwas besteht, ist das einklagbar. Ich halte es nicht für ausgeschlossen, dass die Schweiz sich genau auf dem Weg dahin befindet. Wer die philosophische und medizin-ethische Diskussion im Lande verfolgt, kann sich dieses Eindrucks nicht verschließen. Jüngstes Bei-

spiel dafür ist ein Beitrag in der »Neuen Zürcher Zeitung«, in dem die Philosophin Dagmar Fenner mit ihrer Untersuchung »Suizid - Krankheitssymptom oder Signatur der Freiheit? zitiert wird«.

„Ethisch geboten seien gesundheitsfördernde Maßnahmen oder Hilfsangebote vor Ort nur, soweit sie den Menschen dahin gehend helfen, dass ihre Suizid-Wünsche verschwinden oder gar nicht erst auftreten. Wo es der Gesell-

Sie schützen das Leben, aber nicht die Selbsttötung, die in der Sprache der Gesetze immer noch als »Selbstmord« bezeichnet wird. Die Verweigerung von medizinischer Hilfe am Ende des Lebens wird im Namen der Selbstbestimmung geduldet. Ähnliches gilt für den Suizid und die Hilfe dazu. Daraus ist aber kein gesetzlich abgesichertes Recht abzuleiten, das eigene Leben zu einem frei gewählten Zeitpunkt an jedem Ort mit jedem gewünschten Mittel zu beenden

vergleichenden Volltextanalyse bereits vor mehr als anderthalb Jahrzehnten festgestellt, dass in Beiträgen der Frankfurter Allgemeinen Zeitung über den Suizid in neun Zehnteln der Erwähnungen von Selbstmord die Rede ist, in der Neuen Zürcher Zeitung noch in sieben Zehnteln. Dafür ist in der NZZ drei Mal so häufig von Freitod die Rede wie in der FAZ. Dieser Befund spricht für sich selber. Aus meiner Sicht erklärt er vieles.



Zahlreiche Träger von Pflegeheimen und einzelne Krankenhäuser gestatten die Hilfe zur Selbsttötung auch in ihren Räumen, wenn sie zuhause nicht möglich ist - schon um entwürdigende Ausweichszenarien zu verhindern...

schaft oder dem Staat aber nicht gelinge, dem Einzelnen zu einem subjektiv akzeptablen Maß an Lebensqualität zu verhelfen, habe der Einzelne ein Recht auf Suizid ... Der verbissene Versuch, suizidalen Menschen unter anderem durch die Sicherung von Bauwerken möglichst alle Mittel zum Freitod wegzunehmen, stelle aus dieser Sicht eine illegitime Bevormundung dar ... Als Beispiel für solche Massnahmen wird die Berner Münsterplatte angeführt, die nach zahlreichen Suizidhandlungen durch Netze gesichert wurde. Damit das Recht auf Suizid ausgeübt werden könne, wären alternative schmerz- und risikofreie Suizidmethoden zur Verfügung zu stellen...“ (NZZ 16.10. 2008)

Immerhin räumt der Autor dieses Beitrages ein, »solchen grundsätzlichen Überlegungen wären dann wohl beispielsweise Forderungen von Anwohnern einzelner Brücken gegenüberzustellen, die Maßnahmen gegen die Häufung von Suiziden vor ihrer Haustüre fordern«. Ich räume ein, dass die Autorin in ihrem Buch differenzierter argumentiert. Aber die zustimmende Interpretation durch die seriöse konservative NZZ hat ihre eigene Bedeutung: Das Schweizer Recht und die schweizerische Verfassung kennen ebenso wenig wie die deutsche ein »Recht« auf Suizid.

- auch kein moralisches Recht.

Der amerikanische oberste Gerichtshof hat im Übrigen vor einem Jahrzehnt ausdrücklich festgehalten, dass aus der amerikanischen Verfassung kein Recht auf Selbsttötung abgeleitet werden kann. Wäre es anders - ob in der Schweiz, in Deutschland oder den USA - müssten die Rechtsfolgen der Selbsttötung gesetzlich geregelt sein, insbesondere der Hinterbliebenenschutz. Bislang gibt es solche Regelungen nur auf privatrechtlicher Basis - etwa im Lebensversicherungsrecht.

Selbstmord und Freitod

Es spricht einiges dafür, dass die schweizerische Rechtsentwicklung zur Suizidhilfe ebenso wie die von den rechtlichen Grundlagen losgelöste gesellschaftliche Diskussion zur Selbsttötung und zum »Recht« darauf mit einer - im Gegensatz zu Deutschland - »lässigeren«, oder positiv formuliert, toleranteren Grundeinstellung zum Suizid zu tun hat. Das schlägt sich traditionell in einer gegenüber Deutschland deutlich erhöhten Suizidrate nieder, in einem völlig anderen Diskurs über den Suizid, aber auch in der Sprache. So haben wir in einer

Breiter gesellschaftlicher Konsens in der Schweiz

Die Entwicklung der Schweizer Sterbehilfeorganisationen (sie nennen sich selber ausdrücklich nicht Suizidhilfe-Organisationen) ist auch auf diesem Hintergrund zu sehen. Sie ist, zugespitzt - möglicherweise auch ungerecht - formuliert, Ausdruck einer »Freitodgesellschaft«. Viele der Medienreaktionen auf die Vorschläge des Bundesrates, in denen von Freitodhilfe die Rede ist, unterstreichen das. Abgesehen von den Provokationen des Dignitas-Chefs Ludwig Minelli verläuft die Diskussion um die Suizidhilfe hier, anders als in Deutschland, in ruhigem Fahrwasser. Militante Gegnerschaft ist, anders als in den achtziger Jahren, eher selten geworden. Die Befürworter haben die Oberhand, auch in den Medien. Zahlreiche Träger von Pflegeheimen und einzelne Krankenhäuser gestatten die Hilfe zur Selbsttötung auch in ihren Räumen, wenn sie zu Hause nicht möglich ist - schon um entwürdigende Ausweichszenarien zu verhindern, wie sie Minelli demonstriert hat. Die Gegner haben entweder resigniert; oder sie sind duldsamer gegenüber der Mehrheitsmeinung geworden.

