



Gestaltung: Stefan Witschi
Foto: ron sombilon | flickr

Magazin & Rubriken

- 4 Kurznachrichten
- 5 Missbrauch ohne Ende
Käti Ensner
- 6 Kolumne: Sparvorschlag!
Dani Winter
- 7 Die Abtreibungsgegner treten wieder auf den Plan
Ruedi Spöndlin
- 8 Der 100. Geburtstag der Ambivalenz
Christian Mürner
- 10 Med in Switzerland: Toolkit Erinnerungsarbeit
Helena Zweifel
- 12 Verselbständigung der Basler Spitäler
Daniel Gelzer
- 13 Wohin führt die fallpauschalisierte Medizin?
Helene Vermeulen, VUA"
- 14 Infos aus der Genwelt
Basler Appell gegen Gentechnologie
- 16 Bericht von der Erdbebenkatastrophe in Haiti
Maja Loncarevic
- 18 24 Jahre Tschernobyl
Petra Sigrist
- 34 Mittelseiten: Südafrika 2010
- 65 Rezensionen und Veranstaltungen
- 67 Inserate
- 68 Zum Tod des Sozialpsychiaters Erich Wulff
Daniel Gelzer

Nord Süd

- 21 Familienplanung: Jugendliche und Männer sind das A und O
Christa Rudolf von Rohr

- 26 Gesundheitssysteme und Aidsprogramme im Widerspruch?
Interview mit Helena Zweifel

Pflegenotstand

- 45 Viele schätzen die grössere Verantwortung, aber nicht alle
Gespräch mit Iris Ludwig und Urs Sieber (Ruedi Spöndlin)

Gesundheitskosten

- 52 Mythos Kostenexplosion
Alex Schwank
- 57 Mythen der Gesundheitspolitik
Hartmut Reiners

SGSP

- 27 Info der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SGSP)

• • • • •
Volksinitiative eingereicht

Ja zur Hausarztmedizin

Am 1. April wurde bei der Bundeskanzlei die Volksinitiative 'Ja zur Hausarztmedizin' eingereicht. Sie konnte die rekordhohe Anzahl von 200'000 Unterschriften auf sich vereinigen, was von viel Goodwill für die Hausärztinnen und Hausärzte zeugt. Grossen politischen Rückhalt könnten die Interessenvertreter der Hausarztmedizin gewinnen, wenn sie die Einheit der Ärzteschaft aufs Spiel setzten. Davor schrecken sie aber aus gutem Grund zurück. Das sind die Kernaussagen unseres ausführlichen Kommentars auf:

<http://www.sozialemedizin.ch/?p=1125>

• • • • •
Managed Care

Freie Arztwahl wird kostspielig

In der gegenwärtigen Juni-Session will sich der Nationalrat voraussichtlich mit der Vorlage zur Förderung von Managed Care befassen. Dabei zeichnet sich eine Zwei-Säulen-Lösung ab. Wer weiterhin die freie Arztwahl wünscht, kann diese haben, muss künftig aber einen Selbstbehalt von 20 Prozent der Behandlungskosten tragen. Da der Bundesrat voraussichtlich auch noch die Obergrenze des Selbstbehalts anheben wird, ist für diese Versicherungsvariante mit einer Selbstbeteiligung von 1500 Franken – 2000 Franken pro Jahr zu rechnen. Wer sich hingegen einem Managed Care-Modell ohne freie Arztwahl anschliesst, wo man sich als Patientin zuerst immer an einen bestimmten Hausarzt oder eine Hausärztin zu wenden hat, spart Prämie und trägt wie bisher eine Selbstbeteiligung in der Gröszenordnung von maximal 1 000 Franken pro Jahr. Verschiedene Berufs- und Patientenorganisationen fordern, dass die Krankenkassen nicht die freie Wahl haben sollen, welche Managed Care-Netzwerke sie ihren Versicherten anbieten. Sondern sie sollten verpflichtet sein, mit allen von einer unabhängigen Stelle

zertifizierten Netzwerken zusammenzuarbeiten. Nach dem Nationalrat wird sich der Ständerat nochmals mit dem Thema befassen müssen, da die bisherigen Beschlüsse der beiden Räte auseinander gehen. Mehr dazu unter:

<http://www.sozialemedizin.ch/?p=1141>

• • • • •
Basler Gesundheitsgesetz

Kritik wurde berücksichtigt

Im Kanton Basel-Stadt liegt ein zweiter Entwurf für ein neues Gesundheitsgesetz vor. Dieser berücksichtigt fast alle Kritikpunkte, welche die SGSG im Dezember 2008 in ihrer Vernehmlassung zum ersten Entwurf geäussert hat. Die Kantonsregierung hat die umstrittenen Bestimmungen über Obliegenheiten der Patienten sowie die Möglichkeit eines Impfzwangs gestrichen. Gleichzeitig mit dem zweiten Entwurf für ein neues Gesundheitsgesetz hat die Regierung des Kantons Basel-Stadt ein Gesetz zur Ausgliederung der öffentlichen Spitäler aus der kantonalen Verwaltung vorgelegt. Dazu findet sich in diesem Heft ein Kommentar von Daniel Gelzer. Vernehmlassung der SGSG zu ersten Entwurf des basel-städtischen Gesundheitsgesetzes unter <http://www.sozialemedizin.ch/?p=332> sowie in Soziale Medizin 1.09 S. 8. Neuer Entwurf der Basler Regierung unter <http://www.regierungsrat.bs.ch/vernehmlassungen>.

• • • • •
IV-Revision 6a

16'500 Renten streichen

Die „eingliederungsorientierte Rentenrevision“ ist ein Hauptbestandteil der Vorlage für die IV-Revision 6a, die der Bundesrat am 24. Februar veröffentlicht hat. Im Klartext ist damit gemeint, rund 16 500 bestehende Rentenansprüche zu streichen. Dass die Betroffenen

alle ins Erwerbsleben integriert werden können, wird sich nach Ansicht der Redaktionsgruppe Soziale Medizin als Illusion erweisen. Mehr dazu in unserer Ausgabe 3.09 S. 20 und unter:

<http://www.sozialemedizin.ch/?p=1059>.

• • • • •
Krebsliga Schweiz

Jubiläum im Zeichen der Solidarität

Die Krebsliga Schweiz feiert gegenwärtig das 100jährige Jubiläum ihrer Gründung, wozu ihr die SGSG und die Redaktionsgruppe Soziale Medizin gratulieren. Krebsliga-Präsident Thomas Cerny will das Jubiläumsjahr zum Jahr der gelebten Solidarität machen. Mehr dazu unter

www.krebsliga.ch.

• • • • •
Selbsthilfe

10 Jahre Jubiläum von KOSCH

Die Stiftung KOSCH als Dachorganisation der regionalen Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen in der Schweiz wurde im Jahr 2000 gegründet. SGSG und Redaktionsgruppe Soziale Medizin gratulieren zu diesem Jubiläum und planen, im Laufe dieses Jahres noch näher auf die Aktivitäten von KOSCH einzugehen. Mehr dazu unter:

www.kosch.ch.

• • • • •
Verstorben

Hans Heinrich Brunner

Am 11. Mai ist im Alter von 65 Jahren Hans Heinrich Brunner verstorben. Der ehemalige FMH-Präsident und spätere BAG-Vizedirektor war eine der markantesten Persönlichkeiten der schweizerischen Gesundheitspolitik.

Mehr unter <http://www.sozialemedizin.ch/?p=1203>



Missbrauch ohne Ende

Seit langer Zeit ist sie mir vertraut, und dennoch wühlt mich die Diskussion über den sexuellen Missbrauch noch immer auf. Weil ich dem Missbrauch der Macht, dem Ausnutzen von natürlichen menschlichen Bedürfnissen nach Nähe, Wärme, Vertrauen, Sicherheit, dem Einsatz von körperlicher und seelischer Gewalt zur Befriedigung eigener Wünsche, seien sie sexueller, emotionaler oder wirtschaftlicher Natur, immer wieder begegne.

Der sexuelle Missbrauch von Kindern ist der perfideste Ausdruck des generellen Missbrauchs, zu dem sich in unserer Gesellschaft Machthabende gegenüber Schwächeren berechtigt fühlen. Extremes Beispiel für die Arroganz und Grausamkeit, mit der die hochgelobte Freiheit des Individuums durchgesetzt wird, die eigenen Bedürfnisse auf Kosten der Schwächeren zu befriedigen und deren Befriedigung abzusichern. Er ist nur eine Form des Missbrauchs. Die Geschichte der Verdingkinder und der verschleppten Kinder der Fahrenden, die heute erst am Anfang ihrer Aufarbeitung stehen, sind eine weitere Dimension.

Zurzeit gehört es zum Alltag, dass beim Öffnen der Zeitung ein fetter Titel das Aufdecken neuer Fälle von sexuellem Missbrauch verkündet. Bekenntnis-

se, Geständnisse, Leugnen, Rechtfertigen, Verschieben auf philosophische, historische und psychologische Ebenen. Nach der Zeit des Wegschauens ist nun diejenige des Hinschauens angebrochen. Als ob nicht seit Jahrzehnten der sexuelle Missbrauch als omnipräsentes Problem in unserer Gesellschaft thematisiert, eine öffentliche Diskussion darüber gefordert und mindestens teilweise auch geführt wird. Dies in der Folge der heute gerne verdamnten 68er Bewegung, vor allem aber der Frauenbefreiungsbewegung, die das Private öffentlich gemacht und bei diesem Thema nicht locker gelassen hat. Dabei wandte sich die Aufmerksamkeit allerdings vom bösen Fremden ab und richtete sich auf die bis anhin unantastbare Familie, wo noch immer die meisten sexuellen Übergriffe stattfinden.

Das sinnliche Flair des Klosterlebens

Heute steht die katholische Kirche im Zentrum der Missbrauchsdiskussion. War ja auch höchste Zeit! Die bis jetzt verschwiegenen sexuellen Übergriffe passen zur Doppelmoral der katholischen Hierarchie, die den einfachen Schäfchen in einer demagogischen Verbindung mit Glaubensfragen die menschliche Sexualität verteufelt, mit Kondomverboten der Verbreitung von AIDS Vorschub leistet, mit dem Pillenverbot die Geburtenkontrolle hintertreibt, während die unter der Soutane versteckten Übergriffe von höchster Stelle gedeckt werden.

Zu meiner Schande muss ich gestehen, dass mich das sinnliche Flair, das dem Klosterleben manchmal anhaftet, der Klosterwein, der Benediktinerlikör, der Klosterkäse, die duftenden Klostersgärten, die Kirchenmusik und auch die geheimen Gänge zwischen Männer- und Frauenkloster im Mittelalter, ein ganz klein wenig beeindruckt. Die bigotte Nüchternheit der Protestanten ist jedenfalls auch keine Versicherung gegen Fehlritte, seien sie sexueller oder anderer Natur.

Der pädagogische Eros

So oder so - sexuelle Straftaten von Geistlichen gehören ebenso vor weltliche Gerichte wie alle andern auch, und nicht in irgendeinen Schoss, sei er katholisch oder protestantisch. Oder pädagogisch. Pädagogische Institutionen, sogar Vorzeigeprojekte der Reformpädagogik wie die Odenwaldschule, erweisen sich ebenfalls als Orte, wo geheime pädophile Gelüste ausgelebt werden können. Mit dem Unterschied, dass man sich hier nicht auf den christlichen Gott, sondern auf den pädagogischen Eros beruft.

Ich bin überzeugt, dass es diesen gar nicht gibt, dass er eine reine Erfindung ist. Erfunden von edlen Erwachsenen, um ihre weniger edlen pädophilen Gelüste mit edler Philosophie zu verkleiden. Und dies seit der Antike!

Fortsetzung von Seite 5

Keine noch so fortschrittliche Rechtfertigung ändert jedoch etwas daran, dass sexuelle Handlungen von Erwachsenen an Kindern Übergriffe und Grenzüberschreitungen sind, zu denen sie kein Recht haben, für die sie die volle Verantwortung übernehmen müssen, unabhängig davon, ob sich die Kinder und Jugendlichen wie Lolitas und Lolitos benehmen. Seien die Täter Geistliche, Lehrende, Sporttrainer, therapeutisch Tätige, Eltern oder andere Familienangehörige. Oder berühmte Regisseure wie Roman Polanski.

Zu allem Elend liefert der pädagogische Eros nun auch noch den geeigneten Vorwand, dringend nötige, fortschrittliche Ideen zu eliminieren, die in Schulen oder Heimen noch überlebt und dem reinen Leistungs- und Effizienzdenken widerstanden haben. Er liefert zudem der kalten, rein kopflastigen Pädagogik den Vorwand, emotionale Berührungen aus jedem Unterricht zu verbannen, ja sogar als strafbare Handlungen zu verurteilen. Nicht nur zwischen Kindern und Erwachsenen, auch zwischen den Kindern selbst! In den USA, die ja mit zweifelhaften moralischen Gesetzen immer etwas voraus sind, wurde kürzlich ein Kindergartenmädchen verurteilt, das ein anderes in seine Arme genommen hatte, um es zu trösten!

Offene Türen sind nötig, nicht schwarze Listen

Schwarzen Listen, Berufsverbote und anderen Verfolgungsjagden sind nicht die Lösung. Was es braucht sind Einrichtungen, die das Hinschauen erleichtern und das Wegschauen verunmöglichen. Offene Türen, die allen Einblick gewähren, durch die potenzielle Täter und ihre Opfer sichtbar bleiben. Gute und ehrliche Beratungsmöglichkeiten bei der Berufswahl für Berufe, die ein besonders sicheres Gespür für Nähe und Distanz voraussetzen. Regelmässige Aussprachemöglichkeiten, bei denen die Grenzen, die man sich selbst setzen

Sparvorschlag

Eine halbe Million Franken soll er gekostet haben, der Einsatz der Baselbieter Polizei zur Verhinderung des berüchtigten Harassenlaufs durch die Grün 80. Sinnloses Betrinken und Littering nahm man noch in Kauf, aber nachdem es zu gewalttätigen Auseinandersetzungen gekommen war, wollte die Baselbieter Sicherheitsdirektorin Sabine Pegoraro dem chaotischen Treiben nicht länger tatenlos zuschauen.

Der Lauf als solcher konnte nicht verhindert werden. Rund 200 TeilnehmerInnen fanden sich – trotz strömenden Regens – ein, um dem behördlichen Verbot zu trotzen. Doch konnten sie von mehr als doppelt so vielen PolizistInnen erfolgreich in Schach gehalten werden. Kein Wunder, drohte die Polizei auf ihren Flugblättern bei Zuwiderhandlung doch mit Freiheitsstrafen von bis zu drei Jahren. Zum Vergleich: Das ist mehr als die hauptangeklagten Skinheads für den brutalen Überfall auf den Coop-Pronto-Shop am Bahnhof Liesetal vor fünf Jahren bekamen.

Wie ernst die Behörden den Harassenlauf-Einsatz nahmen, zeigt nicht zuletzt die Einschätzung von Daniel Blumer, Kommandant der Baselbieter Polizei, der in der «Basler Zeitung» vom «schwierigsten Einsatz in der Geschichte des Polizeikorps» sprach. «Das müssen wir uns leisten können», verteidigte Sicherheitsdirektorin Pegoraro die Kosten für den Einsatz. «Wenn wir die öffentliche Sicherheit nicht mehr gewährleisten

können, ist der Staat nicht mehr glaubwürdig.»

Eine Woche später. Der FC Basel gewinnt den Cupfinal. Die obligate Feier auf dem Barfi blockiert die Innenstadt. Kein Tram fährt mehr. Fans und Spieler des FCB erhellen die Nacht mit bengalischen Fackeln, der Boden ist übersät mit roten und blauen Bierbüchsen. Am Morgen danach ist alles wieder beim alten. Nur die Stellwand vor dem „braunen Mutz“ ist mit Graffitis verziert: „Cupsieger“ steht jetzt da und „Forever 1893“. Aber das ist doch ganz was anderes, mögen manche sagen. Und sie haben natürlich recht.

Auch die 1. August-Feier, die jedes Jahr Abertausende von Menschen in die Stadt zieht, ist natürlich etwas anderes. Da kommt es zwar auch regelmässig zu Messerstechereien und Schlägereien. Aber immerhin kaufen die Leute noch die eine oder andere Wurst. Ausserdem würde die Sperrung der Stadt und die Durchsetzung eines Alkoholverbots wohl noch mehr kosten als am Harassenlauf.

Falls man im nächsten Jahr sparen muss, hätte ich schon mal einen Vorschlag für die Baselbieter: Gebt jedem der jungen Leute 1000 Franken dafür, dass er sich am offiziellen 1. Mai-Fest auf dem Barfi betrinkt, schon habt ihr mehr als 200'000 gespart. Die Baselbieter Polizisten könnten sich bei den Jungen mal so richtig beliebt machen. Und auch die Basler Arbeiterbewegung wird es euch danken!

DANI WINTER

muss, ebenso ein Thema sind, wie diejenigen, die für die Kinder gefordert werden.

Kinder haben das Bedürfnis und das Recht auf körperliche Zärtlichkeit. Sie haben ein Recht auf tröstende, angstbefreiende und schützende körperliche Nähe von Erwachsenen. Und sie geben deutliche Signale, wenn ihnen die Nähe

zu viel wird. Kinder haben auch ein Recht, ihre eigene Sexualität zu entdecken. Dazu brauchen sie jedoch keine Erwachsenen. Und: Ich weigere mich, bei jeder Zärtlichkeit, die ich zwischen Erwachsenen und Kindern wahrnehme, sofort an sexuellen Missbrauch denken zu müssen!

KÄTI ENSNER,

Abtreibungsgegner treten wieder auf den Plan

Volksinitiative ‚Abtreibungsfinanzierung ist Privatsache‘

Den Sack hauen und den Esel meinen. Nach diesem Motto sammelt eine Gruppe konservativer Moralisten seit Februar Unterschriften für eine Volksinitiative, welche die Finanzierung von Schwangerschaftsabbrüchen durch die gesetzliche Krankenversicherung verbieten soll. Aufhorchen lässt ein Argument des Initiativkomitees: Das Volksbegehren sei unter anderem deshalb zu unterstützen, damit Minderjährige nicht mehr ohne Wissen ihrer Eltern eine Schwangerschaft abbrechen können.

Aus gesellschaftspolitisch liberaler Sicht ist es eigentlich erfreulich. «Die Fristenlösung wird nicht in Frage gestellt». Das steht wörtlich im Flyer, den die NationalrätInnen Elvira Bader (CVP), Peter Föhn (SVP), Werner Messmer (FDP) und die Genfer EVP-Copräsidentin Valérie Kasteler-Budde Ende Februar namens des Initiativkomitees «Abtreibungsfinanzierung ist Privatsache» in die Schweizer Haushalte verteilen liessen. Obwohl für sie wohl jeder Schwangerschaftsabbruch des Teufels ist, geben sie den Kampf gegen die Fristenregelung zum Vornherein verloren. Sie beschränken sich darauf, den Sack zu hauen und den Esel zu meinen. Ihr Volksbegehren verlangt nur, Schwangerschaftsabbrüche aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu streichen. Wahrscheinlich hoffen sie, damit nebst dem Lager der Abtreibungsgegner die Unsolidarischen zu mobilisieren, die mit ihren Krankenkassenprämien keine Leistungen finanzieren wollen, die sie selber nie benötigen.

Die InitiantInnen schätzen die Lage wohl richtig ein, dass sich zurzeit keine Mehrheit der Stimmberechtigten gegen die Fristenregelung aussprechen würde, die erst aufgrund einer Volksabstimmung am 2. Juni 2002 eingeführt wurde. Auch die Forderung, Schwangerschaftsabbrüche aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu streichen, erscheint nicht als

zeugt? Wenn dem so wäre, bestünde dringender Aufklärungs- und Diskussionsbedarf.

Zum modernen Verständnis der Persönlichkeitsrechte gehört zwingend, dass jeder Mensch, sofern er urteilsfähig ist, selbst über seine körperliche Integrität verfügt. Auch Jugendliche können demnach ohne Zustimmung ihrer Eltern eine medizinische Behandlung in



Trotzdem sollte man die Initiative ernst nehmen. Wir haben in letzter Zeit in der schweizerischen Politik manch böse Überraschung erlebt, etwa mit dem Minarettverbot.

sehr aussichtsreich. Trotzdem sollte man die Initiative ernst nehmen. Wir haben in letzter Zeit in der schweizerischen Politik manch böse Überraschung erlebt, etwa mit dem Minarettverbot. Die Schweizer Bevölkerung ist verunsichert und die Stimmberechtigten neigen zur Unberechenbarkeit.

Jugendlichen medizinische Hilfe verwehren?

Aufhorchen lassen sollte uns vor allem ein Satz aus dem Flyer des Initiativkomitees: «Minderjährige können (wenn die Initiative angenommen würde, Anm.d.R.) nicht mehr ohne das Wissen ihrer Eltern eine Abtreibung vornehmen». Halten die InitiantInnen dies etwa für ein Argument, das einen nennenswerten Teil der Bevölkerung über-

Anspruch nehmen. Und das ärztliche Berufsgeheimnis gilt grundsätzlich auch gegenüber den Eltern. Andernfalls wären viele Jugendliche von den Leistungen der Sexualmedizin, der Schwangerschaftsverhütung sowie der Suchthilfe ausgeschlossen und könnten beispielsweise nach Misshandlungen und sexuellen Übergriffen keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Dieses Recht urteilsfähiger, aber noch nicht volljähriger Jugendlicher sollte eigentlich selbstverständlich sein. Das Initiativkomitee 'Abtreibung ist Privatsache' scheint hingegen davon auszugehen, dass ein grosser Teil der Bevölkerung anders denkt. Hoffentlich täuscht es sich. Jedenfalls sollten wir die Diskussion über diesen Punkt aufmerksam verfolgen.

RUEDI SPÖNDLIN



Die Erfahrung polarer Ausdrucksweisen

Der 100. Geburtstag der Ambivalenz

Die Ambivalenz wurde 1910 geboren und getauft von Eugen Bleuler (1857-1939), Psychiater und Direktor der Zürcher Burghölzli-Klinik. Man ahnte zwar, dass die Ambivalenz vielleicht auch antiken oder biblischen Ursprungs sein könnte, aber sie hatte eben keinen Namen. Als sie diesen vor 100 Jahren bekam, wurde sie auch bald populär, was bis heute andauert.

Ambivalenz Erfahrungen gehören zum Leben. Das Schwanken zwischen positiven und negativen Empfindungen, zwischen Liebe und Hass, Ekel und Freude, die

Zwiespältigkeit von Können und Wollen, das Spannungsfeld von Nähe und Distanz, von Selbstbestimmung und Abhängigkeit kennen wohl alle. Dennoch ist Ambivalenz kein „Generalschlüssel zum Verstehen aller zwischenmenschlichen Probleme“, bemerken die Berner Autoren Walter Dietrich, Kurt Lüscher und Christoph Müller in einer fundierten Publikation, die aus einem soziologisch-theologischen, interdisziplinären Seminar hervorging.* Die Chance von Ambivalenz-Analysen liegt vielmehr darin, dass sie für komplexe Sachverhalte sensibilisieren und die Möglichkeit für sachgerechte Interpretationen bieten.

Als Eugen Bleuler den Begriff Ambivalenz 1910 in einem Berner Vortrag prägte, bezog er ihn auf seinen Fachbe-

reich der Psychiatrie und sprach von einer „gespaltenen Psyche“ derjenigen Patienten, die keine „einheitliche Bilanz“ zwischen positiven und negativen Gefühlen herstellen könnten. Zwar finde man „überall bei andern Kranken und Gesunden solche ambivalente Komplexe“, aber krankheitsrelevant werde erst der gleichgültige Umgang damit, das heißt das Verleugern, Verdrängen, Ignorieren von Ambivalenz. In diesem Zusammenhang nannte auch Sigmund Freud die Ambivalenz einen „treffenden Ausdruck“.

Rund 50 Jahre nach der Etablierung des Begriffs benutzte die Soziologie die Ambivalenz zur Analyse sozialer Rollen. Vom Arztberuf verlangt man z.B. gleichzeitig unparteiische medizinische Kompetenz wie Mitgefühl im Umgang mit Patienten. Ambivalenzen lassen sich in sozialen Beziehungen vor allem in Bezug auf die „Generationensolidarität“ feststellen, die nicht „natürlich“, sondern auch sehr konfliktreich sein kann, man denke nur an die Eltern-Kind-Beziehungen oder die Pflege alter und dementer Menschen. Mit der Soziologie wurde das Ambivalenzkonzept auch in den Literatur- und Kulturwissenschaften aktuell. In Erzählungen oder Romanen von Musil oder Kafka beispielsweise finden sich prägnante Schilderungen von Übergängen zwischen polaren Ausdrucksweisen.

Für diese angedeutete Begriffsgeschichte oder Biografie der Ambivalenz ist zusammenfassend charakteristisch, dass sie eher als Deutungsmuster implizit und verallgemeinernd verwendet wird. Dabei erscheint es unangemessen, die Ambivalenz zu personalisieren. Doch wenn man sie nicht als eine alles



Ambivalenzen lassen sich in sozialen Beziehungen vor allem in Bezug auf die „Generationensolidarität“ feststellen, die nicht „natürlich“, sondern auch sehr konfliktreich sein kann, man denke nur an die Eltern-Kind-Beziehungen oder die Pflege alter und dementer Menschen.

umfassende Kategorie versteht, sondern als „heuristisches Konzept“, kann man diesen Zugang wählen, um ihr Potenzial fürs Erste zu pointieren, um dann eine Definition zu erhalten, die empirisch überprüfbar und anwendbar ist. Damit verliert die Ambivalenz ihr in der Alltagssprache vorherrschende negative Tendenz.

Erfahrung des Oszillierens

Kurt Lüscher definiert Ambivalenz prägnant als „Erfahrung eines zeitweiligen oder dauernden Oszillierens zwischen polaren Gegensätzen“. Diese Erfahrungen sind sowohl für die persönliche Identität wie für die sozialen Beziehungen bedeutsam. Das Oszillieren meint ein Hin- und Hergerissensein, allerdings nicht vorwiegend negativer Färbung im Sinn einer Handlungsblockade, sondern auch mit der Aussicht auf einen kreativen Umgang. Die Polarisierung wird als dynamischer Prozess verstanden, damit lässt sich der Begriff der Ambivalenz von denjenigen des Widerspruchs und des Paradox' abgrenzen, die eher, wie es der Berner Psychiater Luc Ciompi formulierte, mit einem „Anspruch auf Wahrheit auftreten“. In einem „kommentierten Bild“ schlägt Lüscher folgende vier Bereiche für eine Ambivalenz-Analyse vor: 1. Solidarität, mit der Handlungsmaxime übereinstimmend bewahren, 2. Emanzipation, mit der Handlungsmaxime einvernehmlich entwickeln, 3. Atomisierung (Vereinzelung), mit der Handlungsmaxime ablehnend lossagen, 4. Kaptivation (Gefangensein), mit der Handlungsmaxime uneinig ausharren. Mit

diesem gegenläufig zunehmenden, sensibilisierenden Entwurf versteht Lüscher die Ambivalenz als „Brücken-Konzept“ für interdisziplinäre Forschung. Dass und wie dies gelingen kann, zeigt Christoph Müller in seinen Beschreibungen von Ambivalenzerfahrungen im Zusammenhang der Taufe. Detailliert stellt er das „kommentierte Bild“ dar: 1. Die Taufe verstanden als traditionsbewahrende Familienfeier und 2. als Forum religiöser Kompetenz. 3. Die Taufe verstanden als Formalität oder gar 4. als verordneter Akt. Ähnlich widerstreitende Konstellationen schildert Müller anhand der Geburt eines behinderten Säuglings, leider mit veralteter Terminologie. (Inhaltlich weniger überzeugend ist meiner Ansicht nach die Anwendung des Konzepts bei der alttestamentarischen Bibellektüre und -interpretation im Beitrag von Walter Dietrich, weil hier sehr viel theologisches Binnenwissen vorausgesetzt wird.)

Eine Bestattungsfeier als Beispiel

Christoph Müller erzählt zudem eine eindruckliche, „ambivalente Geschichte“ von einem Trauerbesuch eines Pfarrers bei Herrn und Frau S., deren Sohn an einer Überdosis Heroin gestorben ist. Den Sohn hätten sie, berichten die Eltern, „ganz normal“ erzogen. Er schloss auch seine Lehre als Bäcker ab und lebte lange zu Hause, bis es mehr und mehr zu Auseinandersetzungen kam und er fernblieb. Als er nur noch nach Hause kam, um Geld zu verlangen, warf ihn der Vater aus dem Haus, während die Mutter ihm hin und wieder heimlich

Geld gab. Sein Tod löste ambivalente schmerzliche Gefühle aus, Scham, Schuld und Wut. Obwohl die Eltern zuerst die Bestattung geheim halten wollten, war sie dann auf Initiative des Pfarrers doch öffentlich. Auch die Freunde des Verstorbenen erschienen und sie unterbrachen den Pfarrer bei der Abdankung mit Zwischenrufen. Es kam zu Auseinandersetzungen zwischen der Familie auf der einen und den Freunden auf der anderen Seite. Der Pfarrer verließ die Kanzel und stellte sich dazwischen. Er bot an, die Abdankung aus Respekt vor dem Toten in Ruhe zu Ende zu führen, was gelang, und erst danach Gespräche aufzunehmen. Die Aussprache mit den Freunden des Verstorbenen kam aber nicht zustande. Bei den Eltern allerdings glaubte der Pfarrer, der in dieser Geschichte gewissermaßen die Ambivalenz verkörpert, einen bewussteren Umgang wahrzunehmen. Bestattungsfeiern neigen zur Harmonisierung der Lebensläufe, sie gehören in die Kategorie des Vermeidens, Ignorierens, Verdrängens von Ambivalenzen. Das wollten die Freunde verdeutlichen, doch blieben sie im Grunde in ihrem polaren Gegensatz, in ihrer Welt gefangen.

Aber kann man der Ambivalenz nicht dennoch pauschal vorwerfen, dass sie es ist, die komplexe subjektive und soziale Situationen auf die Zweiteilung reduziert? Allerdings unterscheidet sich Ambivalenz von der Dualität, sie ist keine ontologische Angelegenheit, sondern ihre Dynamik besteht im methodischen, pragmatischen Instrument des Zweifels, das sie für die interdisziplinäre Aufgabe prädestiniert.

CHRISTIAN MÜRNER

geb. 1948 in Zürich, seit 1977 in Hamburg. Dr. phil., freier Publizist und Behindertenpädagoge

* Walter Dietrich, Kurt Lüscher, Christoph Müller: *Ambivalenzen erkennen, aushalten und gestalten. Eine neue interdisziplinäre Perspektive für theologisches und kirchliches Arbeiten*. Theologischer Verlag Zürich, 2009. 235 Seiten, CHF 32.- (€ 20.-)

„Es hat mir neuen Mut gegeben“

Ein Toolkit für lösungsorientierte Erinnerungsarbeit

Memory Books (Erinnerungsbücher), ursprünglich in der Arbeit mit aidskranken Eltern afrikanischer Herkunft entwickelt, sind gleichzeitig Lebensbücher. aidsfocus.ch hat in Zusammenarbeit mit terre des hommes schweiz ein neues Toolkit erarbeitet, welches über die Kreise der Aidsbetroffenen hinaus von Bedeutung ist.

„Es hat mir neuen Mut gegeben“, sagte eine der Frauen am Schluss des Workshops, an dem sie ihr eigenes Buch geschrieben und gemalt hatte. „Ich habe nicht gedacht, dass wir uns auf eine so gute Art und Weise auf Erinnerungen, die oft sehr wehtun, einlassen können. Es ist eine sehr gute Erfahrung“, sagte eine andere Teilnehmerin lächelnd. Auf Einladung von Action Aid International hatte ich Ende 2007 in Haiti einen Workshop zu Memory Work moderiert. 25 HaitianerInnen hatten daran teilgenommen, die meisten von ihnen Frauen und HIV-positiv.

Erinnerungs- und Lebensbücher

Zur Einstimmung und zum Kennenlernen verschiedener Ansätze von Memory Work zeigte ich am Workshop in Haiti den Film von aidsfocus.ch „Kraft der Erinnerung. Memory Work mit HIV/Aids-Betroffenen in Südafrika“. Der Film löste grosse Betroffenheit aus, bei einigen auch Abwehr. „Ich möchte nicht mein Testament schreiben“, sagte eine junge Frau unter Tränen. Bereits hier zeigte sich, wie wichtig es ist, die stärkende und transformierende Kraft der Erinnerungsarbeit zu betonen. Ich schlug daher vor, künftig von „Erinnerungs- und Lebensarbeit“ zu sprechen, und malte über Nacht den Titel des

Demonstrationsexemplars neu: „Memory and Life Book“. Die TeilnehmerInnen nannten ihr Buch „L'histoire de ma vie“, „Ma vie positive“ oder schlicht „Mon livre“, und bemalten es mit farbenfrohen Blumen, rankenden Bäumen und grossen Herzen.

Das Kernstück der Arbeit am Memory and Life Book war die Übung mit den sechs Fenstern, in denen die TeilnehmerInnen je ein wichtiges Ereignis aus ihrem Leben auswählten. Anschliessend erzählten die Frauen ihre Geschichte einer Partnerin, die aufmerksam zuhörte und verständnisvoll nachfragte. Anschliessend erzählte sie die gehörte Geschichte in eigenen Worten neu, wobei sie bewusst die Stärken betonte.

In diesem Prozess wurde aus der Leidensgeschichte einer Frau, ihren Erfahrungen von Gewalt, Verrat und Verlassenwerden, die Geschichte einer mutigen jungen Frau, die sich trotz traumatischer Erfahrungen dem Leben stellt und sich zusammen mit anderen Frauen und Männern für eine bessere Zukunft für alle engagiert. Auch die Geschichte einer anderen Teilnehmerin ist die Geschichte einer Heldin: selbst HIV-positiv hat sie ihren schwerkranken Mann bis zu dessen Tod aufmerksam gepflegt und ist heute für ihre Kinder sowohl Mutter wie Vater. Sie arbeitet unermüdlich, um ihren Kindern eine gute Ausbildung zu ermöglichen und sich selbst die notwendigen Medikamente zu kaufen.