Irritationen hat es noch einmal gegeben, als das Bundesgericht 2007 zu dem Schluss kam, dass Menschen mit psychischen Störungen im Hinblick auf die Hilfe zum Sterben nicht anders behandelt werden dürfen als andere Menschen - es sei denn, ihre Krankheit sei der Art, dass sie eine Urteilsunfähigkeit bedinge. Das aber, darauf muss man auch als Anwalt von psychisch Kranken bestehen, ist bei den meisten Menschen mit psychischen Störungen nicht der Fall, bei den übrigen fast immer nur vo-

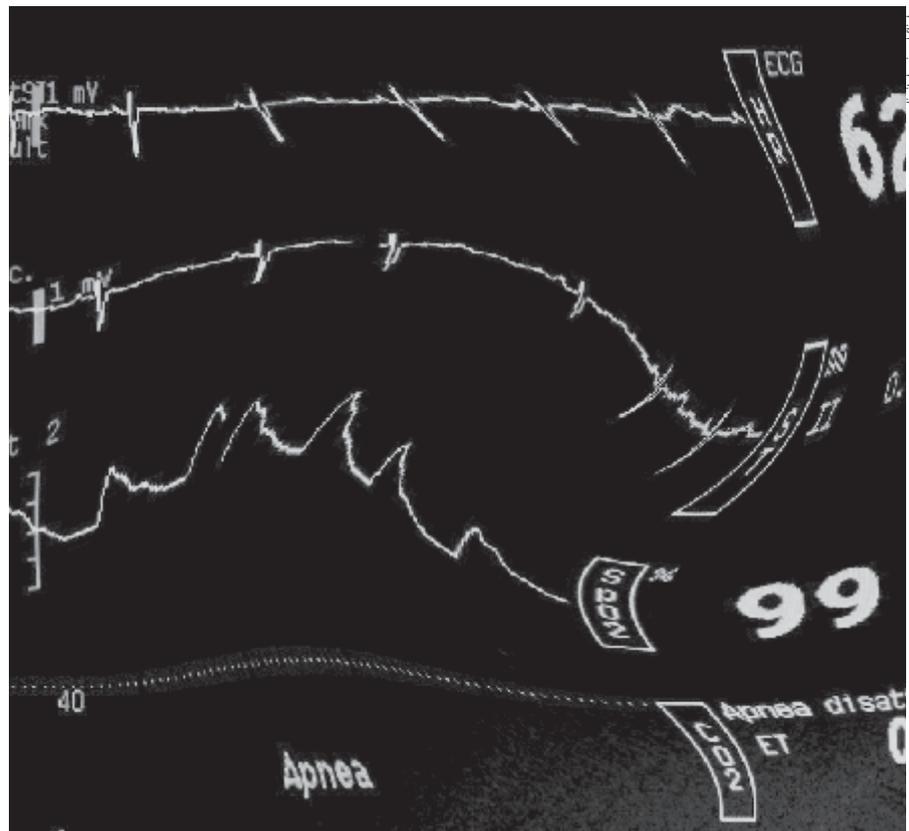
rübergehend. Allerdings wird mit der Suizidhilfe beim Menschen mit psychischen Störungen ein Grundsatz durchbrochen, der am Anfang der Suizidhilfe unbestritten war: Sie war eine Hilfe für körperlich Schwerkranke am Ende des Lebens, die deren Leiden auf ihren eigenen Wunsch abkürzen sollte. Die organisierte Suizidhilfe für Menschen mit chronischen Leiden, deren Lebensende nicht abzusehen ist – dazu gehören Menschen mit psychischen Störungen eröffnet eine neue ethisch-moralische Dimension und damit ein grundsätzlich anderes Diskursfeld.

Die Begleitung anderer Menschen in den Tod ist auch in der Schweiz in keiner Weise gesetzlich geregelt. Ob eine Regelung notwendig, nützlich oder gar schädlich ist, ist umstritten. In jedem Fall würde sie, wie immer sie aussehen mag, die Suizidhilfe – auch in ihrer Beschränkung – erstmals positiv sanktionieren. Ihre Gegner verweisen darauf, dass der Artikel 115 StGB vollauf genügt: Jeder Suizid ist ein unnatürlicher Todesfall. Er muss abgeklärt werden. Insbesondere muss geklärt werden, ob wirklich keine schuldhaftige Verleitung oder Beihilfe zur Selbsttötung vorliegt, ob wirklich keine selbstsüchtigen Motive vorliegen. Dass dies in der Realität allenfalls oberflächlich geschieht, steht auf einem anderen Blatt. Eine gesetzliche Regelung würde daran nichts ändern. Entscheidend ist, wie das deutsche Beispiel zeigt, die Rechtspraxis.

Letzten Endes stützen die Suizidhilfe-Organisationen sich auf eine Interpretation der Rechtslage, an die bei der Formulierung des Artikels 115 niemand gedacht hat. Im Gesetz wurde die Strafbarkeit der Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord festgehalten, wenn »selbstsüchtige« Motive vorliegen. Diese Formulierung befreit die »selbstlose« Beihilfe zum Suizid im Prinzip *im Einzelfall* nach gründlicher Prüfung von strafrechtlichen Sanktionen. Dass daraus die Rechtfertigung der organisierten Suizidhilfe in vielen Hundert Fällen geworden ist, zeigt die Vertracktheit juristischer Regelungen.

Aktuelle Entwicklung in Deutschland

Die beklagenswerte Situation der Sui-



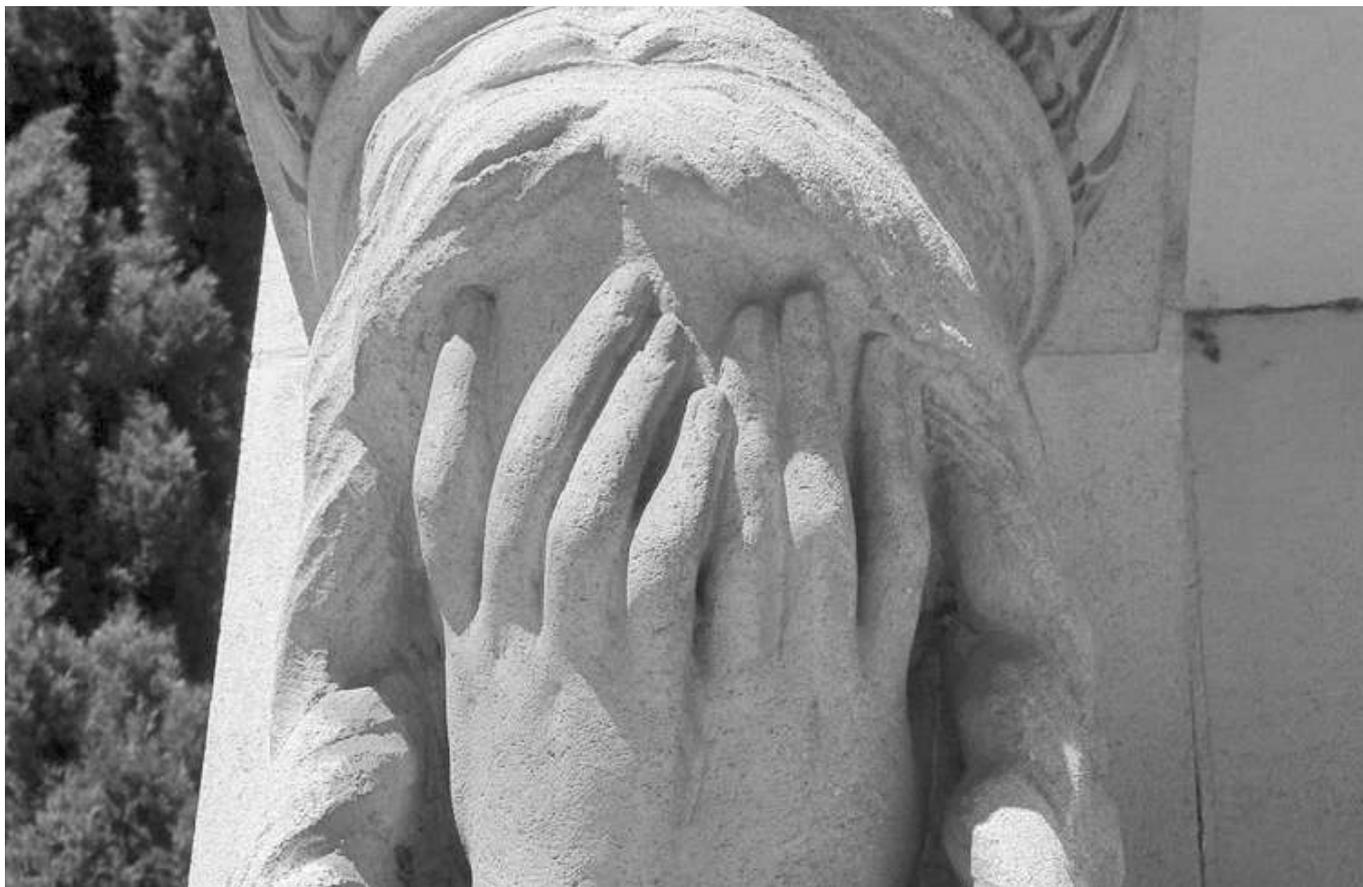
zidhilfe in Deutschland habe ich bereits dargestellt. Deshalb will ich abschliessend nur noch einmal die paradoxe Rechtslage in der Bundesrepublik zusammenfassen: Weder die Hilfe zur Selbsttötung noch die Beihilfe dazu sind nach deutschem Recht strafbar. Aber die Rechtsprechung hat daraus auf indirektem Wege ein Delikt gemacht. Sie hat jene unselige Interpretation des § 323c StGB – unterlassene Hilfeleistung – ins böse Spiel gebracht. Danach wird die persönliche Begleitung eines Menschen bei einem gewollten Suizid zur strafbaren Handlung. Dort heisst es: »Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und den Umständen nach zuzumuten ... ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.«

Nach Auffassung der Gerichte hebt der erklärte Wille des Suizidenten die Zumutbarkeit der Hilfeleistung nicht auf, sobald bei diesem Bewusstlosigkeit und damit Hilflosigkeit aufgetreten ist. Die mit der Bewusstlosigkeit eingetretene Entscheidungs- und Urteilsunfähigkeit bricht auch den vorab erklärten Willen des Betroffenen und macht ihn

damit gegenstandslos. Das hat zur widersinnigen Situation geführt, dass man, da Beihilfe zum Suizid nach deutschem Recht nicht strafbar ist, einem Suizidwilligen tödliche Medikamente übergeben darf, dass man anwesend sein darf, wenn er diese einnimmt, dass man ihn aber allein lassen muss, solange er noch handlungsfähig ist. Mit anderen Worten, man muss ihn sich selbst überlassen, ihn nur mutterseelenallein lassen, wenn der vom Suizidenten absichtlich herbeigeführte Sterbeprozess begonnen hat. Für mich hat das einen Hauch von Barbarei.