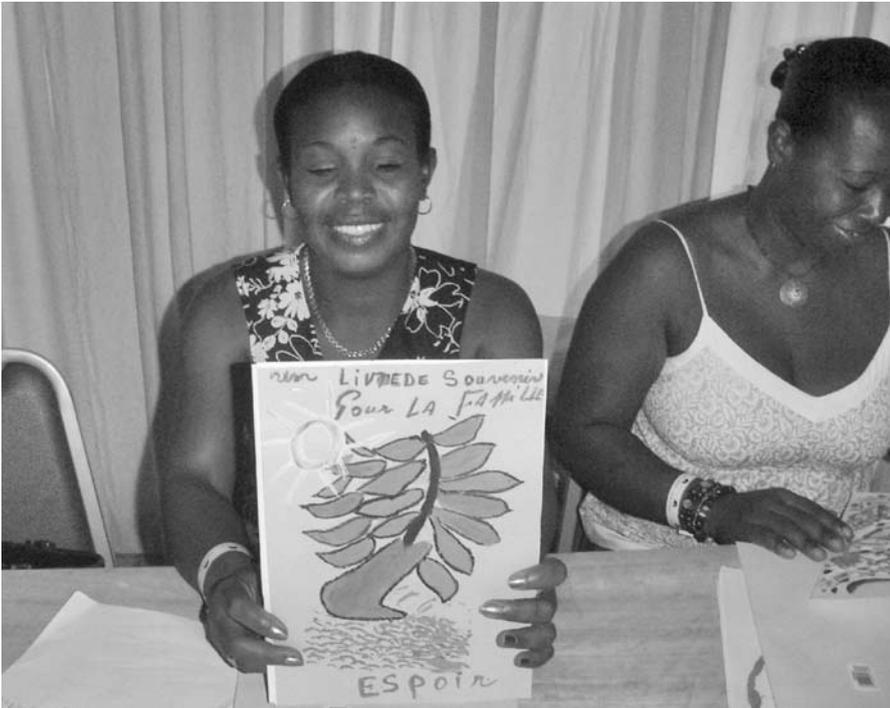
Die ersten Memory Books waren von aidskranken Eltern afrikanischer Herkunft geschrieben worden, die, den nahenden Tod vor Augen, ihren Kindern ein Vermächtnis hinterlassen wollten. Bereits mit den ersten Memory Books und verstärkt noch mit der Zugänglichkeit von Aidsmedikamenten ist Memory Work zu einem Werkzeug ge-

worden, das aidsbetroffene Menschen darin unterstützt und stärkt, das eigene Leben zu gestalten. Der Begriff Memory Work (Erinnerungsarbeit) umschreibt einen Ansatz der psychosozialen Unterstützung und umfasst verschiedene therapeutische Methoden zum Erkunden der eigenen Geschichte. Als Behälter und Ausdruck der Erinnerungen können Memory Boxes (Erinnerungskästchen) dienen, Memory Books (Erinnerungsbücher), Hero Books (HeldInnenbücher) oder Body Maps (lebensgrosse Körperkonturkarten). Das eigentliche Ergebnis der Erinnerungsarbeit ist nicht das Buch oder das Bild, sondern der durch das Erzählen der eigenen Geschichte und das Zuhören der anderen ausgelöste Prozess.

„Wie ist es dir gelungen?“

Die Reflektionsarbeit hilft den Beteiligten, den roten Faden und die Überlebensstrategien in der eigenen Lebensgeschichte zu erkennen. „Wie ist es dir gelungen, so weit zu kommen?“, ist eine klassische Frage des lösungsorientierten Ansatzes. Steve de Shazer und Insoo Kim Berg hatten diesen Therapieansatz entwickelt, der davon ausgeht, dass jeder Mensch Stärken und Fähigkeiten hat, auf denen bei der Suche nach Lösungen aufgebaut werden kann. Im Gespräch wird nach Ausnahmen gesucht, nach jenen Momenten, in denen das Problem etwas weniger bedrückend war. Dabei werden Verhaltensweisen und Fähigkeiten sichtbar, die die Lösung in sich tragen. Der lösungsorientierte Ansatz geht von der Annahme aus, dass Veränderungen stets stattfinden und jedeR die Zukunft selbst gestalten kann. Der Beratende unterstützt durch hilfreiche Fragen die KlientInnen, die eigenen Ziele zu definieren, die eigenen Ressourcen und Fähigkeit zu erkennen und Lösungen zu finden.

Heute wird der lösungsorientierte Ansatz in verschiedenen Kontexten angewendet. Denn mehr noch als eine Methode ist er eine Grundhaltung, die jeden Menschen als Expertin und Experte des eigenen Lebens anerkennt. Diese Haltung wird begleitet von der Kunst, die richtigen Fragen zu stellen. So auch in der Erinnerungsarbeit.



„Die Geschichte meines Lebens“. Memory Work in Haiti. Foto: aidsfocus.ch

... daraus habe ich gelernt, dass jede Person Potential hat“

Am Welt-Sozialforum 2007 in Kenia hat Irene Bush, Fachfrau und Beraterin für psychosoziale Arbeit bei terre des hommes schweiz, erstmals bewusst den lösungsorientierten Ansatz in der Erinnerungsarbeit eingesetzt. 21 junge Frauen und Männer zwischen 18 und 25 Jahren aus vier Kontinenten waren zusammengekommen, um an einem einwöchigen Workshop ihre eigene Body Map zu gestalten. Die Jugendlichen zeichneten und malten in der lebensgrossen Silhouette ihres Körpers ihre eigene Biographie.

Irene Bush leitete die Jugendlichen mit gezielten Fragen an, sich beim Malen, Reflektieren und Miteinander-Teilen auf die Fähigkeiten und Lösungen zu konzentrieren und sie symbolisch auszudrücken. Statt Wunden oder schlecht verheilte Narben einzuzeichnen markierten sie in ihrem Körper den Ort der Kraft mit einem Symbol. Neu nutzte Irene Bush zur kreativen Gestaltung die Idee des Triptychon: Durch die Dreiteilung des Gemäldes wird die zentrale Figur betont, die gegenwärtige Wahrnehmung des Selbst. Die linke Seite enthält Erfahrungen aus der Vergangenheit, welche die Identität geprägt haben, während die rechte Seite des Bildes die Zukunftspläne symbolisiert. Im Gespräch wird nach Wegen gesucht, dahin zu gelangen. Dabei werden das Potential und die Fähigkeiten jedes ein-

zelenen gewürdigt und als Ausgangspunkt für Veränderungen genommen.

„Der Workshop war ein wichtiger Augenöffner“, schrieb ein Teilnehmer in der Evaluation. „Er zeigte mir, wie notwendig es ist, sich und seine Stärken und Schwächen zu kennen und auch seine Lebensvision auszudrücken.“ Eine andere Teilnehmerin betonte, wie sie sich eins mit ihrem Bild fühlte und im Prozess viel lernte: „Der Body Map-Workshop hat mir geholfen, ungenutzte Fähigkeiten zu entdecken - das ist Malen - und daraus habe ich gelernt, dass jede Person Potential hat, das im richtigen Umfeld und dem richtigen Einfluss freigesetzt werden kann. Ich wusste nicht, wie ich meine Zukunft durch eine Zeichnung ausdrücken könnte. Ich habe es dann getan und die Leute wissen lassen, wer ich wirklich bin.“

Die Erinnerungen wertschätzen

aidsfocus.ch hatte im Jahr 2006 in Zusammenarbeit mit terre des hommes schweiz ein Toolkit zu Memory Work herausgegeben. Diese hat bei VertreterInnen von Hilfswerken in der Schweiz und ihren Partnern im Globalen Süden, insbesondere im südlichen und östlichen Afrika, grossen Anklang gefunden. Es schien in diesen Regionen ein Bedürfnis für psychosoziale Unterstützung von HIV- und aidsbetroffenen Menschen zu entsprechen. Aus wertvollen Rückmeldungen aus verschiedenen

Ländern lernten wir, dass der Memory Work Ansatz auch in anderen Kontexten anwendbar und hilfreich ist.

Die grösste Neuerung der überarbeiteten Ausgabe des Toolkits mit dem Titel „Treasure Memories“ (zu übersetzen mit „die Erinnerungen wertschätzen“ oder „Schatz der Erinnerungen“) ist der konsequente Einbezug des lösungsorientierten Ansatzes. Damit wird Erinnerungsarbeit vertieft und erweitert und in zukunftsbejahende Bahnen gelenkt. Indem die Betreffenden als ExpertInnen ihres Lebens anerkannt werden, gewinnen sie an Selbstvertrauen, Zuversicht und Mut, die eigene Zukunft in neuem Licht zu sehen und sie zu gestalten.

Das neue Toolkit enthält Geschichten und Erfahrungen mit verschiedenen Formen von Memory Work in Afrika, Asien, Zentralamerika und in der Schweiz, Handbücher für GruppenleiterInnen sowie den Film „Kraft der Erinnerung“. Es erscheint erstmals vier-sprachig: englisch, französisch, deutsch und portugiesisch. Die portugiesische Version entspricht dem grossen Wusch von Partnerorganisationen in Mosambik, einem von Aids stark betroffenen Land des südlichen Afrikas, denen mangels englischer Sprachkenntnisse Memory Work bisher nicht zugänglich war. Es erscheint auch auf deutsch, denn Memory Work kann in der Schweiz erfolgreich eingesetzt werden. Die lösungsorientierte Erinnerungsarbeit ist ein vielversprechender Ansatz und nützt nicht nur aidsbetroffenen Menschen, sondern all jenen, die sich bewusst mit dem eigenen Leben - und Sterben - auseinander setzen wollen. Zurzeit sind Möglichkeiten von Memory Work in der Arbeit mit krebserkrankten Kindern und Erwachsenen in der Schweiz und in Uganda in Diskussion.

HELENA ZWEIFEL

Geschäftsführerin von Medicus Mundi Schweiz und Netzwerk Gesundheit für alle; Koordinatorin der Fachplattform aidsfocus.ch. hzweifel@medicusmundi.ch

Das neue Toolkit zu lösungsorientierter Erinnerungsarbeit „Treasure Memories“ wird am 18. Juli 2010 an der Weltaidskonferenz in Wien lanciert und kann bezogen werden bei aidsfocus.ch/ Medicus Mundi Schweiz, www.aidsfocus.ch. Informationen und Kontakt: info@aidsfocus.ch



wikimedia commons

Auslagerung von Spitälern der Zweiklassenmedizin Tür und Tor öffne. Dies scheint zumindest bis jetzt nirgends der Fall zu sein, wo öffentliche Spitäler verselbständigt wurden. Schnelle Investitionsentscheide mit kurzfristiger Wirkung bergen jedoch die Gefahr von Fehlentscheidungen. Diese können ebenfalls zu Sparmassnahmen führen. Gespart wird im Allgemeinen bei den grossen Posten. Im Gesundheitswesen sind das die Personalkosten. An den Löhnen der hoch qualifizierten MitarbeiterInnen kann kaum gespart werden (Abwanderungsgefahr, Rekrutierungsschwierigkeiten). Also wird beim weniger qualifizierten Personal gespart, etwa in der Hauswirtschaft sowie bei den Reinigungs- und Hilfsdiensten. Dies funktioniert immer nach denselben Prinzipien: Ein Dienst wird ausgelagert, d.h. einer privaten Firma übergeben. Im ersten Jahr gelten im besten Fall dieselben Bedingungen wie früher, dann wird reorganisiert. Die Anforderungen werden erhöht, die Bedingungen der Taggeldversicherung werden verschlechtert, die Pensionskassenleistungen reduziert. Beispiele dafür sind in der Region Basel der Reinigungsdienst im St. Claraspital AG und die Telefonzentrale im Felix Platter-Spital. Die Auslagerung wird als bittere Pille verkauft, als schicksalhafte Notwendigkeit dargestellt, der Widerstand dagegen als Privilegienhüterei verunglimpft.

Auslagerung als schicksalhafte Notwendigkeit verkauft

Verselbständigung der Basler Spitäler

Ende März hat Gesundheitsdirektor Carlo Conti dem Kantonsparlament von Basel-Stadt einen Vorschlag zur organisatorischen Verselbständigung der öffentlichen Spitäler präsentiert. Dass diese selbständige Unternehmen werden sollen, stellt er als unabwendbar dar. Dennoch drängen sich Fragen auf.

Conti begründet die Ausgliederung der Spitäler wie die Regierungen aller anderen Kantone, die in den letzten Jahren einen solchen Schritt vollzogen haben, mit der notwendigen Verbesserung der Konkurrenzfähigkeit im Hinblick auf die DRG's (diagnosis related groups = Fallkostenauspauschalen), die im Jahre 2012 einge-

führt werden sollen, sowie der neuerdings freien Spitalwahl der PatientInnen innerhalb der Schweiz. Deshalb müssten die Spitäler konkurrenzfähiger werden. Dies lasse sich vor allem durch eine Beschleunigung von Investitionsentscheidungen bei der Beschaffung neuer diagnostischer und therapeutischer Technologien und der Verbesserung der Hotellerie erreichen. Diese Entscheidungen sollen den politischen Gremien entzogen und der Direktion sowie dem Verwaltungsrat übergeben werden.

Löhne unter Druck

Investieren bedeutet, Gelder bereitzustellen, die wieder hereingebracht oder irgendwo gespart werden müssen. Vor allem die Linke befürchtet(e), dass die

Fehlinvestitionen auch in Privatwirtschaft

Richtig ist, dass die Neuregelung der Spitalfinanzierung im eidgenössischen Krankenversicherungsgesetz (KVG) die Kantone zwingt, die öffentlichen Spitäler „bilanzfähig“ zu machen. Sie dürfen nicht mehr einfach eine Kostenstelle im Staatshaushalt sein, sondern müssen über eine selbständige Erfolgsrechnung und Bilanz verfügen. Denn die von den Versicherern und Wohnkantonen der Patienten zu entrichtende Vergütung soll künftig auch die Investitionen abdecken, die dazu buchhalterisch ausgewiesen werden müssen.

Ob es dazu nicht auch eine Lösung ohne rechtliche Verselbständigung gäbe, beantwortet die Vorlage von Gesundheitsdirektor Conti nicht. Eben-

falls keine inhaltliche Antwort gibt sie auf die zentrale Frage, warum nur ein privatisierter oder ausgelagerter Betrieb konkurrenzfähig agieren können soll, nicht aber ein Zweig der kantonalen Verwaltung. Warum im Gesundheitswesen ein Konkurrenzkampf um PatientInnen, die ja dann bezeichnenderweise plötzliche „KundInnen“ heissen, stattfinden muss, als wäre ein Krankenhaus ein Lebensmittelhändler wie Migros, der sich gegen Lidl durchzusetzen hat. Ebenso wenig wird thematisiert, dass auch in der privaten Wirtschaft immer wieder gigantische Fehlinvestitionen getätigt werden. Von diesen erfährt die Öffentlichkeit im Gegensatz zu Fehlinvestitionen in der Verwaltung erst etwas, wenn ein Unternehmen Konkurs geht.

Wer trägt die Verantwortung?

Es mag sein, dass es Gründe für eine Auslagerung gibt. Richtig ist auch, dass die Neuregelung der Spitalfinanzierung auf eidgenössischer Ebene für eine gewisse Konkurrenz zwischen den Spitälern sorgt. Zu erwarten wäre vom Gesundheitsdirektor des Kantons Basel-Stadt jedoch zumindest eine plausible Erklärung, warum die Auslagerung notwendig ist und ob es allenfalls Alternativen dazu gibt. An einen Ratschlag zur Auslagerung der Spitäler sollten zudem folgende Forderungen gestellt werden: Sicherungen gegen eine Zweiklassenmedizin und eine Schlechterstellung der unteren Einkommensgruppen unter dem Spitalpersonal sowie eine klare Benennung der Verantwortlichkeiten für Investitionen und vor allem Fehlinvestitionen.

Ebenfalls unbefriedigend ist der Entwurf aus dem Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, weil er das Kantonsparlament sehr weitgehend entmachten will. So soll die Kantonsregierung den Verwaltungsrat der Spitäler in eigener Kompetenz wählen können. Im Kanton Zürich, wo das Kantonsspital Winterthur und das Universitätsspital ebenfalls in eine selbständige öffentlich-rechtliche Anstalt umgewandelt wurden, muss das Kantonsparlament die Wahl des Spitalrats immerhin genehmigen.

DANIEL GELZER

Wohin führt uns die fallpauschalisierte Medizin?

Zugegeben: die Idee der genau - und möglichst schon im voraus - berechenbaren Kosten, die ein Patient durch Behandlung seiner Krankheit im Spital verursacht wird, ist bestechend. So wird die vielzitierte Kostenexplosion im Gesundheitswesen überschaubar und steuerbar, denken viele Politiker, Ökonomen und Mediziner sowie auch manche Versicherte, deren Krankenkassenprämien stetig zu steigen drohen.

Jeder Erkrankte bekommt, je nach «Fallgewicht», das bedeutet, nach der Schwere seines Krankheitsbildes, die Behandlung, die er braucht, und die anfallenden Kosten sind im voraus festgelegt. Soweit tönt alles nach einem mathematisch gut durchdachten und logischen System. Was passiert aber, wenn die effektiven Kosten die vorgegebene Pauschale überschreiten, wenn z.B. Komplikationen den Heilungsprozess verzögern? Und wenn infolgedessen die «normale» Aufenthaltsdauer des Patienten im Spital nicht ausreicht, sondern verlängert werden muss? Dann muss uns in Zukunft nicht nur der betroffene Kranke leid tun, sondern ebenso die behandelnde Klinik. Diese erleidet nämlich in diesem Fall einen Verlust, den sie anderswo wieder wettmachen muss.

Wer in dieser fallpauschalisierten Spitalwelt zu oft die Pauschalen überschreitet - weil vielleicht viele betagte und schwerkranke Patienten behandelt werden müssen - der wirtschaftet schlecht, ist nicht wettbewerbsfähig im Vergleich mit anderen Kliniken und muss wahrscheinlich über kurz oder lang sein Haus schliessen, aus rein finanziellen Gründen natürlich...

Der Kampf der einzelnen Spitäler um Wettbewerbsfähigkeit und Überleben mit den DRG bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die Patienten. Sie werden nach überstandener Krankheit eventuell zu früh entlassen und kommen mit Beschwerden, z.B. Fieber und Schmerzen, nach wenigen Tagen wieder zurück

ins Spital. Manchmal ist der zweite Spitalaufenthalt dann erheblich kostspieliger als der erste. Wie zum Beispiel bei einer achtzigjährigen Frau, die nach einer problemlosen Leistenbruchoperation bereits am nächsten Tag nach Hause entlassen wird, dort einen Schwächeanfall erleidet und danach weitere zwei Wochen mit einem Oberschenkelhalsbruch im Spital behandelt werden muss. Es kann auch passieren, dass bei einem Kranken ein dringend benötigter Eingriff nicht durchgeführt wird, weil er mit seinen Vorerkrankungen oder altersbedingt für die Spitalrechnung ein zu grosses Risiko darstellen würde. Oder ein schwerkranker betagter Patient wird vielleicht kurz vor seinem Tod noch in ein weiter entferntes Pflegeheim verlegt, damit er die Kostenrechnung des Akutspitals nach DRG's nicht über Gebühr strapaziert.

Die fallpauschalisierte Medizin führt mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem Qualitätsabbau in der Grundversorgung an öffentlichen Spitalern. Viele kleinere und mittlere Kliniken mit gut funktionierender Akutmedizin werden aus wirtschaftlichen Gründen schliessen müssen.

Besonders hart wird es die allgemein Versicherten und damit die ärmeren Bevölkerungsschichten treffen. Sie können nicht mehr mit allen Leistungen rechnen, die unser Gesundheitswesen zu bieten hat. Besser geht es den Privatversicherten, also den reicheren Patienten, denn sie können wie bisher von allen medizinischen Angeboten profitieren.

Die Entwicklung mit den Fallkostenpauschalen geht also in die Richtung einer weniger sozialen und weniger humanen Medizin.

HELENE VERMEULEN, VUA

VUA

VUA. Vereinigung unabhängiger Ärztinnen und Ärzte. PF 2309. 8031 Zürich
www.vua.ch / sekretariat@vua.ch

Humanforschungsgesetz muss restriktiv werden

Wie zu erwarten, wurde in der Volksabstimmung vom 7. März der Verfassungsartikel über die Forschung am Menschen mit deutlicher Mehrheit angenommen. Die eigentliche Auseinandersetzung kann nun beginnen: Der Basler Appell gegen Gentechnologie fordert, dass das anstehende Humanforschungsgesetz die fremdnützige Forschung an Urteilsunfähigen nur unter hohen Auflagen zulässt.

Anfang März gab es bei der Volksabstimmung um den neuen Verfassungsartikel über die Forschung am Menschen leider keine Überraschung. Mit deutlichem Mehr nahmen die Stimmberechtigten den Verfassungsartikel an, der alle Belange der Forschung am Menschen auf nationaler Ebene regeln wird. So wurde auch der Weg frei gemacht für das Humanforschungsgesetz, das im Entwurf schon steht und voraussichtlich ab April im Parlament beziehungsweise in den entsprechenden Kommissionen beraten werden wird.

Ethischer Dammbbruch

Mit dem neuen Verfassungsartikel findet auch die umstrittene fremdnützige Forschung an Urteilsunfähigen Eingang in die Verfassung. Dieser Dammbbruch wurde vom Basler Appell gegen Gentechnologie als schweizweit beinahe einziger Organisation öffentlich bekämpft. Nicht nur aus ethischen Gründen ist die fremdnützige Forschung an Kindern, AlzheimerpatientInnen und geistig Behinderten nach wie vor inakzeptabel, sondern auch aus rechtlichen Gründen. Obwohl es nicht gelang, eine breite Öffentlichkeit für den Widerstand zu mobilisieren, wurde immerhin eines der Ziele erreicht: Durch die hartnäckige Kritik des Basler Appells gegen

Gentechnologie an den heiklen Punkten des Verfassungsartikels fanden die Gegenargumente zumindest öffentlich Gehör.

Menschenwürde oder Forschungsfreiheit?

Der jetzt gutgeheissene Verfassungsartikel gibt die Rahmenbedingungen für die Forschung am Menschen vor. Als nächstes steht die Diskussion des Humanforschungsgesetzes an. Der Basler

Appell gegen Gentechnologie wird sich aktiv in die Diskussion einschalten, wenn es darum geht, die Kompetenzen der zuständigen Ethikkommissionen zu regeln, den Umgang mit gesundheitsbezogenen und genetischen Daten festzuschreiben und Haftungsfragen zu definieren. Gerade jene Kreise aus SP und CVP, die im Vorfeld der heutigen Abstimmung den Schutzgedanken hochhielten und für ein Ja warben, müssen jetzt zeigen, dass ihnen der Schutz der Menschenwürde tatsächlich wichtiger ist als die absolute Forschungsfreiheit.



Großbritannien: DNA-Sammelwut

Dass in Großbritannien die Zahl der Verhaftungen von Jahr zu Jahr ansteigt, obwohl die Zahl der Verbrechen beständig sinkt, hat einen einfachen Grund: Die Polizei nimmt Menschen oft nur fest, um ihnen DNA entnehmen und ihr Profil in der polizeilichen Datenbank speichern zu können. Das ist ein Ergebnis der mehr als zweijährigen Untersuchung der Human Genetics Commission. Bei der Vorstellung des Abschlussberichtes mit dem Titel „Nichts zu verbergen, nichts zu befürchten? Die Balance zwischen individuellen Rechten und öffentlichem Interesse bei der Steuerung und Nutzung der Nationalen Datenbank“ verwies der Sprecher der Kommission, Jonathan Montgomery, zudem auf ein weiteres, besonders pikantes Missverhältnis: Etwa 75 Prozent aller im Königreich lebenden schwarzen Männer zwischen 18 und 35 Jahren sind bereits in der Datenbank gespeichert und damit deutlich überrepräsentiert. Auch steigt der Anteil der Unschuldigen

an den mittlerweile mehr als fünf Millionen Datensätzen kontinuierlich, weil die Einträge unabhängig vom Ausgang der Ermittlung gespeichert bleiben dürfen. Daran hat auch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte bislang nichts geändert, der diese Praxis als menschenrechtswidrig verurteilt. Die Human Genetics Commission fordert nun klare rechtliche Regeln über die Verwendung der Datensätze und hohe Strafen für deren Missbrauch. Sie kritisiert, dass es nie einen Parlamentsbeschluss zur Datenbank gegeben hat und deren Nutzung keiner Kontrolle unterliegt. Außerdem fordert die Kommission, Verfahren zum Austausch von Geninformationen europaweit abzustimmen und zu standardisieren.



Probandenhunger im Internet

Ob Gentherapie oder personalisierte Medizin: Die explodierende biomedizinische Forschung erzeugt einen steigenden Bedarf an Menschen, die sich mehr oder weniger freiwillig für klinische

Tests zur Verfügung stellen. Firmen, die unter Druck stehen, klinische Studien fristgerecht abzuschließen - bei weniger als 20 Prozent gelingt das - engagieren gewöhnlich Auftragsunternehmen, die die Durchführung der Studien inklusive «Rekrutierung» der Patienten übernehmen. Zunehmend wird der Probandenherkunft der Pharma- und Biotech-Unternehmen aber auch über das Internet bedient: Plattformen, in denen sich Patienten krankheitsbezogen austauschen können, bieten sich dafür an. Die Patienten tauschen sich ja nicht nur aus, sondern geben auch Details ihrer Krankengeschichte preis. So etwa bei PatientsLikeMe.com, wo aktuell 40.000 Menschen registriert sind. Medikamentierung, Einnahmezeiträume, Wirkungen und Nebenwirkungen gehören zu den Rubriken, die für ein Login auszufüllen sind. Verkauft werden von dem Startup-Unternehmen «PatientsLikeMe» dann - angeblich anonymisierte - Datensätze. Andere Plattformen schließen mit Konzernen direkt so genannte Partnerschaftsverträge ab, so zum Beispiel ein Portal für an Multipler Sklerose Erkrankte mit 13.000 registrierten PatientInnen mit Novartis. Novartis nutzt die Plattform dann zur «Rekrutierung» von Versuchspersonen. Der Selbstinitiative sind dabei keine Grenzen gesetzt: In mindestens einem Fall sollen PatientInnen die Erprobung eines möglichen Heilmittels im Selbstversuch organisiert haben.



Forschungsverbund Krebsgenom: Zugpferd Individualisierte Medizin

Seit Anfang Januar ist auch ein deutscher Forschungsverbund bei dem im April 2008 gegründeten Internationalen Krebsgenom-Konsortium (ICGC) eingestiegen, dem bereits Forschungszusammenschlüsse in Großbritannien, Kanada, den USA, Australien, Indien, Japan, China, Frankreich und Spanien angehören. Das ICGC mit Sitz im kanadischen Bethesda will die weltweite Genomforschung an Tumoren - ähnlich

wie die Human Genome Organisation beim Humangenomprojekt - koordinieren und standardisieren. Die Datenmengen bei der Krebsgenomforschung übersteigen die des Humangenomprojektes allerdings um ein Vielfaches, weil sowohl DNA aus gesundem wie aus Tumorgewebe sequenziert wird, um Veränderungen zu erkennen. Zudem unterscheiden sich die DNA-Veränderungen nicht nur von Tumor zu Tumor, sondern auch von Patient zu Patient. Der deutsche Forschungsverbund wird vom BMBF und der Deutschen Krebshilfe mit insgesamt 15 Millionen Euro über fünf Jahre gefördert. Untersuchungsgegenstand sind Hirntumoren bei Kindern. Etwa 600 Tumorproben sollen systematisch und möglichst umfassend molekular analysiert werden, um neue Ansatzpunkte für Therapien und Biomarker für eine präzisere Diagnostik zu finden. Gesucht wird außerdem nach molekularen Testmöglichkeiten für Wirksamkeit und Nebenwirkungen von Medikamenten.



Rumänien/Israel: Illegaler Eizellhandel

Wegen Eizellhandel, organisierter Kriminalität und der Ausübung medizinischer Tätigkeiten ohne Genehmigung hat die rumänische Polizei gegen organisierte Kriminalität in der Bukarester Sabyc-IVF-Klinik drei Ärzte festgenommen und weitere dreißig Personen unter Hausarrest gestellt. Die Klinik unter der Leitung eines israelischen Gynäkologen hatte ohne Zulassung mehr als 1'200 IVF-Zyklen an deutschen, israelischen, britischen und italienischen Klientinnen durchgeführt, die 10'000 bis 15'000 Euro pro IVF-Behandlung bezahlt hätten. Besonderes Aufsehen rief hervor, dass das Klinikteam Frauen für den in Rumänien verbotenen Eizellverkauf geworben hatte. Pro Zyklus wurden laut Zeitungsberichten zwischen 130 und 280 Euro gezahlt. Die Eizellen stammten von Studentinnen und von Roma-Frauen, von denen einige erst fünfzehn Jahre alt waren. In Israel ist die Eizell-

spende für Frauen, die sich nicht selbst einer IVF-Behandlung unterziehen, verboten. Eine Gesetzesreform, die unbezahlte Eizellspenden erlauben soll, wurde nach diesen Vorfällen vorerst auf Eis gelegt. Diese sei ohnehin ungenügend, so die feministische Organisation Isha L'Isha aus Haifa. «Wir wenden uns dagegen, dass der Kinderwunsch erfüllt wird, indem die Notlage anderer Frauen ausgebeutet wird.» Unerlässlich seien vor allem eine internationale Kooperation zur Kontrolle des Eizellhandels sowie «andere nicht ausbeuterische Möglichkeiten für diejenigen, die den Ausweg aus ihren finanziellen Schwierigkeiten im Eizellhandel suchen».

Bitte schicken Sie mir gratis
folgendes Info-Material:

- ... Ex. «Älter, klüger, schneller – Gentech macht's möglich», Broschüre
- ... Ex. «Agrotreibstoffe – Gentech im Tank», Broschüre
- ... Ex. «Biobanken», Broschüre
- ... Ex. «Check und weg: Präimplantationsdiagnostik (PID), Broschüre
- ... Ex. «Gen-Test am Embryo», Broschüre
- ... Ex. «Gentests – das gefährliche Versprechen», Broschüre
- ... Ex. «Biobanken», Broschüre
- ... Ex. «Embryonenführer», Broschüre
- ... Ex. «Basler Appell gegen Gentechnologie», Faltblatt
- ... Ex. «Von Embryonen und Stammzellen», Faltblatt
- ... Ex. «Gentechnisch hergestellte Medikamente», Faltblatt
- ... Ex. «Gentherapie», Faltblatt
- ... Ex. «Genom-Analyse und Gen-Tests», Faltblatt
- ... Ex. «Organspende», Faltblatt
- ... Ex. «Xenotransplantation», Faltblatt
- ... Ex. «Deklaration gentechnisch veränderter Lebensmittel in der Schweiz», Faltblatt
- ... Ex. «Rundbrief AHA!», Probeexemplar
- ... Ex. «Pressespiegel Gentechnologie», Probeexemplar
- ... Ex. «Gentechfrei-wir sind dabei!», Dossier

Einsenden an:
Basler Appell gegen Gentechnologie,
Postfach 205, 4013 Basel

Sie finden uns auch unter www.baslerappell.ch



zorah flickr

ten kopflös umher und versuchten, ihre Familienangehörigen zu finden. Es gab Leute, die sich einfach mitten auf die Strasse setzten, sich an den Händen hielten und gemeinsam beteten und sangen. Verletzte wurden weg transportiert – von Hand, auf Motorfahrzeugen, auf Autos. Irgendwann waren alle Strassen verstopft und es gab kein Durchkommen mehr. Jedes zweite Haus schien zusammengefallen zu sein. Wir hatten den Eindruck, dass wirklich niemand verschont geblieben war.

Mit den Händen in den Trümmern graben

Die Tage danach waren ein totales Drama. Die Menschen campierten alle auf den Strassen mit dem Allernötigsten. Es gab keine Toiletten, die Notdurft wurde auf der Stasse verrichtet. Die Leute suchten mit baren Händen nach den Vermissten in den Trümmern. Sie versuchten auch ihr Hab und Gut aus den Trümmern zu bergen, um wenigstens noch etwas zu haben. Überall waren noch Menschen eingeschlossen und die Angehörigen versuchten, mit ihnen zu kommunizieren. Am zweiten Tag lagen bereits überall Leichen in den Strassen herum, nur mit einem Leintuch bedeckt. Im Leichenhaus stapelten sich die Leichen bergweise. Am dritten Tag begannen die Menschen, die Leichen auf der Strasse zu verbrennen – aus Panik vor Krankheiten. Alle die konnten, hatten sich Masken besorgt oder ein Tuch umgebunden, um den beissenden Geruch von Kot und verwesenden Leichen zu ertragen. Die Beschaffung von Nahrungsmitteln wurde immer schwieriger. Im Stadion waren die Verletzten hingebbracht worden und warteten seit dem Beben auf medizinische Hilfe. Die wenigen Spitäler, die noch standen, waren restlos überfüllt und komplett überfordert. Bei jedem Nachbeben schien die ganze Stadt aufzuschreien, darauf folgte Singen und Beten.

Helfen und selbst bedürftig sein

Auch in unserem Partnerprojekt war die Situation äusserst schwierig. Das Haus wurde teilweise zerstört, von den Mädchen wussten wir noch nichts, es würde

Die eigene Handlungsfähigkeit ist eine wichtige Hilfe

Bericht von der Erdbebenkatastrophe in Haiti

IAMANEH-Mitarbeiterin Maja Loncarevic wollte auf Projektbesuch bei ihrem haitianischen Partnerprojekt für Strassenmädchen, als sie am 12. Januar vom katastrophalen Erdbeben überrascht wurde. Hier schildert sie ihre Eindrücke.