Die aktuelle gesetzliche Regelung der Patientenverfügung wird diese unwürdige Situation beenden. Danach kann man jede medizinische Hilfe nach schriftliche Willensbekundung untersagen. Deshalb bleibt der anwesende Begleiter ungefährdet. Ob dies im Sinne des Gesetzgebers war, ist offen. Aber es ist so.

Literatur in A. Finzen: Das Sterben der anderen. Balance. Bonn 2009
asmus.finzen@vtxmail.ch



annie in beziers flickr

Suizidhilfe: Die Oregon-Lösung

Angesichts der Debatte über eine strengere Regelung der Suizidhilfe in der Schweiz lohnt sich ein Blick in den US-Bundesstaat Oregon. Dort ist der ärztlich assistierte Suizid erlaubt, aber gesetzlich genau geregelt ist.

von Asmus Finzen

Die Suizidhilfe in Gestalt der begleiteten Selbsttötung hat hierzulande eine breite Unterstützungskultur. Das gilt auch für die grossen Suizidhilfe-Organisationen, die sich zugleich als Sterbehilfe-Vereinigungen verstehen. Aber sie löst auch Ängste aus. Das vor allem hat den Bundesrat nach langem Zögern im Oktober 2009 bewegt, Vorschläge zu einer gesetzlichen Regelung in Vernehmlassung zu geben. Diese haben prompt zu heftigen Abwehrreaktionen der angesprochenen Organisationen, der Medien und in der Öffentlichkeit geführt. Angesichts der aufgeheizten Situation lohnt es sich, einmal einen Blick über die Grenzen zu werfen. Im US-Staat Oregon etwa ist die Suizidhilfe seit 1997 ausdrücklich erlaubt, aber anders als hierzulande, gesetzlich präzise geregelt. Der Verabschiedung des entsprechenden Gesetzes

gingen heftige inhaltliche Kontroversen und juristische Auseinandersetzungen im ganzen Land voraus. Deren Ergebnis ist auch eine umfassende wissenschaftliche Literatur, die sich vor allem auf Befragungen von potenziell Betroffenen, von Bürgern und von Ärzten stützt.

Anders als in der Schweiz ging es in den USA von Anfang an um ärztliche Suizidhilfe, den »Physician Assisted Suicide (PAS)«. Seit Anfang der neunziger Jahre war die Auseinandersetzung darüber mit zunehmender Intensität geführt worden. Sie fand ein breites Echo, auch in renommierten amerikanischen Ärztezeitschriften. Insbesondere das »New England Journal of Medicine« veröffentlichte und veröffentlicht regelmäßig und häufig Untersuchungen, Befragungen und Meinungsäußerungen zum Thema. Die Zeitschrift verfolgte und verfolgt auch die Entwicklung in

den Niederlanden mit grosser Aufmerksamkeit. Angeheizt wurde die Diskussion in den Vereinigten Staaten durch die Verabschiedung der »Death with Dignity Act« im Jahre 1994 in Oregon, die erstmals auch den ärztlich begleiteten Suizid regelte.

Die Rolle des Arztes

Das Gesetz trat wegen verschiedener gerichtlicher Interventionen allerdings erst mit drei Jahren Verzögerungen in Kraft. Es erlaubt den Ärzten unter bestimmten Bedingungen, schwer kranken Patienten eine tödliche Dosis eines Medikaments zu verordnen. Es verbietet aber die aktive Sterbehilfe. Die Hilfe zur Selbsttötung ist unter folgenden Bedingungen gestattet:

- der Patient muss erwachsener Bürger von Oregon sein, der sich im Terminalstadium einer Erkrankung befindet (er hat noch eine Lebenserwartung von höchstens sechs Monaten)
- der Patient muss zwei mündliche Anträge und einen schriftlichen Antrag innerhalb eines Zeitraums von 15 Tagen stellen
- ein zweiter Arzt muss die Diagnose, die Willensfähigkeit des Patienten und die Freiwilligkeit der Entscheidung bestätigen
- falls die Entscheidung des Patienten durch eine Depression oder anderweitige psychische Erkrankung beeinflusst wird, muss der Patient einem Psychiater vorgestellt werden
- der Arzt muss den Patienten bitten, die Entscheidung seinen Angehörigen anzuvertrauen. Aber der Patient kann diese Bitte zurückweisen
- der Arzt muss eine sachgerechte Meldung erstatten.

Dieses Gesetz verlangt vom Arzt nicht, dass er bei der Selbsttötung anwesend ist. Es verbietet die Injektion eines tödlichen Medikaments, wenn der Selbsttötungsversuch nicht gelingt. Im Gegensatz dazu müssen die Ärzte in den Niederlanden anwesend sein, wenn der Patient das tödliche Medikament einnimmt. Sie dürfen auch eine tödliche Injektion verabreichen, wenn der Suizidversuch misslingt.

Im Vorfeld des Gesetzgebungsprozesses hatten fast zwei Drittel der Ärzte von Oregon bei einer Umfrage die Auffassung vertreten, dass die Beihilfe zur Selbsttötung in gewissen Fällen erlaubt sein sollte. Die Hälfte von ihnen erklärte sich bereit, bei entsprechender gesetzlicher Regelung eine tödliche Medikamentendosis zu verordnen. Die meisten von ihnen glaubten allerdings, dass viele der Patienten, die um Suizidhilfe bitten, dies tun, weil sie Angst haben, anderen zur Last zu fallen oder weil sie unter finanziellem Druck stehen. Viele der Befragten bezweifelten, dass sie eine »höchstens sechsmontatige Lebenserwartung« zuverlässig prognostizieren könnten oder dass sie eine Depression ausschließen könnten. Bei der Wiederholung dieser Umfrage bei beteiligten Ärzten nach 10 Jahren Erfahrung wurden solche Ängste nicht geäußert. Das kann aber damit zusammenhängen,



Im Vorfeld des Gesetzgebungsprozesses hatten fast zwei Drittel der Ärzte von Oregon bei einer Umfrage die Auffassung vertreten, dass die Beihilfe zur Selbsttötung in gewissen Fällen erlaubt sein sollte.

dass die suizidwilligen Kranken ihren Ärzten gegenüber solche Sorgen verschwiegen, weil sie sonst damit rechnen mussten, dass ihr Wunsch nach ärztlicher Suizidhilfe zurückgewiesen werden würde.

Kein Ansturm von Suizidwilligen

Bereits die ersten Erhebungen über die Anwendung des Gesetzes zeigten, dass der erwartete Ansturm an suizidwilligen Kranken ausgeblieben war. Bei einer Einwohnerzahl von 4 Millionen wurden in den ersten beiden Jahren 56 Kranken von ihren Ärzten tödliche Medikamentendosen verordnet. 41 davon

führten den Suizid durch, 11 starben an ihren Grundkrankheiten, zwei lebten bei Abschluss der Untersuchung. 31 der 41 am Suizid verstorbenen Patienten hatten an Krebserkrankungen gelitten, die übrigen an Aids, chronischem Herzversagen und chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen.

Quantitativ handelte es sich bei den ärztlich begleiteten Suiziden in den ersten beiden Jahren um 7,5 von 10'000 Todesfällen. Das sind 0.075 Prozent. Als wichtigste Gründe für die Suizidentcheidung wurden die Angst vor dem Verlust der persönlichen und körperlichen Autonomie und der Kontrolle über die körperlichen Funktionen. Im Zusammenhang mit den Untersuchungen wird vermerkt, dass zahlreiche Ärzte sich verweigert hätten und dass manche, die mitgewirkt hätten, in der Folgezeit unter erheblichen emotionalen Belastungen gestanden hätten, zumal sie ihre

Erfahrungen aus Furcht vor negativen Reaktionen von Patienten und Kollegen nicht hätten mitteilen können oder wollen. Diese quantitative Relation hat sich auch später nicht wesentlich geändert. In den ersten zehn Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes waren 342 Bewohner des Staates Oregon von 541, denen ein entsprechendes Rezept ausgestellt worden war, nach einem ärztlich begleiteten Suizid verstorben. Das sind 0,11 Prozent aller Todesfälle in diesem Zeitraum.

Buchbesprechung

Ganzheit und wie sie uns begleitet

Peter H. Baumann, pensionierter Chemiker und ehemaliger Leiter des Nationalen Forschungsprogramms 34 ‚Komplementärmedizin‘ hat das Buch ‚Ganzheit‘ veröffentlicht (Verlag Pro Business, Berlin, 2009). Hier eine Besprechung. Den LeserInnen der Sozialen Medizin ist Peter H. Baumann möglicherweise noch vom Interview ‚Komplementärmedizin unter der Lupe der Wissenschaft‘ in unserer Ausgabe 4/98 (August 1998) bekannt.

Inhalt von Baummanns Buch ist das Nachdenken über Heilkunde und Heilkunst sowie über das Leben. Sein erstes Kapitel trägt den Titel ‚Was ist Gesundheit?‘, wobei es unter anderem um den Unterschied von Schul- und Komplementärmedizin geht. Das Buch systematisch zu besprechen oder sogar zusammenzufassen wäre langweilig und auch schwierig. Als Leser bleibt man beim Durchblättern immer wieder an interessanten Einzelaspekten hängen, in die man sich dann punktuell vertieft.

Morphische Resonanz und der Zeitgeist

Baumann befasst sich unter anderem mit den Infektionskrankheiten, anlässlich der gegenwärtigen Grippe-Pandemie ein aktuelles Thema. Er erörtert, ob bei diesen so genannte morphogenetische Felder eine Rolle spielen könnten. Er weist auf die Theorie, die Rupert Sheldrake im Jahr 1981 vorgelegt hat, wonach es morphogenetische oder formgebende Felder als übergeordnete Gestaltungsprinzipien allen Seins geben könnte. Naturgesetze sind nach Sheldrake Naturgewohnheiten, die auf innewohnender Erinnerung beruhen. Für Baumann sind morphogenetische Felder