An jenem Dienstag, dem Tag des Bebens, deutete nichts auf die bevorstehende Katastrophe hin. Es war ein normaler Arbeitstag. Wir hatten im Strassenmädchenzentrum unseres lokalen Projektpartners Centre d'Appui Familial CAFA gearbeitet, ich hatte in Gesprächen mit den Strassen-

mädchen versucht, mir einen Einblick in ihren schwierigen Lebensalltag zu verschaffen. Danach waren wir unterwegs, um andere Projekte zu besuchen. Das Beben überraschte uns in einem Vorort von Port-au-Prince. Die Erde bebte unglaublich, als ob sich der Boden unter uns meterweise verschob, hin und her. Und ebenso verschob sich in diesem Moment für uns alle die Realität nachhaltig. In diesem Moment hatte ich gar keine Gefühle. Es ging ums nackte Überleben.

Familienangehörige finden

Die ersten Stunden nach dem Beben waren das reinste Chaos. Die Leute rann-

auch schwierig sein, sie zwischen all den Menschen irgendwo in der Stadt zu finden. Die Projektmitarbeiterinnen schienen Glück gehabt zu haben, es war niemand ums Leben gekommen, aber die meisten hatten ihre Häuser verloren. Auch unsere Projektleiterin Kettely hatte kein Dach mehr über dem Kopf und campierte mit ihrer 96-jährigen Mutter auf der Strasse. Es ist eine sehr schwierige Situation, weil die Leute aus dem Projekt selbst so bedürftig sind und man gleichzeitig auch den Strassenmädchen und überhaupt allen Menschen, denen es noch schlimmer ergangen ist, zu Hilfe eilen sollte.

Schwierige Orientierung im Netzwerk der Hilfsorganisationen

Seit meiner Rückkehr in die Schweiz dreht sich in meinem Arbeitsalltag alles nur noch um Haiti. Die Übergänge ins Privatleben sind fliegend, Feierabend und Wochenende haben keine Bedeutung. Aber das ist gut so, denn das gibt mir das Gefühl, nicht abgeschnitten zu sein von den Menschen dort und von hier aus etwas Sinnvolles tun zu können. Zuerst ging es darum, das Überleben der Mitarbeitenden unseres Partnerprojekts für die nächsten Wochen zu sichern, damit sie überhaupt wieder handlungsfähig werden konnten. Wir versuchten auch, sie emotional so gut es ging zu unterstützen und standen fast täglich im Telefonkontakt mit ihnen. Ausserdem setzten wir alles daran, ihnen Zugang zu den angelaufenen Hilfsaktionen zu verschaffen, um sie mit Nahrungsmitteln, Medikamenten, Wasser, Hygieneartikeln, Zelten, Betten und Decken für sich selbst und die Menschen im Umfeld des Projektes zu versorgen. Dabei ist uns bewusst geworden, wie wenig Zugang zu Informationen unsere lokalen Projektpartner haben und wie schwierig es für sie ist, sich in dem riesigen Netzwerk internationaler Hilfsorganisationen zu orientieren. Während breit angelegt geplant und verhandelt wird, wie die nächsten Monate in Haiti zu bewältigen sind, wie der Wiederaufbau an die Hand zu nehmen ist und wie Perspektiven für dieses Land ohne Perspektiven aussehen könnten, wissen die Menschen in den Quartieren von Port-au-

Eine Zeitrechnung vor und nach dem 12. Januar

m.l. Was lässt sich mehrere Wochen nach dem verheerenden Beben in Haiti, berichten, ohne zum x-ten Mal zu wiederholen, was schon hundertfach geschrieben und erzählt worden ist? Das damals Erlebte ist heute längst nicht mehr aktuell. Die grosse Maschinerie der überlebenswichtigen Nothilfe ist inzwischen zum Glück in vollem Masse angelaufen und produziert tagtäglich hunderttausende Informationen und Aktionen. Die Hilfe kommt an, liest man heute überall und atmet auf. Und die unzähligen Hilfsorganisation, welche in Haiti tätig sind, designen jetzt am Laufmeter Projekte – für die Nothilfephase,

den Wiederaufbau und die langfristige Entwicklung des Landes. Dennoch beschleicht einen das seltsame Gefühl, dass die Menschen selbst, denen diese unermessliche Katastrophe widerfahren ist, in den letzten Wochen immer mehr aus dem öffentlichen Blickwinkel verschwunden sind. Für sie und für mich, die das Beben hautnah mit Leib und Seele erlebt haben, gibt es seither eine Zeitrechnung vor und nach dem 12. Januar.

Spenden Sie für den Wiederaufbau in Haiti! IAMANEH Schweiz, PC40-637178-8, Vermerk: Haiti

Prince und anderswo nach wie vor nicht, wie sie den nachfolgenden Tag bewältigen sollen.

Den Partnern vor Ort Zeit lassen

Kettely und ihr Team haben es inzwischen zwar geschafft, vor den Ruinen ihres Zentrums ein Provisorium einzurichten, wo sie den Strassenmädchen und anderen bedürftigen Kindern und Jugendlichen aus dem Quartier einen Anlaufort, eine warme Mahlzeit, strukturierte Zeit mit Spielen, Gesprächen, Gruppenaktivitäten und psychosoziale Betreuung bieten. Sie haben die Strassenmädchen in den zerstörten Strassen von Port-au-Prince gesucht und 75% der Mädchen wieder aufgefunden und suchen weiter nach den anderen. Und sie setzen sich im Team aktiv mit den Herausforderungen des neuen Alltags nach dem Beben auseinander, um den Kindern im Projekt und anderen Betroffenen möglichst professionelle und kontextangepasste Unterstützung bieten zu können. Doch sie signalisieren uns auch ganz klar, dass es Zeit braucht, bis wieder eine gewisse Ordnung und Alltag einkehren kann. Und dass es unmöglich ist, vor dem Heute und Morgen schon das Übermorgen zu planen. Für

mich ist das eine zentrale Botschaft. Im allgemeinen Aktivismus unter den Hilfswerken betreffend Haiti müssen wir lernen, unsere Planungsansprüche zurückzunehmen und unseren Partnern vor Ort Zeit lassen, sich selbst zu organisieren. Denn auch wenn die internationale Hilfe unabdingbar ist, müssen die Menschen vor Ort selbst Akteure ihres Wiederaufbaus werden können. Diese Erkenntnis hilft mir, gegen meinen täglichen Drang, selbst nach Haiti zurückzukehren und unser Partnerprojekt in der Selbstorganisation und Vernetzung aktiv zu unterstützen, anzukämpfen. Empowerment als wichtiger Schritt zur Verbesserung der eigenen Lebenssituation und als Beitrag zur Entwicklung beginnt bei der eigenen Handlungsfähigkeit. Die neue Zeitrechnung Haitis sollte in diesem Zeichen stehen.

MAJA LONCAREVIC

Die ehemalige DEZA-Mitarbeiterin Maja Loncarevic (41) arbeitet für die Basler Entwicklungsorganisation IAMANEH Schweiz. Die Ethnologin ist Verantwortliche für die Programmbegleitung im Westbalkan, in Togo und in Haiti. Während des Erdbebens vom 12. Januar 2010 weilte sie in Port-au-Prince auf Projektbesuch bei ihrem haitianischen Partnerprojekt für Strassenmädchen.



Anleitung zur Entgiftung von Lebensmitteln.

24 Jahre Tschernobyl

Leben mit der Verseuchung auf Lebzeiten

Die Reaktorkatastrophe von Tschernobyl liegt jetzt 24 Jahre zurück. Nach wie vor muss die Bevölkerung in den betroffenen Gebieten einschränkende Vorsichtsmassnahmen einhalten, um sich so gut wie möglich vor der radioaktiven Strahlenbelastung zu schützen. Das Zubereiten von Mahlzeiten unter diesen Bedingungen ist aufwändig.

PETRA SIGRIST*

Mitten in der Nacht explodierte am 26. April 1986 im ukrainischen Atomkraftwerk Tschernobyl der Reaktor Nummer vier, nachdem der Kern bei einem Experiment überhitzte und daraufhin die Lage völlig ausser Kontrolle geriet. Bei der Explosion wurde Strah-

lung freigesetzt, deren Menge auf 50 Millionen Curie bis 250 Millionen Curie geschätzt wird, was bedeutet, dass bei der grössten zivilen Atomkatastrophe in Tschernobyl das zerstörerische radioaktive Potenzial von mindestens hundert Atombomben entfesselt wurde.

Aus dem zerstörten Reaktor entwichen in den Tagen nach dem Unfall mehr als vierzig verschiedene Radionuklide, welche durch die heissen Gase des brennenden Reaktors teilweise in Höhen von mehr als 1'500 Metern getragen wurden. Gesteuert von unterschiedlichen Wetterverhältnissen verteilte sich die Radioaktivität grossräumig bis nach Skandinavien, Polen, zum Balkan, aber auch nach Süddeutschland, Nordfrankreich und England. In Weissrussland, Russland, der Ukraine und der Republik Moldau verteilten lokale Regenschauer die Radioaktivität** sehr ungleichmässig. So kommt es, dass hoch

belastete Flächen oft dicht neben nur gering verseuchten Landstrichen liegen. Das Gebiet um Gomel in Weissrussland ist beispielsweise ebenso stark belastet wie Flächen in unmittelbarer Umgebung des Reaktors in Tschernobyl/Ukraine.

Nachdem am 27. April in Schweden erhöhte Radioaktivitätswerte gemessen wurden, informierten die Behörden auch die einheimische Bevölkerung. Sechsenddreissig Stunden nach dem Unfall wurde zunächst die vier Kilometer vom Reaktorkomplex entfernt gelegene und eigens für die Beschäftigten angelegte Stadt Pripjat mit 45'000 Einwohnern evakuiert. Man sagte den Menschen, dass sie nach drei Tage wieder in ihre Häuser zurückkehren dürften, die Stadt ist jedoch seitdem unbewohnt, nachdem das Gebiet zur Sperrzone erklärt wurde. Die Bewohner der sechundsiebzig Siedlungen, welche in

einem Radius von dreissig Kilometern um den Reaktor liegen, mussten in den darauf folgenden Tagen ihre Häuser verlassen, so dass innerhalb von zehn Tagen mehr als 180'000 Menschen in weniger stark verseuchte Gebiete umgesiedelt wurden.

Ein Leben in radioaktiv belasteter Umwelt

Trotz des Wohnverbots in der Sperrzone und Umsiedlungsmassnahmen der Regierung in weniger belastete Zonen, leben heute in Weissrussland, dem Land, das durch die Reaktorkatastrophe am stärksten betroffen wurde, Russland, der Ukraine und der Republik Moldau mehrere Millionen Menschen in radioaktiv belasteten Gebieten. Insgesamt sind gegen sechs Millionen Menschen vom Reaktorunfall und seinen Folgen betroffen.

In den auf Lebzeiten hinaus radioaktiv belasteten Gebieten sind die betroffenen Menschen von der Reaktorkatastrophe gezeichnet, ihr Alltag ist geprägt durch Hoffnungslosigkeit, Armut und Krankheit. Es scheint als ob in diesen Gebieten körperliche und gesellschaftliche Leiden in einem endlosen sich selbstverstärkenden Kreislauf gefangen sind: Seit der Katastrophe hat sich die wirtschaftliche Lage in den verseuchten Gebieten massiv verschlechtert, die Arbeitslosigkeit ist ein grosses Problem. Das lokale Gesundheitswesen ist in einem desolaten Zustand und geeignete Einrichtungen und Ärzte fehlen, so dass die so wichtige medizinische Hilfe für viele Betroffene zu spät kommt. Vor allem Kinder und Jugendliche haben durch die schwierigen Lebensumstände der radioaktiv belasteten Umwelt geschwächte Immunsysteme, was sie anfälliger macht auf alle Arten von Krankheiten wie Asthma, Krebs, Diabetes, Magen-Darm-Krankheiten und psychosomatische Störungen. Folglich liegt die Kindersterblichkeit hier um einiges höher als in anderen Regionen. Zudem hat die Zahl der Neugeborenen mit schweren Missbildungen in den letzten Jahren stetig zugenommen.

Das internationale Gesundheits- und Ausbildungsprogramm Sozialmedizin von Green Cross Schweiz verfolgt mit dem Mutter-und-Kind-Projekt und

den dazugehörigen Mutterclubs in den Dörfern einen ganzheitlichen Ansatz unter Einbezug sozialer und ökologischer Aspekte. Zur Verbesserung ihrer Gesundheit, muss die Bevölkerung langfristig selbst Massnahmen ergreifen können. Der Transfer von Wissen zur Selbsthilfe ist entscheidend, weshalb Green Cross in den betroffenen Gebieten die Gründung von Mütterclubs, aber auch die Schulung von medizinischem Personal zur Behandlung der typischen Krankheiten fördert. Als Basis beinhaltet das Programm Sozialmedizin die Durchführung von Therapiecampen für schulpflichtige Kinder sowie Sana-

trollierte Lebensmittel aus der staatlichen Produktion zu kaufen.

Aus diesem Dilemma sieht man sowohl in der Ukraine als auch in Russland, Weissrussland und der Republik Moldau nur einen Ausweg, nämlich flächendeckende Informationsprogramme der betroffenen Menschen, mit dem Ziel zu verhindern, dass Radioaktivität unter anderem über die Nahrungskette in den menschlichen Körper kommt und diesen durch die langfristige Belastung schädigt. Denn neben angepassten Arbeitsmethoden für die Landwirtschaft und der regelmässigen Prüfung der Nahrungsmittel auf ihre Verseu-



Von den gesundheitlichen Folgen der Reaktorkatastrophe besonders stark betroffen sind Menschen, die sich mit selbst produzierten und gesammelten Nahrungsmitteln versorgen.

toriumsaufenthalte für Mütter mit ihren Kleinkindern mit Ernährungskursen für die situationsgerechte Zubereitung des Essens.

Von den gesundheitlichen Folgen der Reaktorkatastrophe besonders stark betroffen sind Menschen, die sich mit selbst produzierten und gesammelten Nahrungsmitteln versorgen. Das ist vor allem die ärmere, ländliche Bevölkerung, wobei hauptsächlich Familien mit vielen Kindern, aber auch Jäger und Förster zur Risikogruppe gehören. Die Verdosis liegt bei dieser Gruppe oftmals weit über der durchschnittlichen Dosis der restlichen Bevölkerung, da sie 80 bis 95 Prozent, in manchen Dörfern bis zu 98 Prozent, der Strahlung über selbst produzierte Nahrungsmittel aufnimmt. Die Erfahrung hat gezeigt, dass Angel- und Jagdverbote in verseuchten Gebieten wenig effektiv sind, da viele Bewohner nicht einmal wissen, dass Nahrungsmittel nach wie vor, auch vierundzwanzig Jahre nach der Reaktorkatastrophe, ein Gesundheitsrisiko darstellen, oder ihnen schlichtweg die Mittel fehlen, um kon-

trung trägt die richtige Zubereitung von Lebensmitteln dazu bei, die radioaktive Belastung zu senken.

Ernährungsregeln zur Senkung der radioaktiven Belastung in Nahrungsmitteln

Das Einhalten einiger wesentlicher Regeln kann den Bestand von Radionukliden im verseuchten Lebensmittel um bis zu 95% senken, und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Entgiftung der Nahrungsmittel und somit auch zur Verbesserung der Lebensbedingungen der betroffenen Bevölkerung.

Grundsätzlich gilt, dass in frühreifen Pflanzensorten weniger Radionuklide gelagert sind, als dies bei spät reifen Pflanzenarten der Fall ist. Dazu kommt, dass die Früchte von Pflanzen mit tief in den Boden reichenden Wurzeln generell weniger radioaktiv belastet sind, als jene mit kürzeren, eher horizontal verlaufenden Wurzelbahnen. Die bei der Explosion des Kernreaktors frei gewordenen Nuklide sind generell in sauren Nahrungsmitteln verstärkt vorhanden und in sauren Lösungen, aber auch in Wasser gut löslich. Dies bedeutet, dass

gutes Waschen, Einlegen der Nahrungsmittel in Wasser oder Salzlösungen, und Kochen mit mehrmaligem Wegschütten des Kochwassers in vielen Fällen den Radionuklidgehalt der Lebensmittel bereits beträchtlich zu reduzieren vermag. Individuelle Anleitungen für die Entgiftung und Zubereitung von Lebensmitteln müssen jedoch auf alle Fälle berücksichtigt werden.

Fleisch

(maximal erlaubte Menge von Radionukliden in Tierfett: bis 100Bq/kg).

So wird vom Konsum von Wild, wie Reh, Hase, Wildschwein oder Elch ganz abgeraten, da ihr Fleisch am stärksten vergiftet ist. Eine der Hauptursachen dafür ist, dass diese Wildtiere vor allem im Wald leben, deren Böden nach wie vor hoch belastet sind. Das liegt daran, dass Wurzeln, Nadeln und Blätter die Radioaktivität wie ein Filter gespeichert haben, so dass sich die Strahlung, wenn sie zu Boden fallen, dort jedes Mal erneut anreichert. Anderes Fleisch wie Geflügel, Rind, Lamm und Schwein gilt generell als verseucht, kann jedoch nach mehrstündigem Einlegen in einer Marinade und Kochen im Salzwasser (Bouillon nicht konsumieren!) trotzdem verzehrt werden.

Milchprodukte

(maximal erlaubte Menge von Radionukliden in frischer Milch bzw. Käse und Butter: 100Bq/l bzw. 50Bq/kg und 100Bq/kg).

Was die Milch betrifft, sollte nur der fettreiche Anteil weiter verarbeitet und die wässrige stark kontaminierte Flüssigkeit weg gegossen werden. Die verarbeiteten Produkte wie Rahm, Käse und Butter weisen daraufhin einen zwischen vier- und sechsmal niedrigeren Belastungsgrad als ursprüngliche Milch auf.

Pilze

(Grenzwert bei frischen bzw. getrockneten Pilzen: 370 bzw. 2500Bq/kg)

Ein grosser Teil der Pilzsorten speichert Radionuklide sehr stark in ihren Fasern und ist daher vergiftet und ungeniessbar. Bei einigen wenigen Sorten mit einer nur mittelstarken Speicherung von Radionukliden kann durch Einlegen in einer Salzlösung oder Wasser die Radioaktivität genügend reduziert wer-



grünebarrenwürttemberg

den, damit der Pilz geniessbar wird. Die allgemein hohe Strahlenbelastung der Pilze trifft die lokalen Frauen jedoch sehr, da Pilzmahlzeiten zur Kultur gehören und sie seit jeher gewohnt waren, Pilze zu sammeln. Neben der Tradition zur Selbstversorgung kommen natürlich auch noch Kostengründe dazu.

Gemüse allgemein

(maximal erlaubte Menge von Radionukliden: 80-100Bq/kg)

Generell gilt bei allem Gemüse gutes Waschen und mehrstündiges Einlegen. Zudem sollte bei Kartoffeln die Schale sowie die „Augen“ entfernt werden, bei Karotten zusätzlich die Wurzelansätze weg geschnitten und, wie auch bei Rändern, der Ansatz des oberirdischen Pflanzenteils mindestens einen Zentimeter tief herausgeschnitten werden. Dies gilt auch bei Gurken und Tomaten, während bei den verschiedenen Kohlsorten, Broccoli und Blumenkohl die obersten Blätter und der Stutzen entfernt werden sollten. Wie bereits erwähnt, soll beim Kochen, insbesondere von Kartoffeln, das Kochwasser mehrmals abgegossen und das Gemüse mit frischem Wasser weitergekocht werden.

Es ist verständlich, dass aufgrund dieser Ernährungsregeln und Anleitungen das Zubereiten eines traditionellen Gerichts in den verseuchten Gebieten schwierig und kompliziert ist und einen grossen Mehraufwand erfordert. Trotzdem bewirkt eine konsequente Einhaltung dieser Regeln und Anleitungen eine starke Senkung des Radionuklidbestandes in den einzelnen Nahrungsmitteln (bis zu 95%), und ist, zusammen mit der regelmässigen Messung der Belastung in Lebensmitteln eine der effizientesten Methoden, sich vor der Strahlung in den verseuchten Gebieten zu schützen. Denn obwohl die Krankheiten vieler Kinder eindeutig eine Folge der vor mehr als zwei Jahrzehnten freigesetzten Strahlung sind, weigern sich die nationalen Regierungen in den meisten Fällen standhaft, dies zu akzeptieren und die betroffenen Familien zu unterstützen.

Quellen: www.chernobyl.info und Green Cross Schweiz

** Als radioaktiv werden Atome bezeichnet, die sich ohne äussere Einwirkung in andere Atome umwandeln, das heisst zerfallen und dabei charakteristische elektromagnetische Strahlung oder Teilchen aussenden. Einheit für die Radioaktivität ist das Becquerel (Bq). 1 Bq entspricht einem Zerfall pro Sekunde. Der zugelassene Grenzwert liegt für Kinder bei 50Bq/kg und für Erwachsene bei 75Bq/kg.

*Die Autorin arbeitet als Programm-Assistentin bei der Umweltorganisation Green Cross Schweiz in Zürich, die sich seit 1994 in radioaktiv und chemisch kontaminierten Gebieten für die betroffene Bevölkerung einsetzt. Im Mutter-und-Kind-Projekt von Green Cross erhalten Mütter und Kleinkinder in den verseuchten Gebieten von Tschernobyl nicht nur wichtige medizinische und psychologische Betreuung, sondern lernen auch, wie durch die richtige Zubereitung die Radioaktivität von Nahrungsmitteln reduziert werden kann. Durch das Einhalten der im Artikel beschriebenen Empfehlungen für die richtige Nahrungsmittelzubereitung konnte in der Vergangenheit der Gehalt von Radionukliden im Körper der betroffenen Menschen stark reduziert und somit ein grosser Beitrag zur Gesundheitsvorsorge der Kinder geleistet werden. Für weitere Informationen siehe www.greencross.ch

Familienplanung: Jugendliche und Männer sind das A und O

Die reproduktive Gesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit

Die Entwicklungszusammenarbeit zur reproduktiven Gesundheit und Familienplanung fokussiert zu stark auf potenzielle Mütter. Ein nachhaltiger Erfolg ist aber nur möglich, wenn auch Männer, Jugendliche, nicht verheiratete Frauen sowie Frauen in der Menopause einbezogen werden.

Christa Rudolf von Rohr

cand. lic. Ethnologie, hat im Rahmen eines zweimonatigen Praktikums von September bis November 2009 bei IAMANEH ein Dossier zur reproduktiven Gesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit verfasst. Dieser Artikel ist ein Auszug daraus.

Die WHO berichtet in ihrem Jahresbericht von 2005 „Make every mother and child count“, dass inzwischen so viele Frauen und Kinder wie noch nie zuvor Zugang zu gesundheitlichen Dienstleistungen haben. Der Erfolg basiert auf einem Gesundheitssystem, bei dem Frauen für vor- und nachgeburtliche Untersuchungen, die Entbindung und die Impfungen ihrer Kinder in nahe liegende Grundversorgungszentren gehen können. Dennoch sterben jährlich mehrere 100'000 Frauen und Kinder an Infektionen, Geschlechtskrankheiten oder an Komplikationen infolge der Schwangerschaft oder Geburt. Die Ursache für diese anhaltend hohe Sterblichkeit liegt – nebst den Umständen einzelner Staaten, die sie daran hindern, entsprechende Massnahmen umzusetzen – v.a. in einer falschen Fokussierung der internationalen Entwicklungszusammenarbeit zur reproduktiven Gesundheit respektive zu Familienplanungsprogrammen. Sie haben sich bisher fast ausschliesslich

an Frauen als (potenzielle) Mütter gerichtet. Die reproduktive Gesundheit der Menschen kann aber nur effektiv und nachhaltig gefördert werden, wenn auch Männer und Jugendliche sowie nicht verheiratete Frauen oder Frauen, welche sich bereits in der Menopause befinden, in die Programme mit eingeschlossen werden.

Dieser Artikel beschreibt, inwiefern Männer und Jugendliche in Familienplanungsprogrammen vernachlässigt werden und gibt Empfehlungen, wie dieser Missstand aufgehoben werden kann.

Die Vernachlässigung der reproduktiven Gesundheit der Jugendlichen

Das Hauptproblem bei Jugendlichen besteht darin, dass sie ihre reproduktive Gesundheit durch ein riskantes Sexualverhalten gefährden. Jugendliche sind oft zu wenig über Verhütungsmittel und

deren Verwendung sowie über die Übertragung von Geschlechtskrankheiten aufgeklärt. In sehr vielen Ländern dürfen sie zudem keine Familienplanungsprogramme aufsuchen, wenn sie noch nicht verheiratet sind.

Die Eltern haben ebenfalls Einfluss auf die reproduktive Gesundheit ihrer Kinder. Zum einen sprechen sie infolge des kulturellen Tabus nicht mit ihren Kindern über Sexualität, was zu einem riskanten Sexualverhalten der Jugendlichen führen kann. Zum anderen gefährden sie sehr oft durch eine (unbewusste) Steuerung der Gesundheitsversorgung die Gesundheit ihrer Töchter. Sie bringen z. B. Jungen bei Proteinmangel eher zum Arzt als Mädchen, obwohl diese Mangelerscheinung bei Mädchen viel häufiger auftritt als bei Jungen. Als Folge leiden Frauen oft an langzeitlichen Gesundheitsproblemen.

Empfehlungen

Der zentrale Schritt in der Förderung der reproduktiven Gesundheit bei Jugendlichen ist, den Zugang zu Leistungen und Informationen über reproduktive Gesundheit zu erleichtern. Dazu müssen die Angebote der Familienplanungsprogramme auf die Bedürfnisse der Jugendlichen ausgerichtet werden, was in erster Linie bedeutet, das Personal auf die erforderliche Sensibilität im Umgang mit den Jugendlichen auszubilden, um deren Ängste und Schamgefühle zu reduzieren. Die sexuelle Aufklärung soll den Jugendlichen Wissen, Fähigkeiten und das nötige Selbstbewusstsein vermitteln, damit sie sichere Entscheidungen treffen können und gefällte Entscheidungen des/der PartnerIn in Bezug auf die Sexualität akzeptieren. Studien der WHO haben gezeigt, dass sexuell aufgeklärte Jugendliche erst später sexuell aktiv werden und vermehrt geschützten Geschlechtsverkehr praktizieren. Die sexuelle Aufklärung entspricht somit einem Empowerment der Jugendlichen.

Da Jugendliche sehr gut auf community-based, life-skills Programme ansprechen, sollten entsprechende Informationskampagnen an Schulen und in den Gemeinschaften angeboten werden. Zusätzlich sollten individuelle Ansprechpersonen zur Verfügung stehen,

die Einzelpersonen oder Paare vertraulich beraten.

Im Zusammenhang mit der Förderung der reproduktiven Gesundheit der Jugendlichen ist wichtig, auch die Eltern mit einzubeziehen. Sie sollten über die langfristigen Folgen einer (un)ausgewogenen Ernährung informiert werden. Die Aufklärung allein genügt allerdings nicht. Zusätzlich sollten auf dem Markt ergänzende Nahrungsmittel und Saat-

ten Gesetze angepasst, verabschiedet und umgesetzt werden, die es jungen Frauen ermöglicht, nach einem auf ein paar Wochen oder Monate befristeten Mutterschaftsurlaub mit der Schule fortzufahren. Zurzeit müssen in vielen Ländern schwangere Schülerinnen die Schule entweder ganz oder für teilweise mehrere Jahre verlassen. Bildung ist aber ein Menschenrecht, das nicht durch Elternschaft verweigert werden



Es müssen auch die lokalen kulturellen, religiösen und sozialen Ansichten und Traditionen mitberücksichtigt werden, was z. B. bedeutet, die gesellschaftliche Anerkennung als Frau, die eine Frau oft erst durch die Geburt des ersten Kindes erhält, alternativ herzustellen.

gut zu erschwinglichen Preisen angeboten werden, damit die Menschen auch die Möglichkeit haben, die empfohlene Ernährung einzuhalten.

Gruppendiskussionen mit Jugendlichen im Sommer 2009 in Namibia haben ergeben, dass die Eltern ermuntert werden sollten, mit ihren Kindern über Sexualität zu sprechen. Die Studie von Biddlecom et al. (2009) bestätigt, dass Jugendliche später sexuell aktiv werden und mehr Verantwortung in der Sexualität übernehmen, wenn die Eltern aktiv am Leben ihrer Kinder teilhaben. Es ist allerdings nicht einfach, diese Forderung umzusetzen, weil andere kulturelle Normen berücksichtigt werden müssen. Biddlecom et al. (2009) empfehlen deshalb, sich zunächst an traditionelle Hebammen, HeilerInnen oder andere Personen zu richten, die in der Gemeinschaft eine Schlüsselposition im Gesundheitsbereich oder in Bezug auf die sexuelle Aufklärung der Jugendlichen innehaben.

Aus der Untersuchung in Namibia von 2009 geht zudem hervor, dass Programme zur reproduktiven Gesundheit von Jugendlichen auch Beratung und Begleitung junger Mütter und Väter enthalten sollten. Dies ist insbesondere im Zusammenhang mit der Bildung bzw. der Wiedereinschulung wichtig. Es soll-

darf. Eine Ausbildung und eine bezahlte Arbeit sind ausserdem eine wichtige Grundlage, die junge Eltern und ihre Kinder vor der Armut bewahren.

Eine Lösung für die Ausbildung von adolescenten Eltern könnten spezielle Internatsschulen für junge Mütter und allenfalls Väter sein, bei denen sie die Ausbildung mit dem Kind fortsetzen können. Die Idee ist, dass die Kinder während des Unterrichts und der Lernstunden fremd betreut werden, die Mütter und Väter während der Pausen und der Freizeit aber selbst zu den Kindern schauen, sie ernähren und pflegen. Extrastunden über die Erziehung und Pflege des Kindes und Familienplanung, um eine weitere ungewollte Schwangerschaft zu vermeiden sowie der gegenseitige Erfahrungsaustausch werden dabei als optimale Ergänzung und positiven Umstand gewertet, wie aus der Umfrage mit jungen Müttern und Jugendlichen in Namibia von 2009 hervorgeht.

Zweierlei Teenagerschwangerschaften

Entscheidend ist bei jeder Schwangerschaft, den Kindsvater und die Mutter über die Vaterpflichten und -rechte zu informieren, egal ob der Vater bereits



Plakat einer Kampagne zur Familienplanung in Hong Kong
(Bild: wikimedia commons)

berufstätig ist oder noch die Schulbank drückt. Bisher kommen die Väter oft „ungestraft“ davon, was bedeutet, dass die (jugendlichen) Mütter alle Last selbst tragen müssen.

Der Faktor Teenagerschwangerschaft muss unter Berücksichtigung zweier sozialer Faktoren betrachtet werden: Teenagerschwangerschaft infolge vorehelichen Geschlechtsverkehrs und als Folge früher Heirat. In ersterem Fall ist die Schwangerschaft in der Regel unbeabsichtigt und mit den oben genannten Ansätzen kann viel erreicht werden. Bei verheirateten Frauen hingegen ist die Situation komplexer. Sie haben meistens nicht das Recht, auf der Verwendung von Kontrazeptiven zu be-

stehen und können auch den Geschlechtsverkehr nicht verweigern. Dazu kommt die soziale Erwartung eines baldigen Nachwuchses. Die Akzeptanz von Teenagerschwangerschaften entspricht also moralischen bzw. kulturellen Normen. Folglich kann das Problem nur mit Sensibilisierungskampagnen angegangen werden, welche die Jugendlichen selbst, die Eltern und v. a. auch die Entscheidungsträger bzw. Führer der Gemeinschaft ansprechen. Informationskampagnen über die gesundheitlichen Gefahren einer Teenagerschwangerschaft für Mutter und Kind und die gesetzliche Erhöhung des Heiratsalters, was mit einer späteren Erstschwangerschaft einhergeht, reichen

nicht aus. Es müssen auch die lokalen kulturellen, religiösen und sozialen Ansichten und Traditionen mitberücksichtigt werden, was z. B. bedeutet, die gesellschaftliche Anerkennung als Frau, die eine Frau oft erst durch die Geburt des ersten Kindes erhält, alternativ herzustellen. Eine Veränderung dieser Problematik kann aber nur durch eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen AktivistInnen und der lokalen Bevölkerung bzw. der „Zielgruppe“ entstehen.

Die Vernachlässigung der reproduktiven Gesundheit der Männer

Männer haben eine Schlüsselfunktion in der reproduktiven Gesundheit inne, weil sie in vielen Gesellschaften die finanziellen Mittel kontrollieren und folglich auch entscheiden, wer einen Gesundheitsdienst aufsuchen darf. Sie sind

in der Regel schlecht über die gesundheitlichen Gefahren einer Schwangerschaft und Geburt informiert. Aus diesem Grund geben sie der Frau bei einsetzenden Wehen oft zu wenig Geld für den Transport ins Spital mit, weswegen die Frau auf ein traditionelles Fortbewegungsmittel wie z. B. einen Esel ausweichen muss und sich lebensbedrohende Infektionen einholen kann. Sehr oft sind Männer infolge fehlenden Interesses wenig über ihre eigene reproduktive Gesundheit informiert. Sie suchen oft erst eine Konsultation auf, wenn sie sich krank fühlen, d.h. wenn sie an Symptomen einer Krankheit leiden, aber nicht, wenn ihre Partnerin auf eine Geschlechtskrankheit wie z. B. HIV/AIDS positiv getestet wurde.

Empfehlungen

Männer müssen besser informiert werden, wo sie Dienstleistungen zur reproduktiven Gesundheit finden können und die entsprechenden Angebote sollten auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet werden. Hierzu sind zwei Aspekte zu beachten. Zum einen sollten sie ausführlich über reproduktive Gesundheit, also was es alles beinhaltet und was damit zusammenhängt, aufgeklärt und motiviert werden, sich mehr dafür einzusetzen. Dies beinhaltet auch medizinische und psychologische Beratung. Zum anderen sollten Männer für die Wichtigkeit einer (reproduktiven) Gesundheit ihrer Frauen und Kinder sensibilisiert und ihnen verständlich gemacht werden, wie wichtig ihre Unterstützung ist und welche positiven Folgen eine gute reproduktive Gesundheit für die ganze Familie hat. Die sexuellen Erfahrungen und die Verwendung von Kontrazeptiven der Männer sollten dabei als Grundlage für die Empfehlungen dienen. Ziel ist, dass sie ein verantwortungsvolles Verhalten adaptieren, welches ihre eigene reproduktive Gesundheit und jene ihrer PartnerInnen verbessert.

Des Weiteren sollten insbesondere verheiratete Männer motiviert werden, zusammen mit ihren PartnerInnen über reproduktive Gesundheit, Familienplanung und Verhütungsmethoden zu diskutieren und gemeinsam Entscheidungen zu treffen. Ein zentrales Problem für den inkonsequenten Gebrauch von Ver-



Die sexuellen Erfahrungen und die Verwendung von Kontrazeptiven der Männer sollten dabei als Grundlage für die Empfehlungen dienen. Ziel ist, dass sie ein verantwortungsvolles Verhalten adaptieren, welches ihre eigene reproduktive Gesundheit und jene ihrer PartnerInnen verbessert.

hütungsmitteln bildet der fehlende Dialog unter Paaren. Aus diesem Grund wäre vorteilhaft, vertrauliche Informationsgespräche für Einzelpersonen, Paare und kleine Männergruppen anzubieten. Insbesondere junge Männer sprechen sehr darauf an, untereinander aktiv sensible und heikle Themen in Bezug auf die reproduktive Gesundheit und die Erwartung der Frauen an eine Beziehung zu einem Mann zu diskutieren. In diesem Fall müsste die Diskussion auch die alltäglichen Interessen der Jugendlichen beinhalten.

Entscheidend ist auch, dass Leistungen zur reproduktiven Gesundheit für Männer von Männern angeboten werden. Dieser Umstand baut die Hemmschwelle ab und motiviert die Männer eher, Familienplanungsprogramme oder andere Angebote zur reproduktiven Gesundheit aufzusuchen. Ausserdem wird dadurch der Dialog über Sexualität in Gesellschaften erleichtert, in denen es tabuisiert ist, über Sexualität zu sprechen. Nicht zuletzt wird im Diskurs um die reproduktive Gesundheit auch die Geschlechterdynamik ange-

sprochen. Dies ist ein weiterer Aspekt, auf den Männer sensibel reagieren, sind sie doch die Träger der patriarchalisch strukturierten gesellschaftlichen und kulturellen Normen. Die Durchbrechung dieser Normen, sofern nötig, ist effektiver, wenn sie durch Vertreter desselben Geschlechts erfolgt. Es wirkt dann weniger von aussen aufgezwungen und revolutionär als viel mehr vorbildhaft. Dieser Ansatz ist in Anbetracht der weltweiten, seit Jahrzehnten dauernden, feministischen Bewegung, die sehr oft die Männer erniedrigt und als Sündenbock darstellt, empfehlenswert.

Es darf nicht vergessen werden, dass Männer – oft sogar in organisiertem und grossem Umfang – Gewalt an Frauen und Kindern ausüben. Das Umgekehrte passiert zwar auch, ist aber viel seltener. Die Ausmasse dieser Gewalt sind enorm. Sie reichen von Missbrauch, Vergewaltigungen, physischer und psychischer Gewalt bis hin zu Frauen- und Kinderhandel sowie Zwangsprostitution. Diese Gewalt hat negative Auswirkungen auf die reproduktive Gesundheit der Betroffenen. Die Verbrechen müssen gestoppt und die Verantwortlichen zur Rechenschaft gezogen werden, indem sie entsprechend der Schädigung der reproduktiven Gesundheit, die sie den Opfern angetan haben, bestraft werden. Zusätzlich braucht es spezielle Programme, die sich der Opfer annehmen und ihre reproduktive Gesundheit wieder herstellen.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass soziale und kulturelle Normen einen entscheidenden und starken Einfluss auf das sexuelle und reproduktive Verhalten der Menschen haben und zwar im Hinblick auf deren Risikoverhalten wie auch auf schützende Massnahmen. Sie haben zudem einen Einfluss darauf, wie die Menschen einer bestimmten Gesellschaft auf Programme zur reproduktiven Gesundheit reagieren.

Die Grundidee der Programme zur reproduktiven Gesundheit ist, das Bewusstsein der Menschen für ihre reproduktive Gesundheit zu fördern, sowie ein neues Verständnis der Geschlechter und ihrer Rollen in Bezug auf die reproduktive Gesundheit zu entwickeln. Re-



sticck_renewgard | flickr

spekt in Bezug auf die sexuellen und reproduktiven Vorstellungen und Erwartungen des/der SexualpartnerIn sind das Kernelement in der gesamten Diskussion um die reproduktive Gesundheit.

Literatur

- Armstrong, Bruce 2003. The Young Men's Clinic: Addressing Men's Reproductive Health and Responsibilities. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. Volume 35, Number 5: 220-225.
- Biddlecom, Ann; Awusabo-Asare, Kofi und Bankole, Akinrinola 2009. Role of Parents in Adolescent Sexual Activity And Contraceptive Use in Four African Countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. Volume 35, Number 2: 72-81.
- Blanc, Ann K.; Tsui, Amy O.; Croft, Trevor N. und Trevit, Jamie L. 2009. Patterns and Trends in Adolescents' Contraceptive Use and Discontinuation in Developing Countries and Comparisons With Adult Women. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. Volume 35, Number 2: 63-71.
- Brindis, Claire; Boggess, Jane; Katsouranis, Frances; Mantell, Maxine; McCarter, Virginia und Wolfe, Amy 1998. A Profile of the Adolescent Male. *Family Planning Client*. *Family Planning Perspectives*. Volume 30, Number 2: 63-66 & 88.
- DFID 2009. Improve maternal health. URL: <http://www.dfid.gov.uk/Global-Issues/Millennium-Development-Goals/5-Improve-maternal-health/>. (September 2009).
- DFID 2004. Sexual and reproductive health and rights. A position paper. URL: <http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications/sexualreprohealthrights.pdf>. (September 2009).
- DFID September 2004. Factsheet: Maternal health. URL: <http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications/mdg-factsheets/maternalhealth-factsheet.pdf>. (September 2009).
- Finer, Lawrence B.; Darroch, Jacqueline E. und Frost, Jennifer J. 2003. Services for Men at Publicly Funded. *Family Planning Agencies, 1998-1999*. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. Volume 35, Number 5: 202-207.
- Gueyé, Mouhamadou; Castle, Sarah und Konaté, Mamadou Kani 2001. Timing of First Intercourse Among Malian Adolescents: Implications for Contraceptive Use. *International Family Planning Perspectives*. Volume 27, Number 2: 56-62 & 70.
- Jaccard, James; Dittus, Patricia J. und Gordon, Vivian V. 1996. Maternal Correlates of Adolescent Sexual and Contraceptive Behavior. *Family Planning Perspectives*. Volume 28: 159-165 & 185.
- Jones, Rachel K. und Boonstra, Heather 2004. Confidential Reproductive Health Services for Minors: The Potential Impact of Mandated Parental Involvement for Contraception. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. Volume 36, Number 5: 182-191.
- Kirby, Douglas 2001. Understanding What Works and What Doesn't In Reducing Adolescent Sexual Risk-Taking. *Family Planning Perspectives*. Volume 33, Number 6: 276-281.
- Legal Assistance Centre 2008. School Policy on Learner Pregnancy in Namibia: Background to Reform. Windhoek: Legal Assistance Centre.
- Marcell, Arik V.; Raine, Tina und Eyre, Stephen L. 2003. Where Does Reproductive Health Fit Into the Lives of Adolescent Males? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. Volume 35, No. 4.
- Rudolf von Rohr, Christa 2009. Umfrage für Lizentiatsarbeit. Unveröffentlicht.
- Sherrow, Genevieve; Ruby, Tristan; Braverman, Paula K.; Gibson, Shaw und Hock-Long, Linda 2003. Man2Man: A Promising Approach to Addressing The Sexual and Reproductive Health Needs of Young Men. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. Volume 35, Number 5: 215-219.
- UNFPA 1997. State of world population 1997. The right to choose: reproductive rights and reproductive health. URL: <http://www.unfpa.org/swp/1997/swpmain.htm>. (September 2009).
- UNFPA. Supporting Adolescents and Youth. URL: <http://www.unfpa.org/rights/youth.htm>. (September 2009).
- UN Millennium Project 2005. Who's Got the Power? Transforming health systems for women and children. Summary Version of the report of the Task Force on Child Health and Maternal Health. New York: United Nations Development Programme.
- WHO Report 2005. Make every mother and child count. Geneva: World Health Organisation.
- Women's health 2009. Teenage Pregnancy. URL: <http://www.womhealth.org.au/studentfactsheets/teenagepregnancy.htm>. (September 2009).

Gesundheitssysteme und Aidsprogramme im Widerspruch?

Die globale Aidsbekämpfung ist eine unglaubliche Erfolgsgeschichte, erwidert Helena Zweifel von aidsfocus.ch auf kritische Einwände gegen so genannte vertikale Gesundheitsprogramme.

Soziale Medizin: „Weg mit UNAIDS, her mit der Gesundheit“. So lautete der Titel eines Beitrags von Roger England in *Soziale Medizin* 3.08 (S. 24 f.). So genannte vertikale Gesundheitsprogramme, die sich in Entwicklungsländern um eine ganz bestimmte Krankheit kümmern, stossen immer wieder auf Kritik. Und es leuchtet ja tatsächlich schwer ein, wieso eine internationale Organisation Geld, Material und Personal ausschliesslich zur Bekämpfung einer einzigen Krankheit einsetzen soll. Es nützt den betroffenen Menschen ja nicht, wenn sie vor AIDS, Malaria oder Tuberkulose geschützt werden, ihre Kinder aber an Durchfall sterben.

Helena Zweifel: Gerne stimme ich dieser Aufforderung zu - vorausgesetzt dass sich nicht weiterhin jedes Jahr 2.7 Millionen Menschen neu mit HIV infizieren und zwei Millionen Menschen an den Folgen von Aids sterben. Die Weltgemeinschaft hat sich 2001 mit der Millenniumsentwicklungserklärung das Ziel gesetzt, bis ins Jahr 2015 die Ausbreitung der Aidsepidemie zum Stillstand zu bringen und zur Umkehr zu zwingen. Die UN-Mitgliedstaaten haben zudem erklärt, bis 2010 – also heute – allen Menschen weltweit einen umfassenden Zugang zu HIV-Prävention, Aidsbehandlung und Pflege zu gewährleisten. Dies ist heute offensichtlich nicht der Fall. Heute erhalten erst ein Drittel der HIV-Infizierten die notwendigen antiretroviralen Medikamente. Zwei Drittel gehen leer aus, sei es weil es da, wo sie wohnen, schlichtweg keine Medikamente, keine ÄrztInnen oder keine Kli-



Unsere Gesprächspartnerin

Helena Zweifel ist Geschäftsführerin von *Medicus Mundi Schweiz* und Koordinatorin von aidsfocus.ch. Die Fragen stellte Ruedi Spöndlin per Mail.

nik gibt oder weil die Medikamente zu teuer sind.

Zudem erachte ich das gegeneinander Aufwiegen von Aidsbekämpfung versus Gesundheit als falsch. Tatsache ist, und von zahlreichen Studien wie z.B. die von MSF belegt, dass in Regionen mit hoher HIV-Prävalenzrate, wo viele Menschen mit Aidsmedikamenten versorgt werden, die Sterblichkeitsrate allgemein gesunken ist. Wo die werdenden Mütter behandelt werden, wird das Risiko gesenkt, dass ihr Baby infiziert wird. Und eine gesunde Mutter ist die beste Überlebenssicherung für das Kleine. In diesen Regionen hat sich die Gesundheit von Mutter und Kind verbessert. Doch es gibt noch viel zu tun: Eine eben im medizinischen Journal „*The Lancet*“ veröffentlichte Studie zeigt, dass 2008 fast eine von fünf Müttern weltweit an den Folgen von Aids starb.

In Südafrika stehen sogar über 50% der Todesfälle von Müttern im Zusammenhang mit HIV. Aidsprävention und -behandlung ist daher auch Gesundheitsvorsorge für Mutter und Kind.

Umgekehrt kann keine vertikale, krankheitsspezifische Initiative erfolgreich sein, wenn das Gesundheitssystem zu schwach ist, es keine ÄrztInnen und kein Pflegepersonal gibt, welches sich um die Kranken kümmert. Das Schweizerische Rote Kreuz hat in seinem sehr erfolgreichen antiretroviralen Programm in Swaziland erfahren, wie wichtig ein integrierter Ansatz ist, welcher HIV-Prävention, Behandlung verschiedener Krankheiten, Förderung der Hauspflege und die Aus- und Weiterbildung von Personal mit einschliesst. Selbst der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids investiert in den krankheitsspezifischen Interventionen breiter in die Stärkung der lokalen Gesundheitssysteme. Wie der Direktor des globalen Fonds, Michel Kazatchkine, kürzlich in einem Interview sagte, fliesst etwa ein Drittel der Gelder in die Stärkung der Gesundheitssysteme.

SM: Wer entscheidet, welche vertikalen Programme lanciert werden? Ist die Weltgesundheitsorganisation WHO ausschlaggebend, die UNO oder die Regierungen bestimmter westlicher Länder?

HZ: Der Gründung von UNAIDS im Jahre 1996 gingen lange politische Debatten in den verschiedenen UN-Organisationen voraus. Die Verabschiedung der Declaration of Commitment durch UNGASS und die Millenniumsentwicklungsziele, die auch die Schweiz unterzeichnet hat, waren wichtige politische Meilensteine. Der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose

Fortsetzung auf Seite 43

SGSP INFOSSPS

Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SGSP) Société Suisse de Psychiatrie Sociale (SSPS) Società Svizzera di Psichiatria Sociale (SSPS)

Liebe Leserin, Lieber Leser

Eben erst haben wir uns mit dem Thema IV-Revision auseinandergesetzt. Vor gut zwei Jahren trat die 5. IV-Revision in Kraft, die dazu beitrug, dass die Zunahme von Neuberentungen gestoppt wurde. Nun sollen mit der 6. IV-Revision innerhalb von 6 Jahren 5% der Behinderten beruflich wieder eingegliedert werden. (Wieder-) Eingliederung ist eines der grundsätzlichen Postulate der Sozialpsychiatrie, dabei geht es darum, dem Individuum in seiner Ganzheitlichkeit mit seinen Ressourcen und Fähigkeiten aber eben auch mit seinen Beschränkungen in unserer Gesellschaft ein Leben ohne Stigmatisierung zu ermöglichen.

Wie Paolo Cicale in seinem Artikel schreibt, hat der heutige Mensch immer mehr Aktionsspielraum und ist gleichzeitig immer weniger Herr seiner selbst. Während ich diese Zeilen schreibe, steht der Flugverkehr, bedingt durch einen Vulkanausbruch, in weiten Teilen Europas still, ein Natur-Phänomen, dem wir auch heute hilflos gegenüberstehen. Im Gegensatz zu früheren Generationen können wir wohl erklären, was die Ursachen für die Eruptionen sind, ändern daran können wir jedoch nichts. Ähnlich ergeht es uns mit der Erklärung für psychische Einschränkungen, wir haben

► S. 28

Chère lectrice, cher lecteur

Il n'y a pas si longtemps, nous étions confrontés au thème de la 4ème révision de l'AI. L'entrée en vigueur, il y a deux ans, de la 5ème révision de l'AI contribua à stopper l'augmentation du nombre de nouvelles rentes. À présent, la 6ème révision de l'AI prévoit de réintégrer professionnellement 5% de rentiers actuels durant les six prochaines années. L'intégration ou la ré-intégration est un postulat central de la psychiatrie sociale, qui vise à permettre à tout individu de vivre sans stigmatisation au sein de la société grâce à une prise en compte de l'ensemble de sa personne, soit avec ses compétences et ses ressources, mais aussi avec ses limitations. Comme l'écrit Paolo Cicale dans son article, l'homme d'aujourd'hui dispose d'un espace d'action de plus en plus grand et simultanément il est de moins en moins maître de sa vie. Pendant que j'écris ces lignes, la circulation aérienne est bloquée dans une grande partie de l'Europe, conditionnée par l'explosion d'un volcan, un phénomène naturel face auquel nous restons aujourd'hui aussi impuissants que hier. Contrairement aux générations précédentes, nous pouvons bien expliquer les causes de ces éruptions, y changer quelque chose nous reste cependant impossible. Il en va de même en ce qui concerne les explications rela-

► p. 28

Care lettrici, cari lettori,

Non è passato molto tempo da quando ci trovavamo confrontati con l'argomento della 4a revisione dell'A.I. L'entrata in vigore della 5a revisione, due anni fa, ha portato a ridurre considerevolmente l'aumento del numero di nuove rendite. In questo periodo la 6a revisione si propone di reintegrare professionalmente nei prossimi sei anni il 5% delle persone che sono attualmente poste a beneficio di una rendita. L'integrazione o la reintegrazione sono postulati centrali della visione psichiatrico-sociale che si batte affinché ogni individuo possa vivere nella società senza pregiudizio a seconda delle sue possibilità, legate ad una valutazione complessiva delle sue competenze personali che comprenda le risorse ma anche i limiti. Come scrive Paolo Cicale nel suo articolo, l'essere umano dei nostri tempi dispone di spazi d'azione sempre più vasti e contemporaneamente è sempre meno padrone della sua vita. Mentre sto scrivendo queste righe, lo spazio aereo europeo è chiuso a causa dell'eruzione di un vulcano; fenomeno naturale di fronte al quale siamo impotenti oggi come ieri. Oggi, rispetto alle generazioni precedenti siamo in grado di spiegare il perché di un'eruzione vulcanica ma cambiarne il corso resta comunque impossibile. Con le malattie psichi-

► p. 28

27 Editorial (Ruth Waldvogel)

29 Stellungnahme, Prise de position, Presa di posizione (SGSP, SSPS)

30 6. IVG-Revision: Arbeitsplätze oder Rauswurf? (Jürg Gassmann)

32 Exercice de l'invalidité sous contrainte (Dr Duc Lê Quang)

37 Umgang mit psychisch beeinträchtigten Menschen (Theodor Cahn)

38 La sofferenza ieri é oggi (Paolo Cicale)

41 Bericht aus dem Zentralvorstand
Rapport du comité central
Rapporto del comitato centrale

ein breites Spektrum von naturwissenschaftlichen Erklärungen, die zur Entwicklung neuer Medikamente und neuer Therapieformen beitragen. In unserer Alltagsarbeit sind wir jedoch immer wieder damit konfrontiert, dass es sehr lange und/oder chronische Krankheitsverläufe weiterhin gibt und die zwischenmenschliche Beziehung das wichtigste ist.

Das gilt auch für die berufliche (Wieder-)Eingliederung, in einer akzeptierenden, verständnisvollen Umgebung kann das Individuum seine Ressourcen und Potentiale entwickeln und sie in die Gemeinschaft einbringen.

Das Paradigma der 6. IV-Revision „Rente als Brücke zur Eingliederung“ mag auf den ersten Blick diese Haltung versinnbildlichen. Wenn dies jedoch darin besteht, innerhalb eines definierten Zeitraums von 6 Jahren 12.500 gewichtete Renten zu streichen, wird implizit vorausgesetzt, die bisher Berenteten hätten die Fähigkeit und die Möglichkeit sich in unserer hochtechnisierten, beschleunigten Arbeitswelt in einem vorgegebenen Zeitraum zurechtzufinden. Die Frage, ob damit nicht primär eine Verschiebung zur Sozialhilfe stattfinden wird, drängt sich auf und konfrontiert uns auch mit der Frage, ob unsere Gesellschaft bereit ist Behinderten und insbesondere psychisch Behinderten einen ihnen angemessenen Platz in der Gemeinschaft zu geben.

Integration ist nicht nur ein einseitiges Einfügen der Anderen in eine vorgegebene Umgebung, es erfordert auch, dass diese Umgebung so gestaltet wird, dass den unterschiedlichen Bedürfnissen Rechnung getragen wird. Integration ist ein Prozess, der von inneren und äusseren Bedingungen abhängt, die sich fortlaufend verändern und von nicht vorhersehbaren ökonomischen und politischen Entwicklungen abhängen. Die Forderung 12.500 Renten innerhalb 6 Jahren abzubauen wird dem in keiner Weise Rechnung gerecht und trägt eher zu einer weiteren Stigmatisierung bei, indem die (alte) Botschaft vermittelt wird, psychische Beeinträchtigung lasse sich mit Willensanstrengung überwinden. Dies steht der sozialpsychiatrischen Forderung und Erfahrung entgegen, dass eine (Wieder-)Eingliederung dann gelingt, wenn diese Menschen sich ihrer Umgebung akzeptiert

tives aux maladies psychiques. Nous disposons d'un large spectre d'explications scientifiques, qui contribuent au développement de nouveaux médicaments et de nouvelles formes de thérapies. Dans la réalité de notre travail quotidien, nous sommes cependant toujours autant confrontés à des évolutions de maladies de longue durée et/ou chroniques et à l'importance essentielle des relations interpersonnelles.

Cela vaut aussi pour l'intégration ou la ré-intégration professionnelle. Dans un environnement accueillant et compréhensif, l'individu peut développer ses ressources et ses potentiels et en faire profiter sa communauté.

Le paradigme de la 6ème révision de l'AI : « La rente, un pont vers l'intégration » semble, de prime abord, illustrer cette intention. Si cela consiste toutefois à supprimer, dans un délai limité de six ans, 12.500 rentes, il est implicitement présumé que les rentiers actuels auraient les capacités et la possibilité de s'adapter pendant un laps de temps défini au monde du travail actuel, super technicisé et accéléré. La question de savoir si cela ne conduira pas à primairement à un déplacement vers l'aide sociale se pose spontanément et nous oblige à nous demander si notre société est réellement prête à fournir aux personnes handicapées et en particulier aux personnes handicapées psychiques une place adaptée au sein de la communauté.

L'intégration ne consiste pas uniquement à insérer unilatéralement certaines personnes dans un environnement donné. Elle exige aussi que cet environnement soit conçu et aménagé de manière à satisfaire des besoins différenciés. L'intégration est un processus qui dépend de conditions internes et externes, qui se modifient en permanence et qui dépendent de développements économiques et politiques imprévisibles. La contrainte d'une suppression de 12.500 rentes en l'espace de 6 ans n'est donc pas du tout compatible avec le concept d'intégration. Elle tend au contraire à provoquer une augmentation de la stigmatisation, parce qu'elle diffuse un message selon lequel une déficience psychique pourrait être levée par des efforts de volonté personnelle. Cette idée s'oppose aux recommandations et aux expériences de psychiatrie sociale, qui démontrent qu'une ré-intégration n'est possible que lorsque

che, per analogia, ci troviamo nella stessa situazione: disponiamo di un largo spettro di conoscenze e spiegazioni scientifiche da cui discendono nuove proposte terapeutiche farmacologiche e non. Nella realtà del nostro lavoro quotidiano, peraltro, siamo sovente al cospetto d'evoluzioni di lunga durata o croniche delle malattie dei nostri utenti e ci rendiamo contemporaneamente conto dell'importanza fondamentale dal punto di vista terapeutico della qualità della relazione interpersonale. Questo concetto vale anche per gli ambiti dell'integrazione o reintegrazione professionale. In un ambiente accogliente e comprensivo la persona è maggiormente in grado di sviluppare il suo potenziale e questo ha effetti positivi per tutta la comunità.

Il paradigma della 6a revisione : »la rendita, un ponte verso la reintegrazione « di primo acchito sembra mostrare la volontà di procedere in questa direzione. D'altra parte il concetto per il quale è possibile in sei anni reintegrare un numero di persone corrispondente a 12500 rendite in questo momento erogate, implicitamente sottintende che gli individui interessati possiedono capacità e possibilità sufficienti per inserirsi nell'odierno mondo lavorativo supertecnologico e veloce. Inevitabile in questo contesto è domandarsi se questa procedura non porterà piuttosto ad uno spostamento di costi verso l'aiuto sociale e se la nostra società sia nella realtà davvero pronta a fornire alle persone con handicap e specialmente psichico un impiego adatto. L'integrazione, infatti, non consiste nel solo unilaterale inserimento di un individuo in una determinata realtà. Essa esige anche che l'ambiente sia concepito in modo da divenire idoneo ad accogliere la persona con le sue caratteristiche particolari. L'integrazione è un processo che dipende da condizioni interne ed esterne in costante mutamento che sono a loro volta correlate con sviluppi politici ed economici imprevedibili. Il mandato di soppressione di 12500 rendite A.I. in 6 anni non è compatibile con il concetto d'integrazione. Al contrario questo può contribuire ad aumentare la stigmatizzazione perché difonde la falsa credenza che un deficit psichico possa essere superato con un semplice sforzo di volontà della persona che ne è affetta. Questa idea è contraria all'esperienza e alle raccomandazioni della psichiatria sociale per la quale è dimos-

fühlen und ihren Beitrag zur Gemeinschaft leisten können entsprechend ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten unter Berücksichtigung der individuellen Grenzen.

RUTH WALDVOGEL

des patients psychiques se sentent acceptés par leur environnement et qu'ils peuvent apporter leur contribution à la communauté à condition que leurs capacités et leurs possibilités soient autant prises en compte que leurs limitations individuelles.

RUTH WALDVOGEL

trato che una reintegrazione é possibile solo quando i pazienti psichiatrici si sentono accettati dal loro ambiente e possono contribuire alla società in una situazione nella quale le loro capacità e risorse sono prese in considerazione insieme alle limitazioni date dalla malattia.

RUTH WALDVOGEL

Stellungnahme des Zentralvorstandes der SGSP zur 6. IV-Revision

Prise de position du Comité Central de la SSPS au sujet de la 6e révision de l'AI

Presa di posizione del Comitato Centrale della SSPS riguardo la 6a revisione dell'AI

Der Zentralvorstand (ZV) der SGSP begrüsst grundsätzlich die mit der 6. IV-Revision geplanten Massnahmen zur eingliederungsorientierten Rentenrevision. Berufliche und soziale Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen sind der SGSP seit ihrer Gründung 1984 ein zentrales Anliegen.

Das in der Botschaft des Bundesrates vorrangig formulierte Ziel einer zahlenmässig festgelegten Kostensenkung bei der IV birgt aus Sicht des ZV der SGSP jedoch einen gewichtigen Interessenkonflikt.

Besondere Bedenken hat der ZV der SGSP -bezüglich:

- Willkürlichkeit in der zumutbaren Mitwirkungsfähigkeit und Mitwirkungspflicht psychisch kranker Menschen
- dem Ausschluss bestimmter Diagnosegruppen von Rentenleistungen

Der ZV der SGSP begrüsst auch den Grundsatzentscheid zum Assistenzbeitrag, er hält aber die faktische Diskriminierung psychisch beeinträchtigter Menschen für nicht annehmbar.

Aufgrund des aufgezeigten Interessenkonfliktes fordern wir eine unabhängige wissenschaftliche Evaluation des 6. IV-Revisions-Vorschlags mit dem Ziel abzuklären, ob eine Wiedereingliederung tatsächlich erreicht wird, oder ob es nicht vielmehr zu einer Kostenverschiebung in die Sozialhilfe kommen wird.

Le Comité Central (CC) de la SSPS salue le principe des mesures prévues dans le cadre de la 6e révision de l'AI pour la révision des rentes orientée sur l'intégration. En effet, depuis sa fondation en 1984, la réintégration professionnelle et sociale des personnes atteintes de troubles psychiques est une préoccupation centrale de la SSPS.

Cependant, du point de vue du CC de la SSPS, l'objectif prioritaire d'une baisse des coûts chiffrée de l'AI, tel que formulé dans le message du Conseil fédéral, recèle un conflit d'intérêt de poids.

Aussi, le CC de la SSPS tient à exprimer ses vives réserves sur les points suivants:

- le caractère arbitraire quant aux capacités et aux efforts raisonnablement exigibles des personnes atteintes de troubles psychiques
- l'exclusion des prestations de rentes de certains groupes de diagnostics

Le CC de la SSPS salue également la décision de principe en faveur de l'assistance complémentaire, mais considère la discrimination de fait de personnes handicapées psychiquement comme inacceptable.

Sur la base du conflit d'intérêt soulevé, nous exigeons une évaluation scientifique indépendante de la proposition de 6e révision de l'AI dans le but de clarifier si une réintégration sera effectivement atteinte, ou si elle n'aboutira pas plutôt à un transfert des coûts vers l'aide sociale.

Il Comitato Centrale (CC) della SSPS accoglie con favore il progetto di revisione orientato verso i provvedimenti di integrazione. In effetti sin dalla sua fondazione la SSPS si é battuta per la reintegrazione professionale e sociale delle persone sofferenti di disagio psichico. Un'importante perplessità al riguardo del testo presentato nel messaggio del Consiglio Federale riguarda peraltro il fatto che l'obiettivo principale della revisione della legge é quello di abbassarne i costi e questo sottintende un conflitto di interessi per l'A.I.

Il CC della SSPS, inoltre, esprime alcune riserve riassumibili nei seguenti punti:

- la possibile arbitrarietà nella valutazione delle capacità e dei conseguenti sforzi ragionevolmente esigibili da parte delle persone portatrici di malattie psichiche,
- l'esclusione a priori dalle prestazioni assicurative per interi gruppi diagnostici.

Il CC dell' SSPS accoglie con favore la decisione di principio in merito all'assistenza complementare ma considera inaccettabile la discriminazione delle persone con handicap psichiatrico.

Alla luce dell'evidenziato conflitto d'interesse il CC SSPS propone l'allestimento di una valutazione scientifica indipendente della proposta di 6a revisione dell'A.I. allo scopo di chiarire se e come gli obiettivi di reintegrazione professionale possano essere realmente raggiunti escludendo un possibile indesiderabile trasferimento di costi da un'assicurazione sociale all'altra.

6. IVG-Revision:

Arbeitsplätze für Menschen mit einer psychischen Behinderung oder Rauswurf aus der Invalidenversicherung?

Die 5. IV-Revision, die seit Anfang 2008 in Kraft ist, will mit einer Stärkung des Konzeptes „Eingliederung vor Rente“ die Anzahl neuer IV-Renten senken, um die IV finanziell zu entlasten. Mit der Verabschiedung des 1. Paketes zur 6. IV-Revision hat der Bundesrat im Februar 2010 eine weitere Etappe zur Sanierung der hoch verschuldeten IV eingeleitet. Auch diese Vorlage, die nun von den eidgenössischen Räten zu behandeln ist, ist dem übergeordneten Ziel der Eingliederung von Menschen mit einer Behinderung verpflichtet, geht aber einen Schritt weiter. Zielgruppe sind nicht mehr die Versicherten, die sich neu bei der IV melden, sondern bisherige Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger, denen Eingliederungspotential zugeschrieben wird.

Die Zahl der Renten soll durch eine aktive Förderung der Wiedereingliederung markant reduziert werden. Angestrebt wird ein Paradigmenwechsel, weg von „einmal Rente, immer Rente“ hin zu „Rente als Brücke zur Eingliederung“. Innerhalb von sechs Jahren sollen so viele Personen wieder eingegliedert werden, dass 12.500 gewichtete Renten wegfallen. Das sind mehr als 16.000 Personen. Auf diesem Weg soll die IV-Rechnung pro Jahr um 231 Millionen Franken entlastet werden. Der anvisierte Spareffekt soll dazu beitragen, das strukturelle Defizit der Invalidenversicherung nach dem Auslaufen der befristeten Erhöhung der Mehrwertsteuer, der Volk und Stände in der Abstimmung vom 27. September 2009 zugestimmt haben, zu beheben.

Neuer Mechanismus bei Rentenrevisionen

Die Vorlage setzt bei den Rentenrevisionen an, bei denen ein neuer Mechanismus spielen soll. Selbst wenn sich weder

der Gesundheitszustand noch die Erwerbssituation des Versicherten verbessert haben, soll geprüft werden, ob bei der betroffenen Person mit Hilfe von geeigneten Massnahmen eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit erreicht werden kann.

Um das Ziel der Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und Rentenbezügern zu erreichen, soll die zeitliche Beschränkung der Integrationsmassnahmen aufgehoben und ihr Vollzug flexibilisiert werden. Zudem sollen die IV-Stellen für die Versicherten und ihre Arbeitgeber während des beruflichen Eingliederungsprozesses professionelle Beratung und Begleitung anbieten. Falls die Rente aufgehoben wird, kann diese Dienstleistung während drei weiteren Jahren beansprucht werden. Schliesslich soll die Attraktivität von Arbeitsversuchen erhöht werden, indem die damit verbundenen Risiken für Arbeitgeber auf ein Minimum gesenkt werden.

Es ist leider eine Tatsache, dass bei den IV-Stellen vor der 5. IVG-Revision das rehabilitative Denken weitgehend fehlte, wenn es um die Abklärung der Versicherungsansprüche von psychisch erkrankten Menschen ging. Eine brisante Studie hat gezeigt, dass nur ein geringer Teil der Berenteten aus psychischen Gründen vor der Rentenzusprache in den Genuss einer beruflichen Massnahme kam (Bär, Frick, Fasel, Dossieranalyse, 2008). Das muss sich dringend ändern. In Zukunft soll jede Möglichkeit zur Wiedereingliederung ergriffen werden, wenn sie der versicherten Person eine echte Chance zur Integration in den primären Arbeitsmarkt eröffnet. Dazu wären aber gar keine neuen gesetzlichen Grundlagen erforderlich. Denn spätestens seit der 5. Revision verfügen die IV-Stellen über ein umfassendes Eingliederungsinstrumentarium. Machen wir uns nichts vor: Die vorliegende Revision

wird kaum einen zusätzlichen Beitrag zur beruflichen Integration der Betroffenen leisten. Vielmehr ist sie als eine unter dem Deckmantel der Eingliederung versteckte Sparübung einzustufen.