physikalisch oder mathematisch nicht fassbar. Gerade im Bereich der Medizin hält er es aber für sinnvoll, von morphischer Resonanz zu sprechen. Er meint, stark verbreitete Krankheiten (etwa die Pest, die Cholera, die Tuberkulose, aber auch Sars, Krebs, Aids oder eine pandemische Grippe) könnten ein spezifisches Feld schaffen, das die Umgebung ungünstig beeinflusst. Dabei denkt er nicht nur an die Ansteckung über Bakterien und Viren, sondern auch an psychische Einflüsse und Auswirkungen auf den so genannten Zeitgeist. Dass Krankheiten auch eine Metapher sein können (etwa Aids oder die pandemische Grippe), haben wir in der Sozialen Medizin schon verschiedentlich erörtert. Wir dachten dabei vor allem an historische Erinnerungen, die eine Krankheit weckt, und ihre Auswirkungen auf die öffentliche Meinung. Dass die Angst vor Infektionskrankheiten beispielsweise der Ausgrenzung bestimmter Bevölkerungsgruppen Vorschub leisten kann, ist in Zusammenhang mit Aids beispielsweise ein reales Problem. Baumann fragt sich, ob Religionskriege, die Inquisition und Hexenverfolgungen in Zusammenhang mit grossen Epidemien stehen könnten. Das ist plausibel, lässt sich aber auch erklären, ohne den Begriff der morphischen Resonanz zu Hilfe zu nehmen. Morphische Resonanz sieht Baumann auch beim Beten, bei der Telepathie und bei den Archetypen des kollektiven Unbewussten.

Homöopathie und Salutogenese

Baumann befasst sich in seinem Buch viel mit Gesundheit. Er geht ausführlich auf die Mechanismen der Homöopathie und die Salutogenese ein. Er versucht auch, die Wirkung der in der Homöopathie verwendeten extrem verdünnten (bzw. „potenzierten“) Heilsstoffen zu erklären, die unter Umständen kein einziges Molekül der betreffenden Heilsubstanz mehr enthalten. Er stellt die

Hypothese auf, da der menschliche Körper zu einem grossen Teil aus Wasser bestehe, könnten sich Informationen aus diesen Substanzen auf Wasser übertragen. Neuere Forschungen zeigten, dass Wasser verschiedene Zustände annehmen und Informationen speichern könne, etwa indem die Wassermoleküle bestimmte Cluster bilden. Damit wagt er sich auf ein Feld, das die meisten Homöopathen meiden. Diese geben meistens keine Erklärungen für die Wirkung homöopathischer Potenzen ab, sondern begnügen sich mit der Feststellung, dass Homöopathie wirke. Warum, sei unwichtig.

Nebst der Gesundheit des Individuums geht Baumann auch auf den Zustand unserer Gesellschaft ein, auf Auflösungserscheinungen der Familie, Entsolidarisierung und Sinnverlust. Er spricht von „Globalisierung und Seelenverlust“ und kommt zu einer sozialkritischen Diagnose. Als Ursache sieht er die Ungleichheiten und Verzerrungen auf dem globalisierten Weltmarkt. Andererseits ist er aber kein Isolationist, sondern sieht auch die Chancen einer sinnvollen weltweiten Vernetzung.

Wie viele so genannte Ganzheitsmediziner formuliert er gesundheitspolitische Vorschläge, welche die Prävention und die Eigenverantwortung stark betonen. So schlägt er vor, die Krankenversicherung solle Gesundheit finanziell belohnen, allerdings „ohne dabei die chronisch Kranken ungebührlich zu belasten“. Baumann sieht also das Risiko der Entsolidarisierung, das solche Konzepte mit sich bringen, und versucht es einzuschränken. Wir von der Sozialen Medizin können uns mit solchen Vorschlägen dennoch nicht anfreunden. Die Gefahr ist zu gross, dass sie einem sozial ungerechten Abbau des Sozial-schutzes Vorschub leisten.

Was Baummanns Buch interessant macht, ist, dass er als ehemaliger Chemiker in einem Weltkonzern die Wirtschaft und die Naturwissenschaft kennt. Er wendet sich von dieser auch nicht einfach ab, sondern sucht nach ergänzenden Erklärungen. Er formuliert seine Thesen auch nie apodiktisch, sondern beschränkt sich weitgehend darauf, Fragen aufzuwerfen. Die Kultur des wissenschaftlichen Zweifelns scheint er bewahrt zu haben.

RUEDI SPÖNDLIN



Schreibwerkstatt für Frauen

Die Poesie des Alltags

Samstag, 13. März, 9.30 h,
bis Sonntag, 14. März, 17.00 h

Eine Veranstaltung für Frauen, die Lust haben, sich auf Schreiben und auf Alltägliches einzulassen. Maximal 14 Teilnehmerinnen.

Jeder Alltag steckt voller Poesie. Welche Geschichten erzählen die Gläser? Was flüstern des Nachts die Bücher in den Gestellen, die Pflanzen in den Töpfen und die Gabeln in der Schublade? Was für Tiere sind Sofa und Sessel? Mit neuem Blick staunen wir die Lampe an und das Tisch Tuch. Wir entdecken die Alltagsgedichte und Alltagsgeschichten der Dinge, die uns umgeben.

Die Schreibwerkstatt baut auf den Methoden des kreativen Schreibens und der Poesie- und Bibliothherapie auf. Schreibenanregungen leiten Sie an, Ihre Wünsche zu konkretisieren und in Worte zu fassen. Der Austausch in der Gruppe, das Wahrnehmen der Ähnlichkeiten und Unterschiede hilft mit, sich dem Leben in der eigenen Handschrift anzunähern. Vorkenntnisse sind keine nötig.