Wirklichkeitsfremde Beurteilung des Arbeitsmarktes

Der Bundesrat geht in seiner Botschaft davon aus, dass ohne Rücksicht auf die Wirtschaftslage, die Anforderungen der modernen Arbeitswelt und ohne Verpflichtung von Arbeitgebenden bis zum Jahr 2018 über 16.000 Personen, die zur Zeit eine IV-Rente beziehen, in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden können. Diese Vorgabe muss als absolut wirklichkeitsfremd bezeichnet werden. Sämtliche Erfahrungen und Studien sprechen dagegen, dass es gelingen kann, IV-Rentnerinnen und Rentner in grosser Zahl in den Arbeitsmarkt zurückzuführen. Bereits nach einer Abwesenheit von sechs Monaten vom Arbeitsplatz steigt das Risiko einer rentenbegründenden Invalidität massiv an (siehe dazu Erwin Murer, Invalidenversicherung: Prävention, Früherfassung und Integration, Bern 2009, N 19 zur Art. 3a-c). Um so mehr müssen die Eingliederungschancen von Personen, die seit vielen Jahren nicht mehr im Arbeitsmarkt waren, als minim bezeichnet werden. Dies gilt in besonders hohem Masse für Personen mit psychischen Erkrankungen, die als primäre Zielgruppe mit Eingliederungspotential bezeichnet wird. Eine von der Fachstelle für Psychiatrie Rehabilitation Basel-Landschaft durchgeführte repräsentative Befragung von kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) hat gezeigt, dass die Betriebe lieber einen nicht sehr zuverlässigen und wenig leistungsbereiten

Gesunden anstellen als einen Behinder-ten. Ferner würden die Personalverant-wortlichen chronisch körperlich Kran-ken gegenüber psychisch Kranken klar den Vorzug geben (Studie Bär, Frick, Gautschi, 2006).

Bereits im Vorfeld der Volksabstim-mung zur 5. IVG-Revision im Jahr 2007 hat das Bundesamt für Sozialversiche-rungen gemeinsam mit Nationalrat Otto Ineichen in Aussicht gestellt, in der Wirtschaft im Rahmen des Projektes Job Passerelle 3.000 neue Stellen für Menschen mit Behinderungen zu schaf-fen. In der Realität sind bisher durch das genannte Projekt nur etwas mehr als 30 neue Arbeitsplätze entstanden. Das massive Scheitern dieses ehrgeizigen Projektes zeigt, dass die Eingliederungs-ziele des Bundesrates für die 6. IVG-Re-vision in quantitativer Hinsicht nir-gends konkret abgestützt sind. Sie be-ruhen ausschliesslich auf finanzpoli-tisch geprägtem Wunsdenken.

Ausgrenzung und Kostenverlagerung

Der finanzielle und politische Druck ist gross, die IV vor allem ausgabenseitig zu sanieren. Die Senkung der Renten-zahlen ist dabei ein wirksamer Hebel. Der Bundesrat erweckt mit seiner Bot-schaft den Eindruck, dass eine Reduk-tion des Rentenbestandes um 5% von Anfang an definiert ist und um jeden Preis erreicht werden muss. Aufgrund dieser klaren Vorgabe werden die IV-Stellen gezwungen sein, Renten aufzu-heben oder herabzusetzen, auch wenn der Eingliederungsprozess gescheitert ist. Ein solches Vorgehen ist mit dem Versicherungsprinzip allerdings nur schwer zu vereinbaren. Es besteht die ernsthafte Gefahr, dass diese Vorgaben zu einer diskriminierenden Ausgren-zung von Menschen mit einer psychi-schen Behinderung führen.

Die eingliederungsorientierte Ren-tenrevision wird in der Praxis dazu füh-ren, dass den bisherigen IV-RentnerIn-nen eine neu erlangte Erwerbsfähigkeit attestiert wird, ohne dass sich ihr Ge-sundheitszustand verbessert hat. Nach einer Auffrischung ihrer im Beruf not-wendigen Kenntnisse und weiteren Massnahmen, z.B. arbeitspsychologi-scher und psychosozialer Art werden sie



Bei realistischer Beurteilung ist mit einem Verlagerungseffekt zu rechnen, der deutlich stärker als prognostiziert ausfallen wird. Die damit verbundenen finanziellen Belastungen der Sozialhilfe und der Arbeitslosenversicherung dürfen nicht vernachlässigt werden.

aus der IV in den Arbeitsmarkt entlas-sen. Aus Sicht der IV gelten die Versi-cherten aufgrund der ihnen zugeschrie-benen Erwerbsfähigkeit zwar als einge-gliedert, ihre Chancen auf einen Arbeits-platz in der Wirtschaft sind jedoch kaum existent. Es muss unbedingt ver-hindert werden, dass IV-Renten infolge Wiedererlangen einer rein theoretischen Erwerbsfähigkeit reduziert oder aufge-hoben werden, obwohl eine tatsächliche Eingliederung in den Arbeitsmarkt als unwahrscheinlich zu beurteilen ist.

Anzunehmen ist, dass eine grosse Zahl von Versicherten, deren IV-Rente aufgehoben oder reduziert wird, in die Arbeitslosigkeit entlassen wird. Diese Personengruppe wird in der Folge auf

Leistungen der Arbeitslosenversiche-rung oder der Sozialhilfe angewiesen sein. Die Botschaft widmet dem Thema der Kostenverlagerung nur gerade zwei kurze Abschnitte (S. 105, 111). Die Er-läuterungen räumen ein, dass finanzia-le Verlagerungen zur Arbeitslosenversi-cherung und zur Sozialhilfe nicht voll-kommen auszuschliessen seien. Diese Auswirkungen werden angesichts der Bemühungen für eine tatsächliche Wie-dereingliederung der Betroffenen je-doch als gering eingestuft. Diese Prog-nose ist aus unserer Sicht reiner Zweck-

6ème révision de l'AI:

Des places de travail pour des personnes avec un handicap psychique ou leur exclusion de l'assurance-invalidité ?

En votant le premier volet de la 6ème révision de l'AI, le Conseil Fédéral a initié une nouvelle étape dans le processus d'assainissement de l'AI, fortem-ent endettée. Le projet de loi cible des rentières et des rentiers actuels aux-quels sont imputés des potentiels d'inté-gration. En l'espace de six ans, il faut en effet pouvoir intégrer professionnel-lement autant de personnes nécessaires à la suppression de 12.500 rentes. Cete contrainte doit être considérée comme un déni de réalité. Il est à crain-dre que de nombreux assurés, dont la rente AI sera supprimée ou réduite, se retrouveront au chômage.

6a revisione dell' AI:

posti di lavoro per le persone con handicap psichico o piuttosto la loro esclusione dall' assicurazione invalidità?

La votazione relativa al primo pac-chetto di misure della 6a revisione dell'AI, da parte del Consiglio Fede-rale ha segnato una nuova tappa nel percorso di risanamento dell'assica-zione che é molto indebitata. Il pro-getto di legge é centrato sulle persone che sono attualmente poste a beneficio di una rendita e che si ritengono po-tenzialmente reintegrabili. In partico-lare si prevede di reintegrare nello spa-zio di sei anni un numero di persone corrispondenti alla soppressione di 12500 rendite d'invalidità. Questo mandato deve essere considerato come un processo di negazione della realtà. Possiamo ben immaginare in-fatti che molte di queste persone a cui la rendita verrà completamente o in parte soppressa entreranno a far parte dei senza lavoro.

optimismus. Bei realistischer Beurteilung ist mit einem Verlagerungseffekt zu rechnen, der deutlich stärker als prognostiziert ausfallen wird. Die damit verbundenen finanziellen Belastungen der Sozialhilfe und der Arbeitslosenversicherung dürfen nicht vernachlässigt werden.

Sozialziele der Bundesverfassung respektieren

Die Sozialziele der BV sehen vor, dass sich Bund und Kantone dafür einsetzen, dass jede Person gegen die wirtschaftlichen Folgen von Invalidität gesichert ist, unabhängig von der Art der Behinderung (Art. 41 Abs. 2 BV). Das mit der aktuellen IV-Revision vorgeschlagene Konzept der eingliederungsorientierten Rentenrevision steht nur dann mit diesen verfassungsmässigen Grundsätzen im Einklang, wenn die Betroffenen eine echte Chance auf einen Arbeitsplatz haben. Die Arbeit muss zudem ermöglichen, den eigenen Lebensunterhalt zu angemessenen Bedingungen zu bestreiten. Diese Bedingungen sind zur Zeit nicht erfüllt.

Eine Annäherung an die ehrgeizigen Integrationsziele des Bundesrates ist nur unter der Voraussetzung denkbar, dass Arbeitgeber weit mehr als heute gesundheitlich beeinträchtigte Personen anstellen und die nötigen angepassten Arbeitsplätze tatsächlich zur Verfügung stellen. Dazu sind die gesetzliche Verankerung von wirksamen Anreizsystemen für Arbeitgeber und ein Abbau von Anstellungshürden versicherungsrechtlicher Art durch ein Gesamtkonzept zur Risikominimierung für die Arbeitgeber unabdingbar. Ohne eine Nachbesserung der Vorlage bleibt die tatsächliche Integration im versprochenen Umfang ein Papiertiger und es ist mit einer schmerzhaften und diskriminierenden Ausgrenzung von psychisch beeinträchtigten Versicherten aus der IV zu rechnen. Es bleibt zu hoffen, dass das Parlament die nötigen Korrekturen vornimmt.

JÜRIG GASSMANN

Jürg Gassmann ist Rechtsanwalt und Zentralsekretär von Pro Mente Sana

Exercice de l'invalidité sous contrainte

Transformation des pratiques psychiatriques par la 5è révision de l'AI

L'invalidité sous contrainte

Le climat s'est détérioré ces dernières années par une rupture de confiance entre l'assurance AI, les psychiatres et les assurés/patients. En effet, sur le terrain, les nouvelles demandes ne « passent » quasi plus. Les douleurs somatoformes sont refusées la plupart du temps et tout trouble dépressif devient suspect. Le malade doit prouver l'authenticité de son trouble. Sa parole est mise en doute et il est même surveillé. Quelques uns de mes patients ont fini par développer une sensibilité qui frise le délire de persécution ; à moins qu'ils ne s'effondrent en crises de panique ou aggravent la perte de l'estime d'eux-mêmes passant allègrement à l'acte suicidaire. « Je m'en f... de la rente, ce que je veux c'est être guéri » me répètent-ils inlassablement. Pour ceux qui ont soi-disant la « chance » d'être rentier, commence un autre calvaire méconnu. Ils se cachent, couverts de honte d'être à la charge de la société. Ils sont désignés « moutons noirs » par les campagnes électorales. Son complice désigné, le psychiatre traitant est d'ailleurs vu comme trop complaisant par les arrêts de travail répétés ou trop mou, n'adoptant pas les thérapies les plus « up to date ». Les praticiens sont désignés comme participant au retard de la réponse de l'AI. Les copies de rappel aux assurés des rapports non encore remplis sont là pour prouver l'indolence de leurs médecins. C'est vite oublier que les médecins sont déjà ensevelis sous des tas de paperasses. En cela la multiplication des rapports de détection précoce n'arrange rien. Derrière cette avalanche administrative, c'est

toute la pression pour que le patient soit déjà guéri avant d'être soigné... Le ressentiment atteint son comble avec la suppression des rentes acquises mettant plus d'une famille, du jour au lendemain, dans des conditions d'indigence indécentes. Ils se résignent à l'aide sociale mais sont incapables de se départir d'un arrière-goût de mendier me confient-ils.

1° Le psychiatre traitant comme tiers exclu

Ceci démarre dès la rédaction du rapport bleu AI (il y a aussi le rapport blanc européen de dix pages environ...). Faut-il tout mettre pour « défendre » mon patient ? Cette question devient cruciale car une caisse au moins a franchi le pas par un copier-coller du rapport AI officiel avec comme en-tête celle de la caisse de perte de gain ! Or les informations à discrétion pour les assurances privées se veulent explicites dans un rapport AI pour démontrer la pertinence de la demande des mesures AI. A ce jour, je n'ai reçu aucune réponse de la part du médecin-conseil de la dite caisse ni un éclairage de mes collègues de l'AI sur la confidentialité de ces données. Je pourrais être tenté de me dire que c'est dans l'intérêt du patient d'être d'emblée aidé par deux assurances de manière « précoce » pour justement éviter un processus d'invalidation. Mais à mon avis, il y a collusion entre intérêts privés (retour inconditionnel au travail) et intérêts publics (la meilleure santé possible). Ce qui me fait dire que l'assurance AI a peut-être perdu de vue sa vocation d'as-

surance sociale. Dire que j'ergote, soit ! Mais comment réagiriez-vous, si de bonne foi, je « collabore » avec l'employeur pour aménager les conditions de travail de l'employé malade et qu'en définitive il perd sa place ? Mon expérience de près de vingt ans sur le terrain montre que tout ce qui intéresse l'employeur, et c'est humain, c'est de remplacer dès qu'il peut son employé malade des « nerfs ». Pour compliquer le tout, les conseils des syndicats, des avocats, des offices de placement embrouillent l'appréciation médicale. Il y a confusion entre l'incapacité de travail, l'inaptitude au placement ou la « toxicité » de tel ou tel emploi. Sans compter que l'évaluation de la capacité de gain relève strictement de l'AI, je le rappelle. Plus fort, lorsque scrupuleusement je fournis tous les renseignements et documents demandés (puisque le patient a signé un chèque en blanc autorisant l'AI de s'informer), les informations sont exploitées à charge : déclarer l'alcoolisme (non pris en charge par l'AI) comme diagnostic principal et non plus secondaire pour évacuer la dépression (diagnostic principal) ou bien déclarer la guérison de la dépression (le patient sort de l'hôpital sans risque suicidaire après son passage à l'acte). Cette appréciation arbitraire des données me révolte. Reste l'expertise, garantie de toute l'impartialité et du vaste savoir. Que certains de mes confrères experts qui me connaissent m'en excusent. Pour ceux-là, j'ai du respect car ils m'ont appris mon métier à lire leurs rapports. Mais que dire des autres... qui me dictent la manière de prescrire les médicaments, le type de thérapie et la fréquence des séances et surtout, surtout le dosage sanguin des médicaments pour prouver que le patient a menti lorsqu'il dit prendre régulièrement son traitement... Là il y a intrusion dans l'intimité corporelle surtout en l'absence du consentement du patient. Pour un cas, j'ai fait appel au comité éthique de la société de médecine du canton pour ne pas appliquer la demande de contrôle de compliance. Au vu de toute cette controverse, je peux bien comprendre que la jurisprudence, une fois pour tout, a verrouillé le débat en déclarant forfaits les médecins traitants car partisans de leurs patients donc subjectifs. Que peut bien faire un psychiatre s'il ne s'occupe plus du sujet

? C'est bien du sujet que l'on soigne que se tire l'étymologie noble du « sub-jet ». Je vous laisse déduire du traitement réservé dès lors au malade/assuré traité « objectivement »...

2° La demande est interminable

Non seulement avant ça durait de un à deux ans. Maintenant nous frisons les deux fois deux ans. Démonstration. Je

un nouveau rapport. Enfin au bout d'un an la décision tombe. Mais ce n'est que le projet de décision, trois mois au moins avant la décision définitive. Je concède qu'entre temps, la personne est convoquée à l'office AI par le chargé de dossier, ou reçoit la visite d'évaluation à domicile par l'AI ou encore a rendez-vous pour expertise. Mais à chaque étape, il faut compter trois à six mois pour avoir des nouvelles. Le plus long dossier que je n'ai jamais eu dure depuis dix



Mon expérience de près de vingt ans sur le terrain montre que tout ce qui intéresse l'employeur, et c'est humain, c'est de remplacer dès qu'il peut son employé malade des « nerfs ».

remplis une demande après un mois (précoce) d'arrêt. Puis après quelques mois, je remplis un rapport intermédiaire. En général plus de nouvelles après une année au terme de laquelle, je suis amené à réactualiser les données, quasi

ans...Le patient est enfin en réinsertion ! La détection a beau être précoce mais elle ne doit pas être confondue avec précipitation. J'ai le sentiment que rien n'est encore bien coordonné alors que l'on aborde déjà la 6è révision. Le futur

Resumé

Seit der 5. IV-Revision ist die psychiatrische Tätigkeit schwieriger geworden und die Situation wird sich mit der 6. Revision wahrscheinlich noch weiter verschärfen. In der Tat wurde 1. der Psychiater zum ausgeschlossenen Dritten, 2. ist die Dauer bis zur Beantwortung des Antrages unendlich, 3. ist das Ergebnis ungewiss und 4. werden, zum Guten wie zum Schlechten, neue Vorgehensweisen entwickelt.

Riassunto

La situazione della psichiatria con la 5a revisione A.I. si è inasprita e verosimilmente la situazione peggiorerà ancora con la 6a. In primo luogo, in effetti, in questo contesto lo psichiatra curante è diventato un « terzo escluso », in secondo la domanda è interminabile, in terzo il risultato è incerto e in quarto si sviluppano continuamente, nel meglio come nel peggio, nuove pratiche

Südafrika 2010

Faire Chancen für Süd und Nord!





candidat à l'AI a largement le temps de se perdre entre Office Régional de Placement, contrat d'insertion par les services sociaux et les mesures AI. Parfois lassés d'être sans aides concrètes, certains se débrouillent tout seul et finissent

nir innovatrices. Ou encore lorsque je propose d'emblée la rente (délire chronique ou trouble morbide de la personnalité), sur base de la bonne connaissance de mon patient, une réinsertion est proposée... Dans ce genre de situation,

réseau des travailleurs sociaux et à domicile pour maintenir les aides et soins à la maison, tant dans le suivi au long cours qu'en cas de crise. Un avis concerté, croisé et consensuel nous a souvent amenés vers des solutions inédites pour éviter l'enlèvement.



par réussir leur propre insertion. Dans ces rares cas, le succès s'est fait au prix de sentiments d'injustice, de rejet ou de honte. J'oublie encore la durée des recours. Une fois que le tribunal administratif a débouté la demande AI, donnant quasi toujours raison à l'expert, il reste le tribunal fédéral. A l'affliction s'ajoute l'abnégation quand on fait une demande AI à l'heure d'aujourd'hui.

3° Le résultat est incertain

Il y a deux cas de figures. Le premier est le rejet de la demande, en passe de devenir un classique comme sus-décrit. Le second est l'avis contraire aux recommandations du psychiatre traitant. Par exemple le refus d'envisager les possibilités de réinsertion de jeunes patients psychotiques. C'est bien dans ce domaine que les progrès de la psychiatrie ont été les plus spectaculaires permettant des soins dans la communauté renvoyant à l'Histoire l'image asilaire. Mais la décision de rente y est encore la règle car les échecs d'insertion restent élevés. Ce faisant les assurances sociales se privent de développer des formes d'insertion « à seuil bas » qui pourraient deve-

nir innovatrices. Ou encore lorsque je propose d'emblée la rente (délire chronique ou trouble morbide de la personnalité), sur base de la bonne connaissance de mon patient, une réinsertion est proposée... Dans ce genre de situation,

4° De nouvelles pratiques pour le meilleur comme pour le pire

Il ne faut pas croire que je fais dans l'angélisme. Ces dernières années, les jeunes collègues en formation à notre service sont drillés à se confronter, certes avec tact, et à clarifier les tenants et aboutissants de chaque arrêt de travail qu'ils délivrent et ce dès le premier entretien. En cas de conflits de valeur, nous demandons un arbitrage par le médecin conseil de la perte de gain. Le même procédé est appliqué lorsque nous sentons que notre rapport à l'AI nous met dans un conflit d'intérêts au détriment de nos soignés. Ceci nous permet de nous recentrer sur notre métier de soignant et de ne pas être déportés par une lutte assécurologique exténuante. Loin de toute cette agitation déprimante, notre service développe depuis 10 ans une étroite collaboration-formation avec le

réseau des travailleurs sociaux et à domicile pour maintenir les aides et soins à la maison, tant dans le suivi au long cours qu'en cas de crise. Un avis concerté, croisé et consensuel nous a souvent amenés vers des solutions inédites pour éviter l'enlèvement.

Voici une vignette clinique pour conclure. Une jeune patiente universitaire mais souffrant de psychose ne trouve pas de travail depuis des années. D'origine étrangère, elle n'a droit à aucune assistance. La persévérance de ma collègue assistante sociale a convaincu la commune de lui fournir aide substantielle. De mon côté, j'ai déployé persuasion et fermeté pour lui administrer son traitement antipsychotique en collaboration avec son médecin de famille. Le meilleur ancrage dans la réalité lui a permis d'améliorer son français, de faire un stage et d'entretenir de mieux en mieux son logement. Aujourd'hui, elle est en passe de demander un apprentissage adapté à son trouble. La commune soutient son projet sur base de l'évaluation favorable des partenaires du réseau. J'ose espérer que dans quelques années, elle sortira de l'assistance et gagnera sa vie.

Cet exemple nous éclaire sur les mécanismes contre-productifs inscrits dans la 6^e révision : 1° écartier le savoir faire du réseau par l'accès restreint et contractuel de l'allocation pour impotence API, 2° étouffer toute chance de cicatrifier un trouble handicapant par décret économétrique (effort de volonté raisonnablement exigible) et 3° déformer les principes de réhabilitation psychiatrique par renforcement des instruments (traitement comportemental, psychologie sociale et du travail) sans tenir compte des valeurs de la personne.

DR DUC LÊ QUANG
Psychiatrie-psychothérapie FMH
Médecin chef du Centre Neuchâtelois de Psychiatrie, La Chaux-de-Fonds

Umgang mit psychisch beeinträchtigten Menschen – eine Herausforderung für alle Beteiligten

Die PSAG bietet mit ihren fünf Einrichtungen eine differenzierte, gut strukturierte Palette von Hilfen für Menschen mit psychischer Krankheit und psychosozialen Handicap an, die ganz unterschiedliche Diagnosen, Beeinträchtigungen, Bedürfnisse und Ressourcen haben. Was ist nun an ihnen das Gemeinsame, und welche besonderen Anforderungen stellen sich in ihrer Betreuung?

Die meisten Frauen und Männer, die zu uns kommen, haben eine schwere psychische Störung erlitten, welche als chronische Krankheit fortwirkt und ihr Leben prägt: Ihr Zustand hat sich teilweise oder weitgehend normalisiert, ist aber von Krisen und Rückfällen bedroht. Oft bleibt eine wechselhafte Symptomatik bestehen. Das ist etwas Anderes als geistige Behinderung, die eine stabile Lebensbedingung bedeutet.

Anders als bei einer Körperbehinderung ist kein „Werkzeug“ sondern die „zentrale Steuerung“ betroffen: Steuerung des Denkens, der Impulse, der Affekte, der Aufmerksamkeit. Die Wahrnehmung der anderen Menschen, das Erleben der eigenen Person und ihrer Grenzen können, auch bei gutem Funktionieren, recht prekär bleiben. Der Selbstwert ist angegriffen. Unter der Decke lauern Ängste. Mit all dem Leben zu müssen und sich auf den Beinen zu halten, ist leidvoll und anstrengend: Da kann man dünnhäutig und kränkbar werden, Rückzug, Flucht und Ausblenden der Realität – auch der eigenen Krankheit – liegen als Selbstschutz nahe. Zudem fehlt oft die Energie für äussere Anpassung und Leistungen.

Breites Handicap

Das hat soziale Beeinträchtigungen zur Folge, welche ihrerseits auf Zustand

und Verlauf zurückwirken. Das betreffen nicht allein die Arbeitsleistung sondern die ganze Lebens- und Beziehungsgestaltung, auch die adäquate Übernahme sozialer Rollen. Junge Menschen verpassen durch die Krankheit wesentliche Schritte ins Erwachsenenleben und sollen diese dann mit Handicap nachholen. Die wiederholte Erfahrung des Scheiterns, der soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung verstärken Selbstwertprobleme und Rückzugstendenzen. Aus diesen sozialen Gründen werden neben Medizin und Psychotherapie die vielfältigen sozialpsychiatrischen Hilfen notwendig, welche die PSAG anbietet.

Riassunto

Nella nostra collaborazione con i settori dell'amministrazione e delle assicurazioni siamo spesso in difficoltà nel comunicare con persone che non operando in psichiatria fanno fatica a comprendere la specificità e le condizioni del nostro lavoro. Nel rapporto annuale 2009 del PSAG (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft: comunità di lavoro psicosociale) Theodor Cahn presenta in modo comprensibile e sensibile le esigenze specifiche all'accompagnamento di persone che convivono con il disagio psichico. In quest'articolo si mette in evidenza la necessità di avere una solida formazione e buone conoscenze sulle conseguenze dei deficit psichici per poter operare efficacemente in psichiatria sociale sottolineando anche l'importanza del lavoro d'équipe anche nella sua funzione di sostegno.

Mit dieser Darstellung der spezifischen Problematik möchten wir eine ressourcenorientierte Haltung nicht infrage stellen. Wir betreuen psychisch chronisch kranke und behinderten Menschen mit dem klaren Ziel, ihre stets vorhandenen Ressourcen aufzuspüren, zu fördern und ihnen verfügbar zu machen. Das setzt aber voraus, dass wir die besonderen Bedingungen unserer Hilfeleistungen aufzeigen:

Nähe-Distanz-Problematik

Wir haben es mit „schwierigen Menschen“ zu tun: Ihre komplexe Beein-

Resumé

Dans nos collaborations avec les secteurs de l'administration et des assurances, nous faisons fréquemment l'expérience de la difficulté à communiquer à des interlocuteurs qui n'oeuvrent pas dans le domaine de la psychiatrie, les spécificités de notre travail et les conditions y relatives. Dans le rapport annuel 2009 du PSAG (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft: Communauté de travail psychosocial), Theodor Cahn présente de manière sensible et compréhensible les exigences spécifiques de l'accompagnement de personnes vivant avec des déficiences psychiques. Il met en évidence comment le travail de psychiatrie sociale nécessite une solide formation et de bonnes connaissances des conséquences des déficiences psychiques pour les personnes concernées. Il y souligne également l'importance et le soutien du travail en équipe.

trächtigkeit wirkt sich gerade in bedeutsamen Beziehungen aus. Für sie ist die klare, verlässliche Beziehung Basis jeder professionellen Hilfe. Aber sie stellen diese Beziehung mit ihren wechselnden, oft negativen Gefühlen, Ängsten und unrealistischen Erwartungen auf die Probe. Es braucht Professionalität und Erfahrung, um in der konkreten Begegnung die augenblicklich richtige Distanz zu finden, in welcher sich die Betreuten weder allein gelassen noch vereinnahmt fühlen.

Viele Betreute haben Mühe mit der Konstanz: ihrer Gefühle und Stimmung, ihrer Ziele und Bedürfnisse, ihres Urteils über die eigene Lage. Das ist meist Ausdruck starker innerer Widersprüche. Folglich ist es wenig sinnvoll, einfach „Motivation“ oder „klaren Auftrag“ einzufordern. Es braucht vielmehr geduldiges Haltgeben und Überbrücken von Bruchstellen. Auf unvermittelte Änderungen und Krisen muss man gefasst sein. Wegen dieser Wechselhaftigkeit müssen rechte Form und Mass der Hilfe immer wieder neu gefunden und angepasst werden.

Hohe Professionalität

Im professionellen Umgang mit psychisch beeinträchtigten Menschen muss man eine offene, verständnisvolle und zugleich hinreichend abgegrenzte Haltung finden und bewahren können: Man soll sich von der Irrationalität, der Angst, der Ohnmacht und von den heftigen und widersprüchlichen Gefühlen wohl bewegen lassen, etwas davon zu verstehen versuchen, sich dabei aber nicht verlieren. Das erfordert, selber ein hohes Mass an Kraft der eigenen Person einbringen. Dazu ist Rückhalt in einem funktionierenden Team und ausreichende Gelegenheit zur Reflexion in Supervisionen nötig. Beziehungsarbeit braucht Zeit und institutionellen Schutz vor ökonomischem Druck. Dann ist diese herausfordernde Arbeit auch sehr befriedigend.

DR. MED. THEODOR CAHN,
Vorstandsmitglied PSAG

*Come chi ripercorra nella mente
la malattia che l'ha appena lasciato
non riesce a valutarne esatti i rischi
poiché il nuovo benessere lo offusca*

*e chi torna sul ciglio di un abisso
col pensiero assottiglia il ramoscello
sbocciato di traverso sulla roccia,
che lo trattene dal precipitare*

*così l'anima ha per abitudine,
trascorso molto tempo dal dolore,
di porre in dubbio la sua identità
in cerca di una prova.*

Emily Dickinson

La sofferenza ieri é oggi

Le più infauste e dolorose tra le angustie contemporanee sono rese perfettamente dal termine tedesco Unsicherheit, che designa il complesso delle esperienze definite nella lingua inglese uncertainty (incertezza), insecurity (insicurezza esistenziale) e unsafety (assenza di garanzie di sicurezza per la propria persona, precarietà). La cosa singolare é che queste afflizioni costituiscono un enorme impedimento ai rimedi collettivi: le persone che si sentono insicure, che diffidano di ciò che il futuro potrebbe riservare loro e che temono per la propria sicurezza personale, non sono veramente libere di assumersi i rischi che l'azione collettiva comporta. Non trovano il coraggio di osare né il tempo di immaginare modi alternativi di vita insieme; sono troppe assorbite da incombenze che non possono condividere per pensare (e tanto meno per dedicare le loro energie) a quei compiti che possono essere svolti solo in comune.

Nell'età contemporanea l'uomo é stato travolto e "stravolto" dalle conquiste della scienza e della tecnica, che lo hanno proiettato in una nuova dimensione spazio-temporale in cui egli

ha sempre più potere d'azione, ma dove é anche sempre meno padrone di se stesso.

Si é aperta una nuova era, quella in cui viviamo, che si preferisce definire post-moderna, in cui si sta tentando il processo di omologazione culturale a livello planetario (ragione per cui si parla di globalizzazione).

Noi viviamo nell'epoca delle società di massa e delle istituzioni.

Nei paesi occidentali, dove l'uomo é più "aperto" al nuovo e più facilmente suggestionabile, é in atto un rimescolamento culturale, favorito dalla residenza in realtà multietniche, dove, la varietà delle lingue, delle religioni, dei costumi, ha ingenerato più che mai confusione e disorientamento; ha provocato l'allentamento del senso di appartenenza, l'affermazione di "identità fluttuanti".

Pensando agli immigrati sempre di più aumenta il numero delle persone con problemi psichici. Arrivano tra mille difficoltà indebitandosi per pagarsi il

viaggio. I loro sogni si infrangono e rimane la triste realtà di provvisorietà e di illegalità. Il permesso di soggiorno è per loro come bentrata in paradiso, la porta che apre a loro la possibilità di sistemarsi. Esistono, purtroppo, questi mondi sommersi, dove regnano la disperazione e la lotta per la sopravvivenza.

Ma il dolore e la sofferenza come sono stati spiegati e compresi nel passato?

In epoca preistorica il dolore non trovava logica spiegazione e l'uomo, da sempre bisognoso di dare un significato, evocò spiriti maligni e forze occulte che, penetrando nel corpo, determinavano lo stato di sofferenza.

La concezione che la sofferenza fosse provocata da demoni che entravano di nascosto nel corpo di chi aveva offeso il Dio protettore la si ritrova dall'epoca del bronzo fino all'epoca di Platone.

Molto tempo dopo nella filosofia cristiana il dolore sarà considerato come un'espiazione dei dolori.

La visione organicistica fu introdotta da Ippocrate prima e da Aristotele poi. Quest'ultimo sosteneva che uno dei cinque sensi, il tatto, fosse responsabile del dolore, ma erroneamente riteneva che solo nel cuore il dolore si trasformava in una sensazione che chiamava "passione dell'anima".

La filosofia Aristotelica si riaffermò nel Medio Evo sovrastando il pensiero del filosofo arabo Avicenna, il quale definì il dolore come "una particolare sensazione" che può essere prodotto dalla malattia o essere esso stesso malattia.

Nel Medio Evo nasce la medicina Monastica. I Benedettini utilizzavano un ricco prontuario di erbe medicinali. Questi monaci possiamo considerarli come i pionieri della futura industria farmaceutica.

Galilei getta le basi per una concezione non più filosofica, ma puramente razionale del dolore e successivamente con Cartesio che, con la teoria del metodo, in pieno Rinascimento, tracciò il definitivo allontanamento dal metafisico. Il cervello fu considerato la sede centrale della sensibilità.

Con Paracelso, ideatore dell'etero



Luigi Bartilotti / flickr

Resumé

Reflexionen zu Leiden, Leidenskonzept und zur Bedeutung und Sinn des Leidens. Ein kurzer Abriss der Geschichte, wie in der Vergangenheit Leiden und Schmerz erklärt und verstanden wurden. Überlegungen zur aktuellen Realität, zum Verständnis der Unsicherheit die der Mensch erlebt.

Im Weiteren beinhaltet der Artikel Fragen zum Konzept menschlicher Grenzen. Auf welche Art und Weise der Mensch in seiner komplexen psychophysischen Konstitution im Erleben von Schmerz und/oder Leiden betroffen ist. Ein Versuch, das Leiden nicht nur aus einem medizinisch/psychiatrischen Blickwinkel zu betrachten, sondern auch aus philosophischer Sicht.