Leitung

Esther Spinner, Schriftstellerin, Leiterin von Schreibwerkstätten

Anmeldung: www.paulus-akademie.ch



Tagung

Sünde – Annäherungen an ein schwieriges Thema

Freitag, 12. März, 10.00 h bis 17.30 h

In Theologie und Kirche besteht grundsätzlich Einigkeit darin, dass «Sünde» zu einer unbekannteren oder zumindest unverständlichen Grösse geworden ist, die heutige Menschen und deren Vorstellungs- und Erfahrungswelt kaum

mehr erreicht. Im alltäglichen Sprachgebrauch begegnet «Sünde» fast nur noch in Form von Steuer-, Verkehrs- und Diätsünde. Auf den Bedeutungsschwund und die Trivialisierung des Sündenbegriffs reagieren viele Seelsorger/innen mit Verlegenheit: Sie getrauen sich kaum noch oder sind nicht mehr gewillt, dieses Wort in der Predigt in den Mund zu nehmen. Dies ist nicht zuletzt deshalb bedenklich, weil der Begriff «Sünde» in jedem Gottesdienst an zentraler Stelle, nämlich im Sündenbekenntnis, vorkommt. Problematisch ist die diesbezügliche Sprachlosigkeit der Seelsorger/innen aber auch deshalb, weil sie all die Menschen, die in zunehmendem Mass unter Schuldgefühlen leiden und ihre Schuldverstrickung als ausweglos erfahren, in ihrer Ohnmacht und Hilflosigkeit alleine lässt.

Die Tagung macht es sich zur Aufgabe, eine auch im kirchlichen Alltag anzutreffende Sprachlosigkeit zu überwinden und der Frage nachzugehen, wie in der heutigen Zeit angemessen und theologisch fundiert von Sünde gesprochen werden kann.

ReferentInnen

PD Dr. Uta Poplutz, Universität Mainz; Prof. Dr. Christoph Gestrich, Humboldt-Universität Berlin; Prof. Dr. Lucia Scherzberg, Universität des Saarlandes, Saarbrücken; Pfr. Dr. Ulrich Knellwolf, Zollikon



Andrea Wesenauer, Sarah Sebinger (Hrsg.):

Soziale Ungleichheit und Gesundheit

Gesundheitliche Versorgung und Gesundheitsförderung – eine Frage der sozialen Gerechtigkeit? Mabuse, Erscheinungsjahr: 2009, 17 Seiten, ISBN: 978-3-940529-51-0.

Die soziale Krankenversicherung in Österreich schreibt den gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle fest. In der Praxis nehmen sozial Schwache aber z. B. die Vorsorgeuntersuchungen zu wenig in Anspruch. Der Band geht

der Frage nach, wie solche soziale Schief lagen entstehen und was dagegen getan werden könnte.

Andrea Wesenauer ist Betriebswirtin und promovierte Philosophin. Sie ist Mitglied des Direktoriums der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und Managerin der Controllinggruppe der Sozialversicherung. Sarah Sebinger, Soziologin, ist stellvertretende Leiterin der Abteilung Gesundheitsförderung und Vorsorgemedizin in der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse.



Caritas Schweiz:

Armut macht krank

Simone Villiger, Carlo Knöpfel: Armut macht krank. Warum gesellschaftliche Verhältnisse die Gesundheit prägen. 106 Seiten, 16 Franken. Bestellung: Caritas Schweiz, Bereich Kommunikation, Löwenstrasse 3, 6002 Luzern, Tel.: 041/419/22.22, E-Mail: info@caritas.ch oder unter: www.caritas.ch/shop

Von Armut betroffene Menschen in der Schweiz sind häufiger krank und leben weniger lang. Eine neue Studie der Caritas Schweiz macht deutlich, dass es im Wesentlichen gesellschaftliche Verhältnisse sind, die diese mangelhafte Chancengleichheit in der Gesundheit verursachen. Sie fordert eine Gesundheitspolitik, die eine Verbesserung der sozialen Verhältnisse ins Zentrum der Prävention rückt.

In unserer Gesellschaft herrscht die Meinung vor, dass der Grund vieler Krankheiten im persönlichen Fehlverhalten der Betroffenen liegt. Die Wissenschaft zeichnet ein anderes Bild. Viele Untersuchungen belegen, dass die Gesundheit einer Person in erheblichem Mass von ihrem sozioökonomischen Status, also vom Bildungsgrad, vom Beruf und nicht zuletzt vom Einkommen, abhängt. Ein un- oder angelernter Arbeiter lebt durchschnittlich vier Jahre weniger lang und hat ein zwölf Mal höheres Risiko invalid zu werden als ein Akademiker. Die Lebenserwartung einer Universitätsabgängerin im Schnitt

3,6 Jahre höher als jene einer Frau, die die Pflichtschule absolviert hat.

Verhaltensprävention allein genügt daher nicht, um die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern. «Zwar sind der täglich Apfel und der Spaziergang über Mittag nachweislich gesund, aber mit solchen Ratschlägen allein lassen sich die sozial bedingten Ungleichheiten bei der Gesundheit nicht beseitigen», sagt Carlo Knöpfel Co-Autor der Studie «Armut macht krank» und Leiter des Bereichs Inland und Netz bei Caritas Schweiz. Gesundheitsförderung müsse stärker auf die Verbesserung der sozioökonomischen Verhältnisse ausgerichtet werden. Nur so könne die gesundheitliche Chancengleichheit gestärkt und der Missstand, dass Arme häufiger krank sind, bekämpft werden. Gefragt sei eine Gesundheitspolitik, die sich auch in die Bildungs-, Steuer- und Sozialpolitik einmische. Die Studie fordert daher eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung. Diese soll aufzeigen, ob die gesundheitliche Ungleichheit durch einen politischen Entscheid grösser oder kleiner werde.



100 Jahre ‚Neue Wege‘:

Für die Freiheit des Wortes

Über ein Blatt, das seit mehr als 100 Jahren Gott und die Welt beschreibt, ist vor kurzem eine reichhaltige historische Monographie entstanden: Willy Spieler, Stefan Howald und Ruedi Brassel-Moser, ‚Für die Freiheit des Wortes, Neue Wege durch ein Jahrhundert, im Spiegel der Zeitschrift des religiösen Sozialismus‘, Theologischer Verlag Zürich, 2009; ISBN 978-3-290-17415-6.

‚Neue Wege‘ heisst es und der ursprüngliche Untertitel lautete: ‚Blätter für religiöse Arbeit‘. Die ‚Neuen Wege‘ blieben seit 1906 bis heute ein Organ, das sich auf einer ethischen Basis mit den Verwerfungen der Industriegesellschaft befasst und konsequentes Engagement für die Lösung der sozialen Frage zeigt. Mitten im Kapitalismus seien

die Neuen Wege für ihn eine Art «Notration im Bemühen um Menschlichkeit, Gerechtigkeit und Erhaltung der Schöpfung» geworden, sagt Ruedi Rechsteiner.

Der bedeutendste Vertreter des religiösen Sozialismus ist der Theologe Leonhard Ragaz (1868-1945). Nicht eine Almosenwirtschaft, sondern die „Genossenschaftlichkeit“ ist für Ragaz die von Gott verheissene Gerechtigkeit. Damit verbunden ist seine frühe Globalisierungskritik. Der Kapitalismus bedeute auch eine internationale Organisation des Erwerbslebens, die auf umfassender Ausbeutung des Menschen und der Natur basiere. Aber auch ein pazifistischer Denker war Leonhard Ragaz. Und schon in den zwanziger Jahren des letzten Jahrhunderts dachte Leonhard Ragaz in annähernd ökologischen Dimensionen, als er das Auto als Ausdruck wilden Egoismus, die Bahn jedoch als Produkt des Gemeinschaftswillens bezeichnete.

Die redaktionelle Geschichte dieser Zeitschrift ist denn auch neben den Initianten Benedikt Hartmann und Leonhard Ragaz geprägt von Namen wie Rudolf Liechtenhan, Jean Matthieu, Lukas Stückelberger, Karl Straub, Robert Lejeune, Paul Trautvetter, Hugo Kramer, Bruno Balscheit, Carmen Weingartner-Studer, Albert Böhler, Margarete Susman, Paul Furrer, Berthe Wicke, Willy Spieler, Rolf Bossart und Susanne Bachmann. Letztere wird ab 2010 durch die frühere Zürcher Stadträtin Monika Stocker ersetzt. Diese Redaktion wurde und wird seit 1985 ergänzt durch Beiträge von Hansjörg Braunschweig, Ursula Leemann, Hans Steiger, Alexander J. Seiler, Hanspeter Gschwend, Ursula Bäuml, Silvia Strahm Bernet, Andreas Gross, Lisa Schmuckli, Arnold Künzli, Reinhild Traitler, Linda Stibler, Jürgmeier, Annette Hug, Fredi Lerch, Lotta Sutter und Josef Lang.

Der Band Für die Freiheit des Wortes ist eine historische Fundgrube der religiös-sozialen Bewegung in der Schweiz. Im Schlusskapitel, das den Titel «Visionen» trägt, werden Beiträge in den Neuen Wegen referiert, die einen Blick in die Zukunft werfen. Der langjährige Redaktor Willy Spieler stellt hier der SP die Frage, warum sie den Anspruch zur Überwindung des Kapitalis-

mus aufgegeben habe. Zumindest müsse doch die Arbeit wieder den Vorrang vor dem Kapital erhalten: «Was verlangt die Globalisierung der Grundwerte, insbesondere der Gerechtigkeit, wenn nicht die Suche nach der Möglichkeit einer <anderen Welt?>».

Oswald Sigg, Mediendienst Hälfte, Verein für soziale Gerechtigkeit, Wabersackerstrasse 21, CH 3097 Liebefeld-Bern, Tel. + 41 (0) 31 972 82 23, news@haelfte.ch, www.haelfte.ch, 28.11.09



Josep Kuhn, Jan Böcken (Hrsg.):

Verwaltete Gesundheit

Konzepte der Gesundheitsberichterstattung in der Diskussion. Verlag Mabuse, Erscheinungsjahr: 2009, 319 Seiten, ISBN: 978-3-940529-46-6.

Gesundheitsberichterstattung wird in der Public Health-Literatur häufig als Instrument der Rationalisierung und der Demokratisierung von Gesundheitspolitik beschrieben. Sie ist jedoch nicht einfach die objektive Sichtbarmachung dessen, was ist, sondern ein komplexes Anknüpfen an und Hervorbringen von gesundheitlichen Diskursen. Das Buch will dem Verhältnis von Anspruch (Theorie) und Wirklichkeit (Praxis) in der Gesundheitsberichterstattung nachgehen. Die Beiträge befassen sich mit folgenden Fragen: nach der Entstehungsgeschichte der Gesundheitsberichterstattung und den dabei relevanten Motiven, nach der Ausdifferenzierung von Berichterstattungen in der Gegenwart, nach den verschiedenen Blickwinkeln, die Institutionen heute in die Berichte einbringen, und nach machttheoretischen und ethischen Aspekten in der Gesundheitsberichterstattung.

Das Buch setzt die im Band „Gesundheit zwischen Statistik und Politik“ begonnene Diskussion fort. Es wendet sich an Lehrende und Lernende in den Gesundheitswissenschaften sowie an alle, die Gesundheitsberichte erstellen oder sie nutzen.