Résumé

L'article aborde le thème de la souffrance, le concept de souffrance ainsi que la signification et le sens de la souffrance. Un bref survol historique montre comment la souffrance et la douleur étaient expliquées et comprises dans le passé. La réalité actuelle et la compréhension de l'insécurité vécue par l'être humain y sont également évoquées. L'auteur interroge par ailleurs aussi le concept des limites humaines. De quelle manière l'être humain doté d'une complexe constitution psychosomatique vit-il l'expérience de la douleur et/ou de la souffrance ? Le texte propose un regard philosophique et pas uniquement médico-psychiatrique sur cette réalité.

solforico da lui utilizzato per lenire la sofferenza, si assiste al tentativo di rivoltare i concetti fino ad allora esposti. Paracelso proponeva la visione olistica dell'uomo in cui il dolore era interpretato anche alla luce della complessa sfera psicofisica.

Ma un vero precursore della visione psicofisica del dolore è stato Benedetto De Spinosa che trattava il dolore includendovi anche la melancolia. Il dolore era visto come un'emozione e con il termine "tristizia" indicava sia il dolore fisico sia quello psichico.

Nel XVI e XVII secolo con l'avvento della concezione scientifica della natura, il dolore non è più valutato nell'ambito della filosofia ma della medicina.

Nell'ottocento la psicologia, che era nata con notevole ritardo come sapere autonomo rispetto alla medicina, ha dato al dolore un suo significato, attribuendogli il valore del sentimento oltre di sensazione, interpretandolo come esperienza dell'essere umano.

Oggi sembra sia riaffiorato il sogno di Paracelso che tentò di riformare la medicina dell'epoca senza successo e che propose una visione olistica in cui soma e psiche sono elementi inscindibili dell'essere umano.

La definizione di sofferenza (De Voto) come "condizione tormentosa provocata dalla assiduità del dolore".

La sofferenza è dunque un disagio psicofisico che può anche essere interpretato dal paziente come dolore non meglio definito e che può non trovare geni organica.

Cosa si nasconde in ogni anima che sia ferita e lacerata dal dolore e dall'angoscia è difficile e complesso da decifrare. Come afferma E. Borgna la psichiatria svolge un compito essenziale e indispensabile quando si serve di formulazioni diagnostiche in cui comprimere e pietrificare stati d'animo fluttuanti e mutevoli, esperienze vissute che si allontanano da una "norma" e che testimoniano di una condizione di sofferenza talora insostenibile.

Ma la psichiatria non può non essere contestualmente psichiatria sociale: impegnata a realizzare e a descrivere le influenze che i diversi contesti sociali svolgono sull'insorgenza e sull'evoluzione delle esperienze e delle forme di sofferenza psichica.

Ma oltre a comprendere il significato della sofferenza è necessario porsi la domanda circa il suo senso.

U. Galimberti in "La casa di psiche" afferma che la domanda di senso si fa più acuta nell'età della tecnica, perché la tecnica tende a mortificare l'individuo nella sua peculiarità, per ridurlo a puro funzionario di un apparato, la cui efficienza è garantita più dalla sostituibilità degli individui che dalla loro specificità.

Il senso è come la fame che si avverte non quando si è sazi, ma quando manca il cibo. È l'esperienza del negativo a promuovere la ricerca, è la malattia, il dolore, l'angoscia, non la felicità, sul cui senso nessuno si è mai posto domande.

Nella sofferenza, afferma Galimberti, siamo insostituibili perché siamo in-

sostituibili nella morte, di cui la sofferenza è un'anticipazione, in quanto sottrazione di vita, sua estenuazione, riduzione della sua espansività, suo ripiegamento. Come tale la sofferenza, oltre che evento fisico o psichico, segnala la condizione ineludibile dell'umano: la condizione mortale.

Della morte non ci addolora l'evento in sé, ma la consapevolezza della sua ineludibilità e quindi l'attesa di cui la sofferenza è l'avvisaglia. Non soffriamo solo del male fisico o psichico che ci tocca, ma soprattutto del suo segnale premonitore. Patire significa infatti subire quel che non si può scegliere. Nel patimento fisico o psichico, oltre al dolore della sofferenza, c'è il dolore dell'attesa di morte, di cui la sofferenza, che restringe le possibilità di vita, è inequivoco segnale. Per questo la pazienza, che è l'arte del saper patire, è virtù riconosciuta nei pazienti, non tanto perché si attende la guarigione prossima o ventura, quanto perché si è consapevoli di non poter evitare la propria sorte mortale.

Nel patire quel che non possiamo evitare, la sofferenza, fisica o psichica che sia, ci mette a contatto con il nostro limite, anzi ci consegna al nostro limite che ci descrive come esseri sospesi sul nulla. Dal nulla venuti, al nulla destinati. Puri eventi consegnati alla precarietà dell'essere che chiedono il senso della loro precarietà.

PAOLO CICALE

Case Management - eine praxisbezogene Begriffsklärung

9. September 2010, 10.00 – ca. 16.30 h | Psychiatrische Klinik, Wil
Details siehe www.sgsp.ch/aktuell

Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie SGSP,
Deutschschweiz mit ZASP - die interdisziplinäre sozialpsychiatrische Weiterbildung
in Zusammenarbeit mit

St. Gallische Kantonale Psychiatrische Dienste, Sektor Nord
- Center of Education and Research (COEUR) -

Bericht aus dem ZV

Rapport du comité central

Rapporto del comitato centrale

Nachdem die letzte Mitgliederversammlung beschlossen hatte, dass für die kommenden drei Jahre die SektionspräsidentInnen das schweizerische Präsidium im Turnus übernehmen, traf sich der ZV erstmals in seiner selbstverordneten Such und Klärungsphase - freundlichst aufgenommen und auch zum gemeinsamen Abendessen eingeladen im gastlichen Haus von Eva Krebs-Roubicek.

Neben grundsätzlichen Diskussionen zur Funktionsweise der SGSP und ihrer Gremien (Austausch-Plattform / Weiterbildung / Forschung / Handeln) waren die ein-einhalb Tage vor allem durch pragmatische Entscheidungen geprägt. Eingehend wurde die Frage diskutiert, ob ein gedrucktes INFO längerfristig noch zeitgemäss ist oder ob ein elektronisches Format nicht mehr Flexibilität bei geringeren Kosten ermöglichte. Da insbesondere in der Deutschschweiz die Kooperation mit der Sozialen Medizin eine zusätzliche Verbreitung ermöglicht, wurde – pragmatisch – vorläufig auf eine Änderung verzichtet, gleichzeitig aber beschlossen, dies in einem Jahr nochmals zu prüfen. Weiter wurde die Nutzung des Internets grundsätzlich diskutiert. Entsprechend der sich abzeichnenden Verschiebung des Gewichts und der Aktivitäten von der Zentrale zu den Sprachsektionen wurde empfohlen, dass die Sprachsektionen überlegen, wie sie das Internet vermehrt als Plattform nutzen wollen. Die Tessiner Sektion hat bereits seit einiger Zeit eine eigene Seite (erreichbar über www.sgsp.ch), in der Deutschschweiz ist nun ebenfalls – in Zusammenarbeit mit der ZASP eine eigene Seite im Aufbau.

Unterstützt wurde der Antrag des

Après la décision prise lors de la dernière assemblée des membres de confier pour les trois prochaines années la présidence suisse aux présidents de section selon un tournus annuel, le comité central s'est réuni une première fois avec une intention de clarification et de réorganisation, aimablement accueilli et aussi invité pour un repas du soir en commun dans la maison conviviale de Eva Krebs-Roubicek.

En sus des discussions de fonds sur la fonction de la SSPS et de ses organes (plate-forme d'échanges, formation continue, recherche, activités), ce sont surtout des décisions pragmatiques qui marquèrent cette journée et demie de travail. On se pencha en particulier sur la question du bulletin INFO et sur l'opportunité de poursuivre à long terme une impression papier sachant que ce support n'est plus forcément d'actualité et qu'un format électronique offrirait probablement davantage de flexibilité ainsi que des coûts moins conséquents. Comme en Suisse alémanique la coopération avec le journal « Soziale Medizin » permet une diffusion élargie, il a été décidé pragmatiquement de renoncer pour l'instant à un changement, tout en convenant de vérifier la pertinence de cette décision dans une année. L'usage d'internet a d'ailleurs fait l'objet d'une discussion approfondie. Conformément au déplacement du poids des activités centralisées vers davantage d'engagements de la part des sections, il a été recommandé à ces dernières d'évaluer dans quelle mesure elles pourraient mieux exploiter internet comme plate-forme d'échanges. La section tessinoise dispose depuis peu de son propre site

Il Comitato centrale, dopo la decisione ratificata dall'Assemblea di affidare a turno annuale la presidenza nazionale ai tre presidenti di Sezione, si è riunito una prima volta accolto in modo squisito a casa di Eva Krebs-Roubicek che ha anche preparato un'ottima cena. La discussione aveva l'obiettivo di chiarire alcune questioni di fondo rispetto al ruolo della SSPS, ai suoi obiettivi e al rinnovamento riorganizzativo intorno ai temi dello scambio, della formazione continua, della ricerca e delle attività. Le decisioni prese hanno perlopiù riguardato questioni pratiche. In particolare è stata presa in considerazione la questione della forma cartacea dell'edizione del nostro bollettino INFO considerando che la versione elettronica ai giorni nostri offre vantaggi rispetto a economia e flessibilità. La collaborazione in Svizzera tedesca con la rivista « Soziale Medizin » che distribuisce l'INFO come inserto permette d'altra parte una diffusione maggiore della nostra pubblicazione e dunque per il momento è stato deciso pragmaticamente di rinunciare per il momento al cambiamento verso la sola edizione elettronica con verifica della situazione fra un anno. Una discussione approfondita ha riguardato l'utilizzo di internet: in seguito al decentramento dell'attività nazionale verso le sezioni si raccomanda a queste ultime di valutare come internet possa divenire una vera piattaforma di scambio societario fra i vari distretti. La sezione ticinese dispone già di un suo sito internet (accessibile dal sito www.sgsp.ch). In Svizzera tedesca il sito in collaborazione con la ZASP è in via di allestimento.

neuen Präsidenten, Yasser Khazaal, der vorschlug, dass die jeweils „präsidierende“ Sektion, ihre Jahrestagung als gesamtschweizerische Veranstaltung durchführt mit einem für alle Sektionen relevanten Thema. Dies um den gesamtschweizerischen Diskurs und Zusammenhalt zu betonen.. Die Section Romande macht den Anfang mit der Tagung vom 29. Oktober 2010 zum Thema beruflicher Integration und Zusammenarbeit mit der IV (bitte Datum vormerken!).

Geklärt wurde weiter die Zusammenarbeit mit Institutionen, mit denen die SGSP zusammenarbeitet, indem Walter Gekle den Sitz im Stiftungsrat der Pro Mente Sana einnimmt und Holger Hoffmann Verbindungsperson zum Aktionsbündnis psychische Gesundheit sein wird.

THOMAS RÜST

internet (accessible à partir de www.sgsp.ch). En Suisse alémanique, la création d'un site partagé avec la ZASP est en cours de construction.

On approuva la demande du président actuel, Yasser KHAZAAL, qui suggéra que la section qui assume la présidence organise sa journée annuelle à l'intention de l'ensemble de la société en choisissant des thèmes intéressants toutes les sections, ceci afin de préserver une réflexion et une cohésion communes et nationales. La section romande sera la première à procéder ainsi en organisant une journée annuelle le 29 octobre prochain sur le thème de l'intégration professionnelle et de la collaboration avec l'AI (merci de noter cette date).

Les collaborations avec d'autres institutions proches de la SSPS furent également clarifiées. Walter Gekle prend ainsi place dans le conseil de fondation de Pro Mente Sana et Holger Hoffmann devient la personne de liaison avec Alliance Santé Psychique Suisse.

THOMAS RÜST

La proposta del presidente Yasser Khazal veniva accettata: la giornata nazionale verrà organizzata dalla Sezione che assume la presidenza nell'anno in corso e che sceglierà un tema coinvolgendo e condividendo interesse e riflessioni con l'intento di favorire l'identità nazionale. La sezione romanda dunque organizzerà per prima secondo queste modalità la giornata nazionale il 29 ottobre prossimo sul tema dell'integrazione professionale e della collaborazione con l'A.I.

La partecipazione a Istituzioni a noi affini veniva pure ridefinita: Walter Gekle assume il mandato nel consiglio di fondazione di Pro Mente Sana et Holger Hoffmann diviene la persona di riferimento per l'Alliance Santé Psychique Suisse.

THOMAS RÜST

Das SGSP-Info dient der gegenseitigen Information über (neue) Dienstleistungen, Projekte und Erfahrungen im Bereich der Sozialpsychiatrie. Beiträge von Leserinnen und Lesern sind sehr erwünscht.

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SGSP); erscheint zwei mal jährlich in der SM Soziale Medizin. Abonnementspreis: Fr. 20.-/Jahr; für Mitglieder der SGSP: im Mitgliederbeitrag inbegriffen.

Les «informations SSPS» devraient servir de plate-forme d'échanges réciproques concernant les (nouveaux) services, projets et expériences dans le champ de la psychiatrie sociale. Les lectrices et lecteurs sont invités à nous transmettre leurs contributions dans ce domaine. Edité par la Société Suisse de Psychiatrie Sociale (SSPS), le bulletin paraît deux fois par année. Prix de l'abonnement (par année): Fr. 18.-; compris dans la cotisation annuelle pour les membres de la SSPS.

Le «informazioni SSPS» vogliono servire alla reciproca informazione su (nuovi) servizi, prestazioni, progetti ed esperienze nel campo della psichiatria sociale. Lettrici e lettori sono perciò cordialmente invitati a far pervenire i loro contributi.

Edito dalla Società Svizzera di Psichiatria Sociale (SSPS); esce due volte all'anno. Abbonamento annuo: Fr.18.-; membri della SSPS: incluso nella quota associativa.



Name, Vorname / Nom, Prénom / Nome, Cognome:

Beruf, Titel, Anrede / Profession, Titre / Professione, titolo, qualifica:

Adresse / PLZ / Ort:

E-Mail oder Fax: Tel.:

Einzelmitglied/Membre individuel/socio individuale (Jahresbeitrag: Fr. 50.-)

Kollektivmitglied/Membre collectif, Institution/socio collettivo (Jahresbeitrag: Fr. 200.-)

Abonnentin/Abonnée des/abbonamento SGSP-Informations (Jahresabonnement: Fr. 20.-)

Ort, Datum/Lieu, Date/Luogo, data: _____ Unterschrift/Signature/firma: _____

Senden an / Evoyer au / Spedire a:

Sekretariat AK15, Juravorstadt 42, 2503 Biel

Sekretariat SSPS, Service de consultation, Rue de l'hôpital 14, 1920 Martigny

Società Svizzera di psichiatria Sociale, c/o studio Dr. G. Enderlin, via Pioda 15, casella postale 163, 6004 Locarno

Redaktionsteam / Gruppo di redazione / Equipe rédactionnelle:

Paolo Cicale, laureato in filosofia, Brionco

Yvonne Lüdi, lic. phil. Geschäftsleitung Stiftung Phönix, Zug

Zbinden, Barbara, Mediation sociale, Martigny

Waldvogel, Ruth, Dr. sc.nat.; lic.phil. Psychotherapeutin SPV, Basel

Beiträge bitte an folgende Adresse:

Dr. Ruth Waldvogel, General Guisan-Str. 46, 4054 Basel. Tel. 061 302 33 10 / Fax 061 272 59 08 / ruth.waldvogel@bluewin.ch

Fortsetzung von Seite 26

und Malaria war im Jahre 2002 von der Vollversammlung der Vereinten Nationen lanciert worden um die für die globale Aidsbekämpfung notwendigen Mittel zu generieren. Vorerst sollte er sich auf Aids konzentrieren, ist dann ausgeweitet worden und schliesst auch den Kampf gegen Tuberkulose und Malaria mit ein.

SM: Ist der Grund für vertikale Programme wie UNAIDS ein politischer? Lässt sich bei den Regierungen der westlichen Länder eher Geld locker machen, wenn es um die Bekämpfung einer ganz bestimmten Krankheit geht, die in den Medien vorkommt?

Es trifft zu, dass hinter der Lancierung von Gesundheitsprogrammen auch politische Gründe stehen. Die Aidsepidemie ist in den 90er Jahren als ‚die‘ grosse Herausforderung weltweit wahrgenommen worden, welche die Entwicklung und den Weltfrieden bedrohte. Die rasante Ausbreitung der Epidemie, welche vor allem Menschen im produktiven Alter weggefegt hat, schien alle Anstrengungen der wirtschaftlichen Entwicklung und Armutsbekämpfung zunichte zu machen. Dass mit dem Fokus auf einer bestimmten Krankheit eher Resultate gezeigt werden und damit auch Finanzen locker gemacht werden können, ist mit ein Grund.

Die globale Aidsbekämpfung kann auch als unglaubliche Erfolgsgeschichte gesehen werden. Im Jahre 2000 glaubte niemand daran, dass Menschen auch in wirtschaftlich rückständigen Regionen erfolgreich behandelt werden könnten. Seit 2003 hat sich die Zahl der Behandelten weltweit verzehnfacht. Wie nie zuvor konnten Gelder mobilisiert werden. Mit dabei war auch die grosse Solidarität im Norden mit dem Süden. Das Engagement ging – und geht heute noch – von der tiefen Überzeugung aus, dass jeder Mensch ein Recht auf Gesundheit und Leben hat, gleichgültig, ob er oder sie hier in der wohlhabenden Schweiz oder in einem armen Land des Südens wohnt.



“ Dass mit dem Fokus auf einer bestimmten Krankheit eher Resultate gezeigt werden und damit auch Finanzen locker gemacht werden können, ist mit ein Grund.

SM: Gibt es umgekehrt politische Gründe, dass den Regierungen der Empfängerländer zweckgebundenes Geld für vertikale Programme lieber ist als eine allgemeine Unterstützung der Gesundheitsversorgung? Etwa weil ihnen diese zu sagen erlauben: Wir benötigen Hilfe, weil wir aufgrund der klimatischen Verhältnisse, von Klimakatastrophen, Kriegen usw. überdurchschnittlich von ganz bestimmten Krankheiten betroffen sind. Dass die Gesundheitsversorgung in ihrem Land ganz allgemein im Argen liegt, müssen sie dabei aber nicht zugeben.

HZ: Ich denke nicht. Heute kann keine Regierung mehr die schlechte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und die Mängel im staatlichen Gesundheitssystem vertuschen. Zweckgebundenes Geld kann eher einengen und binden, vor allem dann, wenn das gesprochene Geld, etwas für Aids, unsicher und nicht vorhersehbar ist und mit der eigenen Planung und dem staatlichen Gesundheitsbudget konkurriert.

SM: Offenbar ist es ja ein Irrtum, zu glauben, die gesundheitlichen Herausforderungen in den Entwicklungslän-

dern seien vor allem Tropenkrankheiten. Verkehrsunfälle sowie chronische Krankheiten wie Diabetes, Krebs und Herz-Kreislaufkrankheiten spielen zunehmend eine Rolle. Die chronischen Krankheiten in den Entwicklungsländern waren ja wohl nicht zufällig das Thema des Medicus Mundi-Symposiums vom letzten November in Basel (vgl. Soziale Medizin 1.10 S. 14). Wie passen vertikale Programme dazu?

HZ: Die Ausbreitung von chronischen Krankheiten wie Diabetes, hoher Blutdruck usw. – oft fälschlicherweise als „Wohlstandskrankheiten“ wahrgenommen – ist lange von der Weltgemeinschaft übersehen worden. Heute ist Krebs tatsächlich, mit Ausnahme von Afrika südlich der Sahara, die häufigste Todesursache und stellt die lokalen bereits überforderten Gesundheitssysteme vor erhebliche Probleme. Oft sterben die Menschen an einer Kombination von einer chronischen Krankheit und Aids. Bei der Bekämpfung von chronischen Krankheiten sollte aus den Erfolgen der Aidsbehandlung gelernt werden, etwa bei der Behandlung von PatientInnen in entlegenen Gebieten.

Dank dem Fokus auf Aids in der Öffentlichkeit und Politik ist es gelungen, zahlreiche Ressourcen für aidspezifische Programme zur Prävention, Behandlung und Unterstützung zu mobilisieren und damit konkrete Resultate zu erzielen. So kann ein Fokus auf spezifischen Krankheiten auch bei Krebs oder Diabetes dazu beitragen, Ressourcen zu mobilisieren, Forschung voranzutreiben und die Medikamentenpreise zu senken. Wie ich bereits betont habe, müssen krankheitsspezifische Interventionen in die allgemeine Gesundheitsversorgung integriert werden. Wir sollten von der „horizontal-versus-vertikal“-Debatte wegkommen in Richtung eines „diagonalen“ oder „integrierten“ Ansatzes. Ein solcher baut auf den Erfolgen des Public Health-Ansatzes der Weltgesundheitsorganisation auf und rückt das Recht der PatientInnen auf angemessene Gesundheitsversorgung ins Zentrum.

SM: In den meisten Entwicklungsländern gibt es ja keine Krankenversicherung und keine kostenlose Gesundheitsversorgung. Wer nicht von durch Hilfsgelder finanzierten vertikalen Programmen profitieren kann, etwa von einer Impfkampagne oder einem AIDS-Programm, muss die Behandlung selber zahlen. Führt dies nicht zu grotesken Zuteilungsentscheidungen und lädt geradezu zum Betrug ein?

HZ: Es gibt keinen Überfluss an Medikamenten, den es zu verteilen gilt. Im Gegenteil, gerade jetzt, in der Folge der Weltwirtschaftskrise, müssen Gesundheitszentren und Kliniken ihre Tore schliessen oder neue PatientInnen abweisen. Das medizinische Personal und die EntscheidungsträgerInnen sind da oft vor die existentielle Frage gestellt, wen sie ins Programm aufnehmen können und vor allem wen nicht. Etwa wie die Frage: Wen nehmen wir ins Rettungsboot auf, das zuwenig Platz für alle hat?

Für die PatientInnen ist es meist sehr schwierig, die für die Behandlung notwendigen Medikamente zu erhalten, da die Versorgung nicht funktioniert, der Weg zur Klinik zu weit und der Bus zu teuer ist, oder sie die Medikamente nicht auf den leeren Magen einnehmen können. Was geschieht zum Beispiel in einer Familie, wenn die Mutter in Be-

handlung ist und jetzt auch der Mann eine Behandlung beginnen sollte, da die Viruslast gestiegen ist. Was tun ohne Geld, Arbeit oder Krankenversicherung? Die Pillen miteinander teilen? Wer soll krank werden und sterben? Dies sind die relevanten, beunruhigenden Fragen.

SM: Gerade in dieser Ausgabe der Sozialen Medizin publizieren wir einen Beitrag von Christa Rudolf von Rohr. Darin kritisiert sie, die Programme für reproduktive Gesundheit in den Ländern des Südens fokussierten zu stark auf potenzielle Mütter. Zeigt sich hier nicht ein ähnliches Problem: Gewisse Programme sind aus politischen Gründen zu eng gefasst?

HZ: Ich sehe darin eher eine mangelnde kulturelle Sensibilität, die zum Teil historisch bedingt ist. Entwicklungsprogramme wandten sich lange an die Männer als Oberhaupt der Familie und „übersahen“ dabei den wichtigen produktiven Beitrag der Frauen zum Haushalteinkommen und zur Entwicklung des Landes. Die Frauen wurden dem reproduktiven Bereich zugeordnet, und dazu gehört das Kinderkriegen. Übersehen wurde dabei die starke kulturelle Tradition, welche den Männern auch hier die Entscheidungsmacht gibt über das reproduktive Verhalten und die Zahl der Kinder.

In der Aidsarbeit sind wir in diesem Bereich einen kleinen Schritt voraus. In der HIV-Prävention geht es darum, sich oder andere vor einer Ansteckung zu schützen, um „safe sex“. Es ist traditionell der Mann, der im Bett bestimmt, den Frauen fehlt die Verhandlungsmacht, „nein“ zu sagen oder auf einem Kondom zu bestehen. Es wurde relativ früh damit begonnen, sich bei Aufklärungskampagnen sowohl an männliche wie weibliche Jugendliche zu wenden, da eingesehen worden war, dass es ohne die Männer nicht geht.

SM: Welche Motive stecken deiner Meinung nach hinter der Kritik an vertikalen Programmen wie UNAIDS? Gibt es Kreise, die vertikale Programme kritisieren, im Grunde aber überhaupt kein Geld für die Entwicklungszusammenarbeit zur Verfügung stellen würden?

HZ: Die Kritik an vertikalen Programmen ist zum Teil berechtigt, da der

Fokus anfänglich zu eng war. Doch wie bereits erwähnt, haben die internationalen Organisationen, einschliesslich des Globalen Fonds oder der UNAIDS, dazugelernt. HIV-Prävention, Behandlung und Pflege sollte noch konsequenter in andere Bereiche integriert werden, etwa HIV-Aufklärung in Familienplanung und reproduktive Gesundheit oder Personalschulung. Wir sollten vermehrt von einem bedürfnis- oder patientenorientierten Ansatz ausgehen, wo - wie bei uns - die Bedürfnisse und Nöte der PatientInnen und ihr Recht auf bestmögliche Gesundheitsversorgung im Zentrum stehen.

Die gegenwärtigen Diskussionen und Bemühungen, den Globalen Fonds auszuweiten und alle gesundheitsrelevanten MDGs anzugehen - einschliesslich Gesundheit von Mutter und Kind - haben durchaus ihre Gültigkeit. Wir befürchten jedoch, dass dafür keine zusätzlichen Gelder gesprochen werden, sondern das bestehende Geld, das bisher für Aids bestimmt war, auf zusätzliche Töpfe verteilt wird. Dies wäre zum Nachteil der 33 Millionen Menschen weltweit, die mit HIV leben, und fünfzehn Millionen Kindern, die durch Aids zu Waisen gemacht wurden und die dringend unserer Unterstützung bedürfen. Dafür braucht es mehr und nicht weniger Geld. Aids darf nicht von der politischen Agenda verschwinden.

Ich denke jedoch nicht, dass Regierungen oder internationale Organisationen diese Debatten nutzen, um ganz aus der Entwicklungszusammenarbeit auszusteigen. Sie wollen vielmehr dieselben oder die geringer werdenden Gelder auf andere, politisch attraktivere Bereiche wie Klimawandel oder Terrorismusbekämpfung verteilen.

Am 14. April 2010 fand in Bern eine Fachtagung zur Zukunft der globalen Aidsbekämpfung statt. Sie war von aidsfocus.ch, der Fachplattform HIV/Aids und internationalen Zusammenarbeit organisiert worden. Der Reader zur Tagung erscheint Anfang Juli als Bulletin von Medicus Mundi Schweiz Nr. 117. Dieses kann bezogen werden bei Medicus Mundi Schweiz, info@medicusmundi.ch oder auf der Website www.medicusmundi.ch.



aaron landry / flickr

Viele schätzen die grössere Verantwortung, aber nicht alle

Was lässt sich gegen den Pflegenotstand tun?

Seit kurzem lässt ein Bericht aufhorchen, der vor einem deutlichen Mangel an Pflegepersonal warnt. Dieser kann in Zukunft nicht ausschliesslich durch Zuwanderung aus dem Ausland ausgeglichen werden. Erforderlich sind Reformen in der Berufsbildung. Zudem müssen die Mitarbeitenden dazu motiviert werden, länger im Beruf zu verbleiben und beispielsweise nach einer Familienpause wieder einzusteigen.

Gesprächsleitung und redaktionelle Bearbeitung: Ruedi Spöndlin

Ruedi Spöndlin: Der kürzlich veröffentlichte Versorgungsbericht von OdASanté und der Konferenz der kantonalen GesundheitsdirektorInnen (GDK) warnt vor einem Pflegenotstand in der Schweiz (Quellenhinweis am Ende des Textes). Es zeichnet sich im Gesundheitswesen offenbar ein drastischer Personalmangel ab. Was lässt sich dagegen tun?

Urs Sieber: Es geht heute in erster Linie darum, die anstehende Herausforderung ungeschönt aufzuzeigen und damit die Handlungsbereitschaft zur Umsetzung von Massnahmen zu erhöhen. Gegenwärtig nimmt man den Mangel unterschiedlich wahr. Im Spitalbereich ist er noch wenig spürbar, in der Langzeitpflege jedoch schon eher. Im Spitex-Bereich verhält es sich unterschiedlich, je nach Region.

Spöndlin: Ist es nicht so, dass wir den Mangel an Pflegepersonal durch Mitarbeitende aus dem Ausland kompensieren?

Sieber: Das ist richtig, vor allem durch Mitarbeitende aus dem nahen Ausland. Mit der Zeit werden diese aber nicht mehr zur Verfügung stehen, weil Länder wie Deutschland, Frankreich und Italien die Abwanderung von Pflegepersonal zunehmend zu verhindern versuchen. In Baden-Württemberg gab es bereits politische Vorstösse zu diesem Thema.

Iris Ludwig: Knappheit von Pflegepersonal ist nichts Neues, sondern ein immer wiederkehrender Zustand. Auch früher deckte man die Lücke schon mit Migrantinnen. Ich habe in den 1970er Jahren beispielsweise mit vielen skandi-

Unsere GesprächspartnerInnen

Iris Ludwig,

Jhg. 1954, Erziehungswissenschaftlerin und Pflegeberaterin MA, Mitglied des Herausgeberbeirats Soziale Medizin. Hat 1974 die Maturität absolviert und 1978 die Ausbildung zur Krankenschwester IKP in Zürich abgeschlossen. Nach einigen Berufsjahren als Pflegende in verschiedenen Zürcher Spitälern arbeitete sie als Lehrerin für Krankenpflege. Ihr Studium der Erziehungswissenschaften absolvierte sie in Freiburg im Breisgau und unterrichtete seit 1992 insbesondere in der LehrerInnenausbildung am WE>G, auch auf dem Hintergrund ihres fachlichen Masters in Pflegeberatung der Webster University in St. Louis, USA (1992 bis 1995). Am WE>G leitete und konzipierte sie ab 1996 in Zusammenarbeit mit der Universität Maastricht den ersten Studiengang zur Pflegewissenschaft in der Schweiz. Heute ist sie als selbständige Beraterin speziell zum Thema Skill- und Grademix in der Pflege tätig.

Urs Sieber,

Jhg. 1958, Geschäftsführer von OdASanté, absolvierte ursprünglich eine Pflegeausbildung in der Psychiatrie. Ab 1988 war er in der Berufspädagogik tätig, u.a. als Leiter der Pflegefachschule Liestal. Ab 1998 übernahm er eine Aufgabe als Experte für Berufsbildung beim Schweizerischen Roten Kreuz. Von 2003-2005 absolvierte er ein berufsbegleitendes Studium zum Executive Master of Non-profit Management. OdASanté ist die Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit mit Sitz in Bern. Sie wurde am 12. Mai 2005 gegründet und besteht aus den Spitzenverbänden der Berufs- und Arbeitgeberorganisationen im Gesundheitswesen sowie der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK.

navischen und finnischen Kolleginnen zusammengearbeitet, aber auch mit Koreanerinnen. Auch in den 1990er Jahren war der Mangel an Pflegepersonal ein Thema.

Sieber: Die Branche ist sich an den Mangel gewohnt und hat Erfahrungen, wie man damit umgeht. Neu ist, dass die Lösung durch Zuwanderung aus dem Ausland künftig nicht mehr im gleichen Ausmass möglich sein wird. Es gibt ethische Bedenken dagegen. Die WHO wird demnächst einen Kodex verabschieden, der die Rekrutierung von ausländischem Gesundheitspersonal missbilligt.

Spöndlin: Worin besteht das ethische Problem bei der Migration von Gesundheitspersonal?

Sieber: Wenn wir Personal aus Deutschland abziehen, ist das zunächst kein grosses Problem. Deutschland wird seine Lücke dann aber beispielsweise durch Menschen aus Polen füllen, und Polen vielleicht durch solche aus der Ukraine und Zentralasien. So entsteht ein Braindrain aus Ländern, gegenüber denen sich das nicht verantworten lässt, weil ihre Gesundheitsversorgung ohne-

hin schon mangelhaft ist und sie die wirtschaftlichen Mittel nicht haben, ihrerseits Zuwanderer anzuziehen. Deshalb haben wir uns bei OdASanté das Ziel gesetzt, das Gesundheitspersonal selbst auszubilden, das wir in der Schweiz benötigen.

Ludwig: Urs Sieber, interessant finde ich, dass du vorher von ‚Branche‘ geredet hast. In Bezug auf das Gesundheitswesen hören viele diesen Begriff nicht gerne. Sie sehen die Gesundheitsversorgung nicht als eine Branche. Ich finde den Begriff aber insofern richtig, als eine Branche mehr ist als eine bestimmte Berufsgruppe. Wenn wir Gesundheitsbranche sagen, benennen wir unsere Aufgabe, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, und lassen offen, welchen Beruf die Menschen erlernt haben sollen, die diese wahrnehmen. Unser Dienstleistungszweig oder unsere Branche ist für mich eben mehr als die Berufsgruppe der diplomierten oder sogar akademisch qualifizierten Pflegefachleute. Auch andere Berufsgruppen sollen darin ihren Platz haben. Damit will ich nicht in Frage stellen, dass diplomierte Pflegefachpersonen unverzichtbar sind. Die Verantwortung für den

Pflegeprozess muss unbedingt in ihren Händen bleiben und wir brauchen auch akademisch gebildetes Personal.

Sieber: Mit Branche meine ich eher die ganze Arbeitswelt der Gesundheitsversorgung, also nicht nur das Personal, sondern auch die Spitäler, die Berufsverbände, die Spitex-Organisationen, die verschiedenen Ausbildungsangebote usw. Ich bin mit dir aber einverstanden, dass wir den Fokus nicht ausschliesslich auf die diplomierten oder sogar an einer Hochschule qualifizierten Pflegefachpersonen richten dürfen. Sonst können wir die Herausforderung durch den Mangel an Gesundheitspersonal nicht meistern. OdASanté hat den Weg eingeschlagen, im Bereich der Berufsbildung im Gesundheitswesen eine Vielzahl von Varianten und Niveaus anzubieten. Damit wollen wir den Spielraum beim Entscheid vergrössern, über welche Qualifikationen die Mitarbeitenden verfügen müssen. Damit übernehmen die Betriebe aber auch eine grössere Verantwortung, sie müssen seriös prüfen, was für Qualifikationen sie zur Erfüllung ihrer Aufgabe benötigen.

Ludwig: Wenn bisher ein Mangel an Gesundheitspersonal herrschte, hat man aus dem Ausland immer eine ganz bestimmte Berufsgruppe geholt, diplomierte Pflegefachpersonen. Die finnischen Kolleginnen, mit denen ich in den 1970er Jahren gearbeitet habe, hatten beispielsweise diese Ausbildung, zum Teil sogar auf akademischem Niveau. Vielleicht hätte man den Bedarf aber zumindest teilweise durch Schweizerinnen decken können, die anders ausgebildet waren. Damals hat man sich in den Betrieben noch sehr wenig bewusst mit dem Eruiern des benötigten Mixes befasst.

Spöndlin: Bisher arbeiteten in der Pflege also ausschliesslich diplomierte Pflegefachpersonen?

Ludwig: Man richtete den Fokus zu einseitig auf die Diplomierten. In Wirklichkeit haben im Gesundheitswesen seit eh und je unzählige Menschen gearbeitet, die nicht über ein Pflegediplom verfügten. Als das Rote Kreuz noch für die Berufsbildung im Gesundheitswesen zuständig war, gab es nebst den diplomierten beispielsweise die Pflegerinnen mit



ruedi spöndlin | sozmedia

“

Knappheit von Pflegepersonal ist nichts Neues, sondern ein immer wiederkehrender Zustand. Auch früher deckte man die Lücke schon mit Migrantinnen. Ich habe in den 1970er Jahren beispielsweise mit vielen skandinavischen und finnischen Kolleginnen zusammengearbeitet. Iris Ludwig

dem Titel FA-SRK sowie die Pflegeassistenten. Diese Berufsgruppen sah man jedoch vorwiegend in einer assistierenden, zudienenden Rolle. Damit hat man ihr Potenzial zuwenig ausgeschöpft oder man hat sie über ihre Kompetenzen eingesetzt. Auch heute gibt es übrigens Stimmen aus dem Pflegeberuf, die am liebsten nur diplomierte Pflegefachpersonen – möglichst sogar nur auf Fachhochschulstufe – und daneben angeleitete Laien hätten. Das ist nach meiner Ansicht aber keine gute Lösung. Wie schon gesagt, müssen die Diplomierten die Verantwortung für den Pflegeprozess behal-

ten. Sie müssen es sein, welche dafür sorgen, dass alle Dienstleistungen an der Patientin oder am Patienten während der Dauer des Aufenthalts in der betroffenen Institution und darüber hinaus ein geplantes, sinnvolles Ganzes ergeben. Innerhalb dieses Pflegeprozesses können andere Berufsgruppen aber durchaus eine sinnvolle Funktion übernehmen, die nicht ausschliesslich zudienenden Charakter hat.

Spöndlin: Welche sind die Niveaus, die heute in der Berufsbildung angeboten werden?

Sieber: Einerseits wird im Jahr 2012 eine zweijährige Attest-Ausbildung im Gesundheitswesen starten. Dann haben wir bereits seit 2004 die dreijährige Ausbildung zur Fachfrau oder dem Fachmann Gesundheit (FAGE), die an die obligatorische Schulpflicht anschliesst. Weiter gibt es die diplomierten Pflegefachpersonen sowohl auf der Stufe höhere Fachschule als auch auf Fachhochschulstufe. Und dann gibt es die pflegewissenschaftliche Ausbildung an der Universität, die zurzeit in Basel angeboten wird. Das ist eine grosse Palette, die es Menschen mit verschiedensten Voraussetzungen ermöglicht, einen Beitrag zum Pflegeprozess zu leisten.

Spöndlin: Zumindest hinter vorgehaltener Hand hört man in Betrieben des Gesundheitswesens oft, FAGE seien nicht zu gebrauchen, sie seien zu wenig qualifiziert. Ist da was dran, oder handelt es sich einen Ausdruck von Standesdünkel?

Sieber: Solche Äusserungen höre ich vereinzelt auch. Die Reformen im Berufsbildungsbereich der Gesundheit haben Verunsicherungen ausgelöst. Viele Mitarbeitende erleben, dass ihre „neuen“ KollegInnen andere Ausbildungen durchlaufen haben als sie selbst. Sie verspüren deshalb einen gewissen Druck zur Umorientierung. 2009 sind die revidierten Ausbildungsgrundlagen für die FaGe in Kraft getreten. Die Fachpersonen Gesundheit durchlaufen eine sehr qualifizierte und anspruchsvolle Ausbildung. Das wird auch für die künftige zweijährige Lehre gelten. Die Kompetenzprofile der einzelnen Ausbildungen sind zudem sehr gut auf einander abgestimmt. Die Betriebe können die Chancen, welche ihnen die neuen Berufsgruppen bieten, nutzen. Sie machen sich Gedanken, wie sie diese am besten einsetzen.

Ludwig: FAGE sind eigentlich Allrounderinnen, die sehr vielfältig einsetzbar sind. Sie können im Pflegeprozess eine sehr nützliche Unterstützung leisten. Aber entscheidend ist, dass sie auch diejenigen Aufgaben übernehmen, die Pflegenden von ihrem eigentlichen Auftrag ablenken, also Aufgaben in der Logistik, Hauswirtschaft, Administration und - sehr wichtig für Spitex und Alterszentren – in der Alltagsgestaltung. Auf

die diplomierten Pflegefachpersonen kommt damit aber ein neuer Auftrag zu. Sie müssen die neuen Berufsgruppen so in den Pflegeprozess integrieren, dass bei den Patientinnen und Patienten nicht der Eindruck entsteht, jede arbeite allein vor sich hin.

Spöndlin: Immer wieder wird der Verdacht geäussert, statt Diplomierten würden FAGE eingesetzt, um Geld zu sparen. Ist da was dran?

Sieber: Ökonomische Überlegungen spielen in der Gesundheitsversorgung natürlich eine Rolle, aber auch die Qualität der Leistungen ist massgebend. Es geht sicher darum die beiden Aspekte in Einklang zu bringen, da sind wir wieder beim richtigen Skill- und Grade-Mix. Viele Betriebe haben entsprechende Projekte durchgeführt und die Ergebnisse erfolgreich implementiert. Damit sind die Voraussetzungen gegeben, dass die Mittel effizient eingesetzt werden können.

Spöndlin: Der Beruf der diplomierten Pflegefachperson wurde ja „tertiarisiert“. Das heisst die Ausbildung dazu findet auf der Tertiärstufe statt, an einer Fachhochschule oder an einer höheren Fachschule. Hat man die Hürden damit nicht zu hoch angesetzt? Für die Fachhochschule wird ja eine Berufsmatur vorausgesetzt, was früher für eine Ausbildung zur diplomierten Krankenschwester oder zum Krankenpfleger nicht nötig war. Könnte das ein Grund für den Pflegenotstand sein?

Sieber: Für die höhere Fachschule braucht es einen Abschluss auf Sekundarstufe II. Das ist beispielsweise eine abgeschlossene Lehre oder ein Abschluss einer Fachmittelschule. Für das Fachhochschulstudium braucht es eine Berufsmatura. Ich bin der Meinung dass es noch zu früh ist, abschliessende Aussagen zu machen, wir stehen am Anfang der Umsetzung. Wir dürfen nicht vergessen, dass die Bildungslandschaft in den letzten Jahren wesentliche Veränderungen erfahren hat und noch weitere folgen werden. Die Umsetzung und Implementierung braucht Zeit und soll nun konsequent vollzogen werden. Es braucht ein gutes Monitoring. Selbstverständlich sollen wo nötig Anpassungen erfolgen, an der Systematik sollte jedoch festgehalten werden.

Spöndlin: Aber in der Romandie ist die Fachhochschule doch der einzige Weg zum Pflegediplom, während in der Deutschschweiz höhere Fachschulen zur Verfügung stehen?

Ludwig: Das stimmt zurzeit noch. Aber auch in der Romandie wird neuerdings über die Einführung höherer Fachschulen diskutiert, wenn auch die Posi-

sigkeit zur Fachperson Gesundheit geben. Wir verwirklichen konsequent den Grundsatz, dass bereits früher erworbene Kompetenzen angerechnet werden und nicht noch einmal erlernt werden müssen. Gewisse Probleme ergeben sich dabei, dass dieser Grundsatz nicht unbedingt den EU-Normen entspricht. Wir sind ja in ein internationales System ein-



Neu ist, dass die Lösung durch Zuwanderung aus dem Ausland künftig nicht mehr im gleichen Ausmass möglich sein wird. Es gibt ethische Bedenken dagegen. Die WHO wird demnächst einen Kodex verabschieden, der die Rekrutierung von ausländischem Gesundheitspersonal missbilligt. Urs Sieber

tionierung zu Gunsten der Tertiär-A-Stufe, der Fachhochschulstufe, sehr deutlich ist.

Sieber: Auch wenn die Latte für diplomierte Pflegefachpersonen etwas höher angelegt wurde, haben wir doch neu ein durchdachtes System mit FAGE und Attest-Ausbildung als eigenständige Berufe aber auch als Zubringerberufe. Früher sah der Unterbau etwas anders aus, er war unkoordinierter. Es gab keinen Zugang zum Pflegeberuf, der an die obligatorische Schulpflicht anschloss. Wir haben insgesamt jedenfalls beim Zugang zu den Gesundheitsberufen keine höheren Hürden. Neu haben wir sogar Zugänge für Abgängerinnen der Volksschule geschaffen.

Spöndlin: Wenn ich richtig informiert bin, ist das System ja durchlässig? FAGE können sich zur diplomierten Pflegefachperson ausbilden lassen. Ist diese Möglichkeit realistisch? Wird sie in Wirklichkeit genutzt?

Sieber: Ja, absolut. Wer eine FAGE-Ausbildung abgeschlossen hat, kann eine verkürzte Ausbildung an der höheren Fachschule absolvieren. Auch bei der Attestausbildung soll es eine Durchläs-

gebettet, in welchem die Diplome grenzüberschreitend anerkannt werden sollten. Gerade den Berufsverbänden ist die internationale Kompatibilität der Diplome wichtig. Dass wir uns für die internationale Kompatibilität der Ausbildung einsetzen, steht ausser Frage. Andererseits muss die Qualität aber auch für schweizerische Verhältnisse stimmen. Wir müssen beispielsweise aufpassen, dass die Ausbildungszeiten nicht zu lang werden und dass wir die Zugangshürden nicht zu hoch ansetzen. Was wir ebenfalls entwickeln ist die ‚validation des acquis‘. Damit können Menschen, die lange im Gesundheitswesen gearbeitet haben, über einen individuellen Weg und unter Anrechnung bereits erworbener Kompetenzen einen aktuellen Berufstitel erwerben.

Spöndlin: In einem Referat haben Sie, Herr Sieber, kürzlich gesagt, die Förderung des Wiedereinstiegs und Quereinstiegs in den Pflegeberuf sei eine Strategie gegen den Pflegenotstand. Was tun Sie in dieser Hinsicht? Ist es nicht so, dass sich gewisse Bereiche der Pflege geradezu ideal für reifere Menschen zu eignen, die quer oder wieder einsteigen. In einem Gespräch mit der Sozialen Me-



dizin (Ausgabe 4.09 S. 25 ff.) sagte die Leiterin eines Wohnheims für Demenzerkrankte beispielsweise, junge Pflegefachleute würden es in ihrer Institution meistens nicht lange aushalten. Die meisten Mitarbeiterinnen seien Frauen in vorgerücktem Alter, deren Kinder schon erwachsen sind.

Sieber: Der Mangel an Pflegepersonal ist tatsächlich auch darauf zurück zu führen, dass die Leute nicht lange im Beruf verbleiben. Das hat natürlich nicht nur mit Frustrationen zu tun. Sondern auch damit, dass es sich um einen Frauenberuf handelt. Und für Frauen stellt sich die Kinder- und Familienfrage. Am besten wäre, diese Frauen würden auch nach der Geburt eines Kindes nie ganz aus dem Beruf aussteigen, sondern immer mit einem Fuss – oder zumindest mit einem Zehen – darin verbleiben. Zurzeit steigen aber (zu) viele ganz aus. Sie nach einer gewissen Zeit zum Wiedereinstieg zu motivieren, ist wichtig. Dazu muss man aber während der Ausstiegsphase mit ihnen in Kontakt blei-

ben. Die Betriebe könnten eine institutionalisierte Verbindung zu ehemaligen Mitarbeiterinnen aufbauen, sie beispielsweise einmal im Jahr kontaktieren und sie über Weiterentwicklungen auf dem Laufenden halten. Dann muss man sich überlegen, wie man Wiedereinstiege attraktiv gestaltet. Eine Frage ist beispielsweise, ob man Kurse anbieten soll oder eine Aus- oder Wiedereinstiegsbildung on the job. Eine andere, welche Qualifikationen beim Wiedereinstieg angerechnet werden. Wichtig ist auch, dass Wiedereinsteigerinnen gut betreut werden, etwa durch ein Götti-Gotte-System.

Ludwig: Dass viele Pflegende nicht lange im Beruf verbleiben, hat auch damit zu tun, dass die Arbeitsbedingungen nicht in jeder Hinsicht attraktiv sind. Ich denke etwa an den Rund-um-die-Uhr-Betrieb, vor allem an die Nachtwachen. Diesbezüglich gibt es einen Zielkonflikt. Im Interesse der Pflegequalität will man die Bezugspflege fördern, bei

der eine Pflegeperson möglichst konstant als Ansprechpartner einer Patientin oder eines Patienten zur Verfügung steht. Diese sollte natürlich möglichst regelmässig da sein. Der verständliche Wunsch nach flexibleren Arbeitszeiten steht somit in einem gewissen Widerspruch zu innovativen Pflegemodellen.

Sieber: Dafür gute Lösungen zu finden, ist tatsächlich eine grosse Herausforderung. Eine weitere Herausforderung ist, die Arbeit so zu gestalten, dass die Mitarbeitenden gesund bleiben und bis zur Pensionierung im Job bleiben können.

Spöndlin: Wie steht es mit der Möglichkeit zum Quereinstieg?

Sieber: Es gibt Menschen, die beispielsweise einen kaufmännischen Beruf erlernt haben und sich später für die Pflege interessieren. Das kann verschiedene Gründe haben, etwa eine Sinnkrise oder unsichere Aussichten im früheren Beruf. Diesen Menschen sollten wir ein attraktives Angebot machen. Sie stellen ein wichtiges Potenzial dar. Aber es funktioniert beispielsweise nicht, wenn eine Frau mit Kindern im Alter von Mitte 30, die früher auf einer Bank gearbeitet hat, für einen Lohn von 1'100 Franken eine Ausbildung im Gesundheitswesen beginnen soll. Darauf lässt sich diese Frau in der Regel nicht ein. Für solche Menschen müssen wir einerseits Ausbildungsmodelle finden, welche die Kompetenzen berücksichtigen, die sie von früher mitbringen, und diese auch entsprechend honorieren. Wichtig ist, dass Quereinsteiger ihre Ausbildung in Teilzeit, idealerweise sogar berufsbegleitend, absolvieren können. Solche Modelle sind im Aufbau.

Spöndlin: Was lässt sich gegen den Pflegenotstand sonst noch tun?

Sieber: Die Herausforderungen an die Gesundheitsbranche sind vielseitig. Die Realisierung des übergeordneten Ziels, eine qualitativ hoch stehende Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung sicherzustellen, setzt nebst gesundheitsökonomischen, gesundheitspolitischen und bildungspolitischen auch ethische Auseinandersetzungen und entsprechende strategische Entschiede voraus. Zahlreiche interaktiv wirkende Einflussfaktoren müssen dabei berücksichtigt werden. Zu diesen

zählen der demographische Wandel und die zunehmende Bedeutung der chronischen Krankheiten, die rasante medizinische und technische Entwicklung, die entsprechenden Ansprüche der Gesellschaft in der Schweiz in Bezug auf den Zugang zu den neusten Technologien und die daraus resultierende Kostenentwicklung, das vielfältige Angebot an Leistungen sowie die zunehmende Bedeutung der Prävention.

Spöndlin: Es gibt einen anderen Beruf, in welchem ein Mangel drohen soll; den der Lehrerin oder des Lehrers, vor allem auf der Sekundarstufe. Es gilt heutzutage fast als Bindenswahrheit, dass das Unterrichten auf dieser Stufe viel belastender geworden sei. Gibt es im Pflegeberuf etwa eine ähnliche Entwicklung? Ist die Pflege belastender geworden? Oder hat sie umgekehrt an Attraktivität gewonnen?

Ludwig: Das Berufsprofil hat sich jedenfalls stark verändert. Ob der Beruf dadurch attraktiver oder belastender geworden ist, kann man unterschiedlich beurteilen. Das hängt von den persönlichen Präferenzen ab. Jedenfalls erfährt er durch die klare Positionierung auf Tertiärstufe eine unbestrittene Aufwertung. erfahren.



Wir haben insgesamt jedenfalls beim Zugang zu den Gesundheitsberufen keine höheren Hürden. Neu haben wir sogar Zugänge für Abgängerinnen der Volksschule geschaffen.

Urs Sieber

Spöndlin: Welches sind die entscheidenden Veränderungen des Berufsprofils?

Ludwig: Wenn ältere Pflegefachpersonen von früher erzählen, kommt das Thema Verantwortung kaum vor. Offenbar hat man zur Zeit ihrer Ausbildung und ihres Berufseinstiegs nicht darüber gesprochen, obwohl sie natürlich auch Verantwortung übernehmen mussten. Damals stand in der Pflege das Machen, das Ausführen von Pflege-

massnahmen, im Vordergrund. Denken und Planen waren auch nötig, galten aber eher als Begleiterscheinung des Machens, der man nicht allzu viel Bedeutung beimass. Heute, wo die Pflegeausbildung auf der Tertiärstufe stattfindet, erhält das Planen und Strategien Entwickeln jedoch einen ganz hohen Stellenwert.

Sieber: Diesbezüglich hat sich die Rolle der Pflegenden tatsächlich verändert. Man unterscheidet ja heute zwischen Fachverantwortung und Führungsverantwortung. Fachverantwortung muss heute jede Pflegefachperson übernehmen, wobei die Abgrenzung zwischen Fach- und Führungsverantwortung fließend ist. Wer in einem Team Fachverantwortung übernimmt, muss ein Stück weit auch führen und delegieren können.

Spöndlin: Die erweiterte Verantwortung sollte die Attraktivität des Pflegeberufs doch erhöhen? Ich möchte an eine Gesprächsrunde in der Sozialen Medizin (Ausgabe 3.08 S. 38 ff.) erinnern, in der es darum ging, warum deutsche Pflegefachleute gerne in der Schweiz arbeiten. Dabei stellte sich he-

raus, dass die grosse Verantwortung, die Pflegenden hierzulande übernehmen können, eine bedeutende Rolle spielt.

Ludwig: Viele Pflegenden schätzen es tatsächlich, eine grössere Verantwortung übernehmen zu können. Aber nicht alle. Gerade ältere Pflegenden sagen oft, sie hätten sich bei der Berufswahl nicht vorgestellt, einmal eine so grosse Verantwortung – auch Verantwortung für Delegationsentscheidungen – zu tragen, sondern zu tun, was es zu tun gibt.

Spöndlin: Sie wollen also am Krankenbett stehen statt im Büro zu sitzen?

Ludwig: Halt, das ist ein Missverständnis. Es ist ein Cliché, zu meinen, auf der Tertiärstufe qualifizierte Pflegenden sässen vor allem im Büro. Vorwiegend im Büro zu sitzen, ist nicht die ideale Form, seine Verantwortung für den Pflegeprozess wahrzunehmen.

Spöndlin: Ist der Pflegeberuf auch belastender geworden?

Ludwig: Ja, es gibt neue Belastungsfaktoren, etwa die immer kürzere Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten im Spital. Noch vor 30 Jahren blieb jemand nach einer bestimmten Operation vielleicht 10 Tage im Spital, heute noch fünf. Dasselbe gilt für die kürzeren Zeiten, welche die Spitexmitarbeiterinnen mit ihren Klienten verbringen. Dies intensiviert die Arbeit.

Sieber: Diese Beschleunigung stellt sicher höhere Anforderungen, und zwar nicht nur fachlich, sondern auch emotional. Pflege bedeutet ja, eine Beziehung aufzubauen und wieder abzubauen. Geschieht dies in schnellerer Kadenz, ist dies emotional anspruchsvoller. Ich möchte nochmals darauf eingehen, dass sich die Rolle der Pflegenden in den letzten Jahrzehnten stark verändert hat. Wer heute eine Pflegeausbildung beginnt, stellt sich auf die heutigen Anforderungen und das heutige Berufsprofil ein. Wer die Ausbildung hingegen schon länger abgeschlossen hat, hat aber möglicherweise noch ein älteres Rollenverständnis. Daraus können sich Spannungen ergeben, die sogar zum Ausstieg aus dem Beruf führen. Um das zu verhindern, muss man auf die Betroffenen eingehen, sie motivieren und sorgsam ans neue Berufsprofil heranzuführen, das sie sich ja vielleicht nicht gewünscht haben.

Ludwig: Hier besteht sicher häufig ein Bedürfnis nach Coaching.

Sieber: Unter Umständen kann man jemandem innerhalb des Betriebs auch einen anderen Platz suchen. Oder jemand kann vom Akut- in den Langzeitbereich wechseln. Um dabei gute Lösungen zu finden, ist eine individuelle Beratung der betreffenden Mitarbeitenden nötig.



interplast flickr

“

Dass viele Pflegende nicht lange im Beruf verbleiben, hat auch damit zu tun, dass die Arbeitsbedingungen nicht in jeder Hinsicht attraktiv sind. Iris Ludwig

Ludwig: An dieser Stelle möchte ich ein Plädoyer für die Pflegewissenschaft anbringen. Ich denke, die PflegewissenschaftlerInnen wären in der Lage, Modelle zu entwickeln, damit die Mitarbeitenden ihren Platz im Betrieb finden. Den PflegewissenschaftlerInnen käme im Sicherstellen einer Pflegeorganisation zu Gunsten der Patientinnen und Patienten eine grosse Bedeutung zu. Auch die Unterstützung des Personals und des Managements in Fragen der Personalberatung wäre eine zentrale Aufgabe für sie.

Sieber: Das kann ich unterstützen. Ich würde sogar noch einen Schritt weitergehen und nebst der Pflegewissenschaft beispielsweise auch das Wissen von Human Resources-Experten, von Personalfachleuten, nutzen. Wir sollten vermehrt das Können anderer Berufsgruppen einbeziehen.

Ludwig: Eine solche Öffnung finde auch ich wichtig. Deshalb begrüsse ich es, wenn man bei der Entwicklung neuer

Konzepte nicht nur von der Pflege spricht, sondern von den Therapieberufen insgesamt. Ich habe das kürzlich bei einem meiner Beratungsaufträge erlebt. Dort suchte man nach Schnittstellen zwischen den verschiedenen Therapieberufen wie Ergotherapie, Physiotherapie und Pflege und konnte die Pflegefachpersonen durch die Vermeidung von

Doppelspurigkeiten entlasten. Wichtig erscheint mir, dass dabei jeder Betrieb sein eigenes Skill- und Grademix-Konzept erarbeitet und nicht einfach dasjenige eines anderen übernimmt. Denn wenn die konkreten Rahmenbedingungen und die Vorgeschichte, die sich von Betrieb zu Betrieb unterscheiden, nicht berücksichtigt werden, kommt die Sache schief heraus. Wenn man der Neuerung Rechnung trägt und gleichzeitig das bisherige Personal erhalten will, gilt es diese Arbeit behutsam anzugehen – möglichst mit deren Beteiligung.

Spöndlin: Aus unserem Gespräch ziehe ich das Fazit, dass es Möglichkeiten gibt, etwas gegen den Pflegenotstand zu tun?

Sieber: Ja, das ist richtig, wir haben verschiedene Aspekte angesprochen. In unserem Versorgungsbericht von OdASanté und der GDK haben wir nichts beschönigt, sondern drastisch auf den sich abzeichnenden Mangel hingewiesen. Die Medien haben den Begriff des Pflegenotstands im öffentlichen Bewusstsein verankert. Trotzdem sollte man die Situation differenziert betrachten. Wir sind bei der Reform der Gesundheitsberufe gut unterwegs. Es ist uns erfolgreich gelungen, eine Palette an attraktiven neuen Berufen zu schaffen. Die Pflege bietet heute viel grössere Entwicklung- und Weiterbildungsmöglichkeiten als vor kurzem. Die ganze Branche befindet sich in einem Aufbruch. Somit bin ich zuversichtlich, dass wir die Herausforderungen der Zukunft meistern werden.

Spöndlin: Iris Ludwig und Urs Sieber, vielen Dank für dieses Gespräch.

Der Bericht

Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009, Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene, ein Projekt von GDK und OdASanté, Bern 9.12.2009, abrufbar unter:

- http://www.odasante.ch/de/01_aktuell/pdf/Versorgungsbericht_Deutsch_20091201_def.pdf
- http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Medienmitteilungen/Versorgungsbericht_Deutsch_20091201_def.pdf

In der Schweiz werden heute nur zwei Drittel des jährlichen Bedarfs an Gesundheitspersonal ausgebildet. Zu diesem Schluss kommt der Bericht, der von der Schweizerischen GesundheitsdirektorInnenkonferenz (GDK) und der Branchenorganisation der Berufsbildung im Gesundheitswesen, OdASanté, in Auftrag gegeben wurde. Der Anteil an Personal mit ausländischer Nationalität beträgt in den Spitälern rund einen Drittel. Der Personalbedarf kann laut dem Bericht längerfristig nur gesichert werden, wenn alle verantwortlichen Akteure die Ausbildungstätigkeit weiter fördern und die Massnahmen zur Personalerhaltung rasch einleiten.

Mythos Kostenexplosion

Sozialere Finanzierung statt Prämienexplosion!

Das demagogische Gerede von der Kostenexplosion verstellt den Blick auf das wirkliche Problem der Gesundheitsversorgung: Nicht die Kosten, sondern die Prämien sind explodiert, weil die Finanzierung der Kosten immer unsozialer geworden ist. Soll eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung für alle zugänglich sein, werden die Kosten auch in Zukunft steigen. Die zentrale Aufgabe für die sozial-fortschrittlichen Kräfte ist die Durchsetzung einer sozialeren Finanzierung der Gesundheitsausgaben.

Alex Schwank

Bei diesem Text handelt es sich um ein überarbeitetes Referat von der Sozialen Medizintagung 'Gesundheit hat ihren Preis' vom 7. November 2009 in Basel.

Schon während meines Medizinstudiums in den 1970er Jahren wurde das Gespenst der Kostenexplosion im Gesundheitswesen beschworen. Tatsächlich hat es aber nie eine exponentielle Zunahme der Gesundheitskosten gegeben. Dennoch dient bis heute das demagogische Gerede über die angebliche Kostenexplosion dazu, eine Alarmstimmung zu schaffen, um im Gesundheitswesen unsoziale Reformen durchzusetzen und vor allem davon abzulenken, dass die zunehmende unsoziale Finanzierung des Gesundheitswesens das eigentliche Problem darstellt. Nicht die angebliche Kostenexplosion, sondern die real existierende Prämienexplosion in der Krankenversicherung ist das Kernproblem im Gesundheitswesen.

1. Die Kostenentwicklung

Seit 1960 steigen die Kosten im Gesundheitswesen in allen OECD-Ländern mit Ausnahme der USA mit vergleichbaren Raten. Nach den OECD-Daten hatte die Schweiz im Jahre 2006 mit 4156 US-Dollars pro Kopf hinter den USA mit 9933 Dollar pro Kopf und Norwegen mit 4507 Dollar pro Kopf das drittteuerste Gesundheitssystem von 30 In-

dustriestaaten. Oft werden die Gesundheitsausgaben auch in Prozenten des Bruttoinlandproduktes angegeben, weil damit der Anteil der wirtschaftlichen Ressourcen angegeben werden soll, die ein Land für das Gesundheitswesen ausgeben. Die letzten vollständigen Zahlen stammen aus dem Jahre 2007 mit 55,2 Milliarden Franken, was 10,6 Prozent des BIP entsprach. Seit 1997 ist der BIP-Anteil der Gesundheitskosten in der Schweiz bemerkenswert stabil geblieben:

1997 betrug er 10,0%, 2003 11,3 % und 2007 wieder 10,6%. Von einer volkswirtschaftlich alarmierenden Kostenentwicklung kann daher keine Rede sein. In Zukunft wird der Anteil der Gesundheitskosten am BIP aber steigen müssen, wenn die Qualität der Gesundheitsversorgung für alle erhalten bleiben soll.

2. Kostentreibende Faktoren

Ein wichtiger Teil des Kostenanstiegs ist durch die veränderte Altersstruktur der Bevölkerung erklärbar. Wir wissen zwar heute, dass ein Grossteil der Kosten in den letzten zwei Lebensjahren anfällt, unabhängig vom Todesalter. Klar ist



running clouds, tan filter, montage, swisch

aber auch, dass betagte Menschen mehr medizinische Hilfe benötigen und vor allem auch mehr Pflegekosten verursachen. Eine alternde Bevölkerung führt zu einem überproportionalen Anstieg der Kosten. Dabei spielt nicht nur die Zunahme der Pflegebedürftigen eine Rolle, sondern auch die gewachsenen Ansprüche: Auch in den Heimen soll ein Leben in Würde und Autonomie möglich sein.

Der medizinisch-technische Fortschritt führt ebenfalls zu höheren Kosten. Neue Therapieformen ermöglichen heute eine Heilung oder zumindest eine dramatische Verbesserung von Krankheitszuständen, welche früher nicht wirksam behandelt werden konnten. Höhere Gesundheitsausgaben schlagen sich in der Verbesserung objektiver Gesundheitsparameter wie zum Beispiel

der Lebenserwartung nieder. Dies ist auch in der Schweiz der Fall: Im Jahre 2006 betrug die Lebenserwartung im Geburtszeitpunkt 81,7 Jahre, was hinter Japan den zweitbesten Wert darstellt. Den hohen Kosten steht auch ein entsprechender Nutzen gegenüber.

Eine höhere Lebenserwartung erhöht per Saldo die Kosten im Gesundheitswesen, auch wenn durch verbesserte Therapieformen Kosten eingespart werden können.

Bei steigendem Wohlstand sind die EinwohnerInnen eines Landes auch bereit, einen überproportional steigenden Anteil ihres Einkommens für ihre Gesundheit auszugeben. Die Gesundheit ist in der ökonomischen Terminologie ein «superiores Gut».

Wichtig ist auch, dass im Gesundheitswesen weniger rationalisiert wer-

den kann, als in einem Produktionsbetrieb, wo durch höheren Kapitaleinsatz die Arbeitsproduktivität erheblich gesteigert werden kann und damit Lohnkosten eingespart werden können. Pflegerische Arbeit, die Arbeit von ÄrztInnen und PhysiotherapeutInnen ist durch technischen Fortschritt kaum produktiver zu gestalten und damit steigen die Kosten im Gesundheitswesen wie in allen arbeitsintensiven Sektoren stärker als in Industriebetrieben.

In den kommenden Jahren wird der Anteil der Gesundheitskosten am BIP sicher weiter ansteigen. Gerechnet wird mit 13,5% im Jahre 2030 bis 15,4% im Jahre 2050. Zu Recht hat Stefan Spycher, Vizedirektor des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), kürzlich in der «Volkswirtschaft» (11-2009) bemerkt: «Es gibt keine optimale Höhe der Gesundheitskosten, keinen optimalen Anteil der Gesundheitskosten am BIP und auch kein optimales Kostenwachstum». Schlussendlich geht es immer um die politische Frage, wie viel ist uns die Gesundheit der Bevölkerung wert und vor allem auch, sollen alle EinwohnerInnen eine ausgezeichnete Gesundheitsversorgung erhalten. Auf mögliche Sparmassnahmen, welche die Qualität der Versorgung nicht beeinträchtigen, werde ich nachher eingehen. Oft wird das Ziel angegeben, die Gesundheitskosten dürften nicht stärker steigen als das BIP. Dies wird ohne massive Abstriche in der Versorgungsqualität in Zukunft jedoch nicht möglich sein. Vergessen wird auch, dass bei steigendem BIP, auch wenn der prozentuale Anteil der Gesundheitsausgaben zunimmt, für andere Aufgaben absolut dennoch mehr Mittel zur Verfügung stehen.

3. « Konsumhaltung » in der Krankenversicherung ?

Immer wieder wird behauptet, « die Konsumhaltung » der Versicherten, welche das Gesundheitswesen als « Selbstbedienungsladen » missbrauchen, sei ein wichtiger Grund für die Kostensteigerung im Gesundheitswesen. Bis vor kurzem gab es dazu keinerlei stichhaltige Studien. Die OECD hat Ende 2009 den Mythos von den unnötigen Arztbesuchen endgültig als reine Stimmungsmache entlarvt: Pro Kopf wur-

Tabelle 1:

Gesamtausgaben Gesundheitswesen (GW) 2006: 52 773,3 Mio

Ausgaben für Sozialmedizinische Institutionen

Für Institutionen von Betagten und Chronischkranken: 6 820,2 Mio
 Für sonstige Institutionen und Behinderte: 2 185,0 Mio

Totalausgaben **9 005,2 Mio**
 (= 17,1% der Gesamtausgaben GW)

Finanzierung der Kosten

Öffentliche Hand: 839,9 Mio
 Sozialversicherungen (KVG, IV/AHV, MV): 2 225,2 Mio
 Privathaushalte (out of pocket) 5 746,6 Mio
Total **9 005,2 Mio**

Beachte:
 63,8% (5.7 Milliarden Franken!!) der sozialmedizinischen Kosten werden von Privathaushalten direkt (out of pocket) bezahlt.
 Starkes Wachstum dieser Ausgabenposition: Von 2 615,4 Mio (1985) auf 9 005,2 Mio (2006) um 344,3%, bzw. von 10,7% auf 17,1% der gesamten Ausgaben im GW.

Tabelle 2:

Luxuskonsum 2006

Gesamtausgaben Gesundheitswesen (GW) 2006: 52 773,3 Mio
 (= 10,8 % des BIP)

Out of pocket: (Ohne Kostenbeteiligung KVG) 11 455,1 Mio
 Privatversicherungen: 4 863,1 Mio
 (inkl. 42,8 Mio Kostenbeteiligung)

Abzüge
 Direktzahlungen sozialmedizinische Institutionen - 5 746,5 Mio
 Direktzahlungen Zahnmedizin - 3 091,5 Mio

Total Luxuskonsum 2006: 7 480,2 Mio

7 480,2 Mio Franken Luxuskonsum = 14,2 % der Gesamtausgaben GW.
Ohne Luxuskonsum: Gesamtausgaben GW = 9,3% des BIP

Tabelle 3

Kosten im Gesundheitswesen 1995 bis 2007

Kosten in der Krankengrundversicherung inklusive Prämienbeihilfen (KVG), direkte Kostenbeteiligung im KVG (dir.Ko), Anteil der öffentlichen Hand (direkte und indirekte Subventionen inklusive Prämienbeihilfen von Bund, Kantonen und Gemeinden (Staat)

	1995	2007	Zuwachs
Total GW	35 759,4 Mio	55 214,9 Mio	+ 54,4 %
Staat	9 334,8 Mio	14 773,4 Mio	+ 58,3 %
KVG	10 859,9 Mio	19 476,6 Mio	+ 79,3 %
Dir. Ko.	1 290,2 Mio	3 050,5 Mio	+ 136,4 %

Die gesamten Kosten im GW sind um 54,4 % gestiegen, die KVG-Kosten um 79,3%, der Anteil der KVG-Kosten an den Gesamtkosten hat sich von 30,5 % auf 35,3 % erhöht.

Also: Viel stärkerer Anstieg der KVG-Prämien als Gesamtkosten: **Prämienexplosion!**

den in der Schweiz 2007 nur 4 Arztbesuche pro Jahr registriert, womit die Schweiz ganz am Ende der Rangliste ist. In Deutschland waren es 7,5, in Holland 5,7 und in Japan gar 13,6 Arztbesuche pro Jahr. In der Schweiz werden aufgrund der hohen Franchise Arztbesuche in Bagatellfällen gar nicht von der Krankenkasse finanziert. Der Appell, nicht wegen jedem «Bobo» zum Arzt zu rennen und damit Kosten zu sparen, ist reine Schaumschlägerei.

Aufschlussreich ist ein Blick auf die Verteilung der Kosten auf die Versicherten. 80 Prozent der Bevölkerung wiesen 2008 unterdurchschnittliche Kosten aus (unter 3000 Franken) und verursachten zusammen nur 19% der Gesamtkosten. Die 6 Prozent der Bevölkerung, welche schwer krank waren, verursachten 52% der Gesamtkosten (Zahlen von Stefan Spycher, «Volkswirtschaft» 11/2009).

4. Analyse der Gesundheitskosten in der Schweiz

Für eine ökonomische Beurteilung der Gesundheitskosten in der Schweiz ist eine genaue Analyse der einzelnen Leistungsbereiche unerlässlich. Dies ist vor allem dann wichtig, wenn die Kosten international verglichen werden sollen.

4.1. Sozialmedizinische Institutionen

Oft wird global von stationären Leistungen gesprochen, ohne dass allen bewusst ist, dass damit sowohl die Leistungen für Spitäler als auch diejenigen für sozialmedizinische Institutionen (Heime für Betagte, Chronischkranke und Behinderte) gemeint sind. Wichtig ist das vor allem bei Vergleichen mit dem Ausland, wo oft die Leistungen für sozialmedizinische Institutionen nicht oder nur teilweise zu den Gesundheitskosten gezählt werden.

Der Tabelle 1 ist zu entnehmen, dass die Kosten für sozialmedizinische Institutionen in den letzten Jahren massiv angestiegen sind: Von 1985 bis 2006 ist ein Wachstum um 344,3 Prozent zu verzeichnen. Entsprechend ist der Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben von 10,7% auf 17,1% gestiegen. Gründe für diese Entwicklung sind der zu-



Zu beachten ist, dass viele Länder, unter anderen Grossbritannien, Holland und auch Schweden, den privaten Luxuskonsum nicht zu den angegebenen Gesundheitskosten zählen.

nehmende Anteil von pflegebedürftigen Betagten, aber auch eine erhebliche Qualitätssteigerung in der Heimbetreuung. Diese Kosten werden auch in Zukunft überproportional steigen, sollen alle HeimbewohnerInnen ein Leben in Würde und Autonomie führen können.

Hinzuweisen ist auf die Tatsache, dass 63,8 Prozent der sozialmedizinischen Kosten, nämlich 5,7 Milliarden Franken, direkt von Privathaushalten bezahlt werden (out of pocket), also nicht von Sozialversicherungen.

4.2 Luxuskonsum

In einem reichen Land wie der Schweiz wird auch mehr Luxus im Gesundheitswesen konsumiert, der nicht via Sozialversicherungen finanziert wird und volkswirtschaftlich damit auch eine andere Bedeutung hat.

Tabelle 2 zeigt die Zahlen im Überblick. 2006 wurden 11 455,1 Millionen Franken direkt von Privathaushalten bezahlt (ohne die direkte Kostenbeteiligung im KVG von 3050,5 Millionen Franken). Zusätzlich wurden Leistungen von 4 863,1 Millionen Franken über private Zusatzversicherungen finanziert (Erst- und Zweitklassversicherungen). Zieht man davon die Zahlen für die Direktzahlungen an sozialmedizinische Institutionen (5,7 Milliarden, siehe oben) und die Kosten für zahnärztliche Versorgung (3091,1 Millionen Franken) ab, ergibt das einen Luxuskonsum von 7 480,2 Millionen Franken, was 14,2% der gesamten Gesundheitsausgaben entspricht. Zu beachten ist, dass auch unter den Zahnarztkosten ein Teil als Luxuskonsum einzustufen wäre, der tatsächliche Luxuskonsum also noch höher ausfällt. Ohne den Luxuskonsum beträgt der BIP-Anteil der Gesundheitskosten im Jahre 2006 nur noch 9,3 Prozent. Zu beachten ist, dass viele Länder, unter anderen Grossbritannien, Holland und auch Schweden, den privaten Luxuskonsum nicht zu den angegebenen Gesundheitskosten zählen. Bei internationalen Vergleichen wäre dies unbedingt zu beachten. Meist bleibt dies

aber unberücksichtigt und verfälscht damit die Vergleiche.

4.3 Internationale Vergleiche

Internationale Vergleiche sind leider auch im Rahmen der OECD-Datenerhebung nur schwer möglich. Yves Alain Gerber vom Bundesamt für Statistik hat 2005 dazu geschrieben:

« ... Die internationalen Vergleichszahlen sind mit einiger Vorsicht zu geniessen. Trotz der jüngsten Koordinationsbemühungen von OECD und Eurostat in methodologischer Hinsicht den Begriff ‚Gesundheitssystem‘ näher zu umschreiben, können immer noch deutliche Unterschiede zwischen den Ländern auf Grund der verschiedenen Definitionen, Quellen und angewandten Methoden ausgemacht werden... Vermutlich integrieren diese Länder (England, Irland, nordische Länder) die Kosten der Leistungserbringer auf dem Privatsektor nicht oder nur teilweise. Zudem ist bei ihnen die Abgrenzung zwischen Gesundheits- und Sozialwesen manchmal unterschiedlich... » (Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2005, Bundesamt für Statistik 2005, Redaktion Yves-Alain Gerber).

Diese Aussage gilt zum Beispiel auch für Schweden. 1992 wurde dort die so genannte Ädelreform durchgeführt. Kernpunkt der Reform war, dass PflegepatientInnen nicht mehr von Institutionen der Landesting, sondern von Gemeindeeinrichtungen versorgt werden. Die entsprechenden Ausgaben wurde und werden in der Folge nicht mehr als Gesundheits-, sondern als Sozialausgaben erfasst. Mit der Ädelreform wurden auf einen Schlag 20 Prozent der Gesundheitsgaben der Landesting an die Gemeinden transferiert (Jahrbuch für kritische Medizin 38, Argument 2003, Kai Michelsen : „Wettbewerbsorientierte Reformen im schwedischen Gesundheitssystem der 90-er Jahre“).

In letzter Zeit wird häufig das Gesundheitswesen von Holland mit DEM der Schweiz verglichen. Vor allem Prof. Robert Leu von der Uni Bern ist dabei

federführend. Gestützt auf die Publikationen von Leu behauptete Prof. Aymo Brunetti vom Staatssekretariat für Wirtschaft SECO in der «Volkswirtschaft» (11/2009):

«Die Niederlande wenden für ihr System, welches dem unseren nicht nahe steht, rund 2 BIP-Prozentpunkte weniger auf. Daraus muss geschlossen werden, dass im schweizerischen Gesundheitssystem erhebliche Effizienzgewinne erzielt werden können. » Wer die Daten der beiden Länder vergleicht, stellt aber schnell fest, dass der gesamte Luxuskonsum in Holland nicht in der Statistik enthalten ist. Das gleiche gilt für einen Teil der Ausgaben für sozialmedizinische Institutionen. Verschwiegen wird auch, dass sich die Lebenserwartung in den beiden Ländern ganz unterschiedlich entwickelt hat. Noch 1980 waren die Lebenserwartung in beiden Ländern in etwa gleich. 2008 betrug in Holland die Lebenserwartung für Männer 76,6 Jahre, für Frauen 81,9 Jahre. In der Schweiz hatten 2008 Männer eine Lebenserwartung von 79,7 Jahren, Frauen eine von 84,4 Jahren.

In der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte in der Schweiz wird immer wieder mit unseriösen Vergleichen mit anderen Ländern argumentiert. Oft auch mit professoralem Segen, was die Behauptungen nicht wahrer macht.

5. Prämienexplosion und Finanzierungskrise

Wie oben ausgeführt, hat in der Schweiz keine Kostenexplosion stattgefunden, wohl aber eine Prämienexplosion. Wie Tabelle 3 zu entnehmen ist, sind im Zeitraum von 1995 bis 2007 die gesamten Kosten im Gesundheitswesen um 54,2 Prozent gestiegen, die KVG-Kosten aber um 79,3 Prozent. Der Anteil der KVG-Kosten (via Krankenversicherung finanzierte Kosten) hat von 30,5% auf 35,3% zugenommen. Die Folge ist ein stärkerer Anstieg der Krankenkassenprämien als der Anstieg der Gesamtkosten: Kurzum eine Prämienexplosion. Zu beachten ist auch der starke Anstieg der direkten Kostenbeteiligung der AllgemeinpatientInnen auf 3 Milliarden im Jahre 2007. Kein anderes Land hat im OECD-Vergleich eine derart hohe direkte Kostenbeteiligung. In

den meisten vergleichbaren Ländern müssen für Kinder keine Prämien bezahlt werden. Zwar werden in der Schweiz Leute mit sehr geringem Einkommen durch Prämienverbilligungen entlastet, doch ist die Prämienexplosion vor allem für Familien mit Kindern aus dem unteren Mittelstand ein grosses Problem.

Aufschlussreich ist die Betrachtung über einen längeren Zeitraum. 1971 wurden noch 39.5% der Ausgaben im Gesundheitswesen von der öffentlichen Hand via Steuern finanziert, 1980 waren es noch 33,6% und 2007 nur noch 26,7%. Entsprechend gestiegen ist der Anteil, den private Haushalte via Direktzahlungen oder via die Krankenversicherungsprämien bezahlen müssen: 1971 betrug dieser Anteil 55,4%, 1980 61,4 % und 2007 66,%. In keinem Land wird ein so hoher Anteil der Gesundheitsausgaben, 66 Prozent, über Direktzahlungen (out of pocket) und über einkommensunabhängigen Kopfprämien finanziert. Bei den Krankenkassen und den privaten Haushalten fällt also ein überdurchschnittlicher Anteil der Finanzierungslast im Gesundheitswesen an. Den Kantonen und Gemeinden ist es gelungen, ihren Anteil an der Finanzierung der Gesundheitskosten zu senken. Aus sozialpolitischer Sicht wäre dringend eine höhere Quote der öffentlichen Hand zu fordern, weil die Finanzierung über progressive Steuern sozialer ist als über einkommensunabhängige Kopfprämien.

Festzuhalten ist daher, dass nicht die Kostenentwicklung das Hauptproblem ist, sondern die zunehmende unsoziale Finanzierung der Gesundheitskosten. Es werden zudem zu hohe Prämienrabatte für wählbare Franchisen gewährt und auch die so genannten Billigkassen führen zur Entsolidarisierung. Ein wirksamer Risikoausgleich unter den Krankenkassen muss den Anreiz zur Risiko-selektion eliminieren. Die Kinderprämien und Prämien für Jugendliche in Ausbildung müssen wegfallen.

6. Qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung für alle !

Die Grundversicherung in der Schweiz weist heute einen umfassenden Leistungskatalog auf und garantiert, dass

auch den Allgemeinversicherten ein qualitativ hochstehendes Angebot zur Verfügung steht. Im Gegensatz zu anderen OECD-Ländern müssen die EinwohnerInnen unseres Landes auch nicht monatelang auf Wahloperationen warten. Wer behauptet, er könne durch Betten- und Personalabbau im Gesundheitswesen ohne erhebliche Qualitätseinbussen massive Einsparungen erzielen, täuscht die Öffentlichkeit. Selbstverständlich sind auch in der Schweiz nicht alle betriebswirtschaftlichen Sparpotenziale ausgeschöpft und überhöhte Monopolgewinne und Kartellabsprachen müssen bekämpft werden. Der Einfluss der Pharmaindustrie im Gesundheitswesen und in den medizinischen Fakultäten ist zu gross und pharmunabhängige Forschung gibt es kaum mehr.

Peter Bodenmann, Expräsident der SPS und politisierender Hotelier in Brig, ist einer der «Experten», welche glauben, einfache Patentrezepte zur Kostenbegrenzung anbieten zu können:

«Die Schweiz braucht nur vierzig öffentliche Spitäler mit je 500 Betten, welche die Kosten massiv senken und die Qualität massiv steigern würden. Wer innert zwölf Jahren alle Spitäler an den richtigen Orten neu baut, kann pro Jahr drei Milliarden Franken sparen» («Weltwoche» 41.09). So einfach wäre also Sparen, wenn nach den Rezepten des Hoteliers aus Brig gekocht würde! Auch andere Wanderprediger glauben das Ei des Kolumbus gefunden zu haben. Die CVP will nur noch «sinnvolle Krebsmedikamente» finanzieren, die FDP schlägt bei den Krankenkassenprämien einen Malus für Übergewichtige vor und die SVP würde am liebsten den Leistungskatalog massiv kürzen und das Obligatorium der Krankenversicherung streichen.

Für die Linke und andere sozialpolitisch fortschrittliche Kräfte kann es nicht darum gehen, über die hohen Kosten im Gesundheitswesen zu jammern, sondern es muss dafür gesorgt werden, dass die Prämien bezahlbar bleiben und auch in Zukunft jeder Mensch Zugang zu einer vollständigen und hochwertigen Krankenversorgung hat. Bei der zahnärztlichen Versorgung ist dies heute übrigens nicht garantiert. Ein Problem ist zudem auch in der Schweiz der schlechtere Gesundheitszustand armer Menschen.

Eine grundsätzliche Änderung der Strukturen im schweizerischen Gesundheitswesen ist heute politisch nicht mehrheitsfähig. Die erneute Lancierung einer Initiative für eine Einheitskrankenkasse bindet nur Kräfte und Ressourcen ohne Aussicht auf Erfolg. Folgende Postulate könnten aber möglicherweise auch im Bündnis mit sozialen Kräften aus dem bürgerlichen Lager durchgesetzt werden:

- Prämienfreiheit für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Ausbildung unabhängig vom Einkommen der Eltern. Schon mit dieser einfachen Massnahme wären zahlreiche Familien, die keinen Anspruch auf Prämienverbilligungen haben, massiv entlastet.
- Begrenzung der Prämienlast pro Haushalt auf 8% des steuerbaren Einkommens. Einheitliche Regelung der Prämienverbilligungen in allen Kantonen. Der Anteil der öffentlichen Hand zur Finanzierung der steigenden Gesundheitsausgaben muss angehoben werden.
- Verbesserung des Risikoausgleichs unter den Krankenkassen, damit die Jagd auf günstige Risiken aufhört. Die versicherungsmathematischen Grundlagen dafür sind bekannt.
- Wirksame Stärkung der Hausarztmedizin : Weg von Sonntagspredigten zu Taten im Alltag.
- Sozialere Finanzierung bei Pflegeleistungen
- Der Leistungskatalog in der Grundversicherung darf nicht angetastet werden. Im Bereich der zahnärztlichen Versorgung muss dafür gesorgt werden, dass auch Menschen mit niedrigerem Einkommen Zugang zahnärztlichen Leistungen haben.

Nur ein über das rot-grüne Lager hinausgehendes Bündnis ist in der Lage, die sozialen Errungenschaften im Gesundheitswesen gegen die Angriffe von rechts zu verteidigen und eine sozialere Finanzierung durchzusetzen. Der Abstimmungserfolg beim Angriff auf die Renten der zweiten Säule hat gezeigt, dass auch in der Sozialpolitik Erfolge möglich sind. Gerade und auch in der Gesundheitspolitik ist es unsere Aufgabe, mit mehrheitsfähigen Forderungen Mehrheiten an der Urne zu organisieren!

Mythen der Gesundheitspolitik

Kritische Betrachtungen der neoliberalen Konzepte

Die Gesundheitsversorgung soll durch die ökonomischen Regeln des Wettbewerbs gesteuert werden. So lautet das Credo der neoliberalen Ökonomen, das von vielen Politikern und Medienschaffenden begierig aufgenommen wird. Hier ein Beitrag, der zeigt, dass diese Rezepte im Bereich der Gesundheitsversorgung nicht zum Ziel führen. Es handelt sich um die schriftliche Fassung eines Referats von der Tagung ‚Gesundheit hat ihren Preis‘, zur der die Soziale Medizin und ihre Herausgeberin SGS am 7. November eingeladen haben.

von Hartmut Reiners.

Ökonom im Ruhestand, 1992 – 2009 Referatsleiter für Grundsatzfragen im Gesundheitsministerium von Brandenburg, zuvor in derselben Funktion in Nordrhein-Westfalen; 1987–1990 Mitglied der Enquête-Kommission «Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung» des Deutschen Bundestags. Autor des Buchs ‚Mythen der Gesundheitspolitik‘, Hans Huber Verlag, Bern, 2009.

Der Begriff „Neoliberalismus“ ist schillernd, und man muss aufpassen, ihn nicht als bloße Phrasenkeule zu benutzen. Im Lager der pauschal in diese Kategorie eingeordneten Politiker, Ökonomen und Sozialwissenschaftler gibt es kontroverse Positionen, insbesondere, wenn es um das Verhältnis von staatlicher Regulierung und Marktwirtschaft geht.

Was ist „neoliberale Gesundheitspolitik“?

Mitunter werden auch durchaus sozial orientierte Reformkonzepte mit diesem Etikett beklebt, nur weil sie von der nicht zu leugnenden Tatsache ausgehen, dass das Gesundheitswesen in den hoch entwickelten Industrieländern keine Wohltätigkeitsveranstaltung, sondern ein wichtiger Wirtschaftszweig ist, in dem sehr viel Geld verdient wird. Insofern geht die oft anzutreffende Gleichsetzung der Ökonomisierung des Gesundheitswesens mit Neoliberalismus an der Realität vorbei. Mutter Teresa und Albert Schweitzer sind für die Gesundheitspolitik keine geeigneten Leitbilder. Sehr wohl muss man sich aber gegen den von Neoliberalen praktizierten „Imperialismus der Ökonomen“

(Boulding 1973) wehren, der sich in einer begriffslosen Übertragung der Denkfigur des „Homo oeconomicus“ auf alle gesellschaftlichen Lebensbereiche äußert. Für derartige Modelle kann man sogar den Nobelpreis für Ökonomie erhalten, wie das Beispiel Gary Becker mit seiner ökonomischen Theorie von Liebesbeziehungen und familiären Bindungen zeigt (Becker 1981). Diese Form der Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist schlechte Ökonomie, weil sie nicht von den spezifischen Bedingungen des Gesundheitswesens ausgeht, sondern so tut, als funktioniere dieser sich mit der menschlichen Existenz schlechthin beschäftigenden Wirtschaftszweig wie der Supermarkt an der Ecke.

Diese sich gern mit mathematischen Ableitungen als Wissenschaft tarnende Ideologie versagt dort, wo sie Kompetenz beansprucht: in der Ökonomie. Ihre Konzepte zur Steuerung des Gesundheitswesens laufen nicht, wie behauptet, auf eine Optimierung der Ressourcen hinaus, sondern auf eine Verschärfung sozialer Ungleichheit und unsinnige Kostensteigerungen. Ausgangspunkt dieser Kritik ist das auch von marktliberalen Ökonomen nicht bestrittene Postulat, dass eine umfassende medizinische Versorgung für alle Bürger



zu den Grundlagen moderner Zivilgesellschaften gehört. Dieser Anspruch ist mit den Ideen und Werkzeugen der neoliberalen Marktmechaniker nicht zu realisieren. Deren Patentrezept fasst Heike Göbel, Chefin der FAZ-Wirtschaftsredaktion, bündig zusammen indem sie fordert, „dass die Steuerung der Gesundheitsleistungen möglichst über Preise erfolgt. Das beginnt mit dem mündigen Patienten. Er wägt ab, welche Kasse ihm für seine Prämie am meisten bietet. Er zahlt seinen Beitrag wie die Arztrechnung selbst und reicht diese dann der Kasse ein. Das schafft Anreiz, Angebote zu vergleichen und macht Kosten sichtbar. Beides elementare Voraussetzungen für eine bessere Ausgabenkontrolle – und für ein Gesundheitssystem, das den Versicherten als Kunden sieht.“ (FAZ, 8.10.2009)

Mit anderen Worten: Kranke sollen, bevor sie zum Arzt gehen, wenn schon kein Medizinstudium absolviert, so doch eine intensive Google-Abfrage über ihr Leiden gemacht haben, das sie dadurch womöglich überhaupt erst entdecken. Dann müssen sie auch noch in die ärztliche Gebührenordnung einarbeiten, um zu entscheiden, welche Therapie sie sich leisten können oder wollen. Wenn sie diese Recherchen abgeschlossen haben und noch nicht wegen akuter Beschwerden in die Notfallambulanz eingewiesen wurden, machen sie sich endlich auf die Suche nach einem Arzt, der bereit ist, sie zu ihren Preisvorstellungen zu behandeln. Ganz so, als hätten sie darüber zu entscheiden, sich einen neuen LCD-Fernseher zuzulegen oder doch besser ihr altes Röhrengerät vorerst zu behalten.

Diese Phantasiewelt eines Gesundheits-Supermarktes mit „mündigen Patienten“ hat nur einen großen Haken: Wir sind leider noch nicht so weit, uns Krankheiten nach Plan zu gestatten. Dummerweise kündigen sich Knochenbrüche, Herzattacken und Nierensteine nicht so rechtzeitig an, dass wir vorher noch das Preis-Leistungs-Verhältnis der in Frage kommenden Ärzte und Krankenhäuser checken können. Eine international akzeptierte Faustregel besagt, das 80 Prozent der Ausgaben für medizinische Behandlung auf 20 Prozent der Patienten entfallen, allesamt schwer oder chronisch kranke Menschen. Die Vorstellung, sie sollten selbst über die Qualität medizinischer Diagnosen und Therapien entscheiden und entsprechende Preisvergleiche anstellen, bevor sie sich auf den OP-Tisch legen ist bizarr.

Was aber Politiker, Journalisten und auch Ärztfunktionäre nicht daran hindert, sie immer wieder in Talkshows und Kommentaren zu verbreiten. Sie tun so, als beschränke sich die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens auf den routinemäßigen Gang zu Hausarzt, den man auch schon mal verschieben kann.

Aber genau in diesem Appell an Alltagserfahrungen liegt das Erfolgsgeheimnis dieser Ideologie. Es wird eine

nische Versorgung der Bevölkerung nur über öffentliche Finanzierung sichergestellt werden kann. In den entwickelten Industriestaaten liegt deren Anteil an den Gesundheitsausgaben zwischen 60 und 90 Prozent (Tabelle 1). Die USA bildet hier mit einer Quote von 45 Prozent nur scheinbar eine Ausnahme. Rechnet man diesen direkten Ausgaben noch die Steuervorteile für betriebliche und private Krankenversicherungen hinzu, kommt man auch dort auf einen

Finanzierung des Gesundheitswesens ohne wirkliche Alternative. Aber, so das wirtschaftsliberale Credo, man müsse marktwirtschaftliche Elemente in die Krankenversicherung einführen, als da sind

- Zuzahlungen der Patienten,
- Kostenerstattung statt Sachleistungen,
- Krankenkassentarife mit Pflicht- und Wahlleistungen sowie
- freier Wettbewerb unter den Krankenkassen.

Letzteres Postulat ist grundsätzlich nur in einem gegliederten Krankenversicherungssystem wie in Deutschland, den Niederlanden und in der Schweiz möglich. In allen anderen europäischen Ländern gibt es entweder ein staatliches Versorgungssystem (UK, Skandinavien, Südeuropa) oder eine landesweite bzw. regionale Einheitsversicherung (Frankreich, Polen, Österreich). Da konkurrieren zwar Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken um Patienten, aber keine Krankenkassen um Versicherte.

Es gibt weltweit nicht eine Studie, die belegen kann, dass diese Instrumente zu einer verbesserten Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen beitragen. Das gilt insbesondere für die ersten drei, wie eine umfangreiche Studie



Eine private, nach individuellen Risiken kalkulierte Krankenversicherung könnten sich die meisten Bürger gar nicht leisten. Deshalb ist eine öffentliche Finanzierung des Gesundheitswesens ohne wirkliche Alternative.

von der gesetzlichen Krankenversicherung verursachte „Vollkaskomentalität“ suggeriert, die der „Spiegel“ (Heft 27/2006) wie folgt beschreibt: „Hypochonder ziehen von Praxis zu Praxis, bis sie endlich einen Doktor gefunden haben, der ihre Sorgen ernst nimmt. Es herrscht kollektive Verantwortungslosigkeit.“ Er belegt dies nicht mit Zahlen, sondern mit Beispielen auf Stammtischniveau, wie Entzündungen von Intimpiercings, Bandscheibenschäden von Bungeespringern und Knochenbrüchen von Drachenfliegern. Ganz so, als seien das Gewohnheiten der Deutschen schlechthin und die eigentlichen Ursachen von Kostensteigerungen im Gesundheitswesen. Da aber jeder von uns irgendjemanden kennt, der oder die ohne wirklichen Grund sich regelmäßig krankschreiben lässt, und wir uns vielleicht auch selbst schon mal so verhalten, stoßen solche eigentlich absurden Verallgemeinerungen auf Resonanz in weiten Teilen der Bevölkerung.

Instrumente zur Privatisierung der Gesundheitsausgaben

Nur wenige, ideologisch vernagelte Ökonomen verschließen sich der Erkenntnis, dass eine umfassende medizi-

öffentlichen Finanzierungsanteil von über 60 Prozent (Wilensky 2004: S. 595 ff.).

Eine private, nach individuellen Risiken kalkulierte Krankenversicherung könnten sich die meisten Bürger gar nicht leisten. Deshalb ist eine öffentliche

Tabelle 1: Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich (2007)

Land	Anteil am BIP	Pro Kopf US-\$ (Kaufkraft)	Öffentl. Anteil in v. H.
Deutschland	10,4	3588	76,9
Frankreich	11,0	3601	79,0
Italien	8,7	2686	76,5
Japan	8,1 *	2581 *	81,3 *
Kanada	10,1	3895	70,0
Niederlande	9,8	3827	k. A. **
Österreich	10,1	3763	76,4
Schweden	9,1	3323	81,7
Schweiz	10,8	4417	66,8
Spanien	8,5	2671	71,8
UK (GB)	8,4	2992	81,7
USA	16,0	7290	45,4

* 2006 ** Wegen Vereinigung von privater und gesetzlicher Krankenversicherung in 2004
Quelle: OECD Health Data 2009

von Jens Holst (2008) ergeben hat. Aber auch wettbewerbliche Regelungen können in der Krankenversicherung nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen ohne gravierende Kollateralschäden funktionieren.

Zuzahlungen und Kostenerstattung: Unerwünschte Nebenwirkungen

Entscheidend für die Wirkung von Zuzahlungen ist nicht, ob sie die Inanspruchnahme von Leistungen senken, sondern ob sie dazu führen, dass nur die wirklich erforderlichen Leistungen in Anspruch genommen werden und eine Optimierung der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen stattfindet. Der Gesundheitsökonom Martin Pfaff hat vor 25 Jahren Kriterien zur Überprüfung dieses Effektes entwickelt (Pfaff 1985). Demnach haben Zuzahlungen nur dann rationale Steuerungswirkungen, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- Es muss Preiselastizität gewährleistet sein. Auf Preiserhöhungen bzw. Zuzahlungen reagieren die Patienten mit einer proportional sinkenden Inanspruchnahme von Leistungen.
- Die Gesamtausgaben einschließlich der Zuzahlungen steigen nicht. Es findet also keine bloße Verlagerungen von öffentlichen zu privaten Zahlungen statt.
- Die Zuzahlungen wirken in allen Einkommensgruppen in etwa gleich und grenzen untere Einkommensgruppen nicht aus.
- Das Verhalten der Ärzte und Krankenhäuser bleibt davon unbeeinflusst und wird im Untersuchungszeitraum nicht durch andere Parameter verändert.

In Lehrbüchern zur Gesundheitsökonomie wie dem von Breyer, Zweifel und Kifmann (2005) wird Zuzahlungen der Patienten zu den Leistungen der Krankenkassen eine positive Allokationswirkung zugeschrieben. Sie glauben, diese These mit den Ergebnissen einer Studie aus den 1970er Jahren belegen zu können, dem mittlerweile legendären „RAND-Experiment“ eines Wissenschaftlerteams um J. P. Newhouse (1993). An diesem mehrjährigen Projekt nahmen 6.000 Probanden teil, die

verschiedene Krankenversicherungstarife hatten. Diese unterschieden sich in der Höhe der Kostenübernahme. Eine Gruppe hatte eine vollständige Absicherung aller Krankheitsrisiken. Es gab vier weitere Gruppen mit einer Zuzahlung von 25, 50 und 95 Prozent sowie eine Gruppe mit einer vollen Absicherung der Krankenhauskosten und einer 95prozentigen Selbstbeteiligung bei der ambulanten Behandlung. Gegenüber dem Vollkaskotarif sanken die Kosten mit der Höhe der Selbstbeteiligung. Die wichtigsten (quantitativen) Ergebnisse dieses Experiments sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Sie belegen zwar, dass

Selbstbeteiligungen hatten in der Gruppe mit dem schlechtesten Gesundheitszustand einen negativen Einfluss auf die Überlebenszeit von Risikopatienten. Die volle Kostenübernahme durch die Versicherung verringerte das Sterberisiko dieser Personen um zehn Prozent.

Bluthochdruckpatienten waren in dem zuzahlungsfreien Versicherungsmodell besser versorgt als in denen mit Selbstbeteiligung.

Die Häufigkeit von Symptomen wie Angina pectoris, Atemnot, Blutungen oder überdurchschnittlicher Gewichtsverlust lag in der Gruppe der Zuzahler

Tabelle 2: Ergebnisse des RAND-Experiments

Umfang der Selbstbeteiligung in v. H.	Kosten In v. H. des Volltarifs	Wahrscheinlichkeit mindestens eines	
		Arztkontakt	KH-Aufenthalt
0	100	100	100
25	81	93	79
50	67	89	71
95	69	82	75
95 ambulant 0 stationär	77	87	88

Quelle: Reiners 2009, S. 100

Zuzahlungen eine Reduzierung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie eine Abnahme der Zahl von Arztbesuchen und die Krankenhausaufenthalten bewirken. Damit ist aber nichts darüber ausgesagt, ob es o. g. Sinn positiv zu bewertende Steuerungswirkungen sind.

In der RAND-Studie wurden umfangreiche Daten zu den gesundheitlichen Folgen erhoben, die erst im Laufe der 80er Jahre ausgewertet wurden. Sie förderten Folgendes zutage (Holst 2008):

Mit der Höhe der Selbstbeteiligung verringerte sich nicht nur die Zahl der Bagatellfälle, sondern auch die von eigentlich erforderlichen Arztbesuchen und Präventionsmaßnahmen. Das führte bei chronisch Kranken zu Beeinträchtigungen der Sehfähigkeit und schlechteren Blutdruckeinstellungen.

deutlich höher als bei den Personen mit voller Absicherung.

Auch eine durchgehende Preiselastizität der Nachfrage nach medizinischen Leistungen kann das RAND-Experiment nicht belegen. Im Gegenteil, schlüsselt man die Versicherten nach der Einkommenshöhe auf, zeigt sich, dass die Preiselastizität in den unteren Einkommensgruppen weit höher ist als in den höheren. Gutverdienende reagierten in ihrem Inanspruchnahmeverhalten so gut wie gar nicht auf die Zuzahlungshöhe, während Personen der niedrigen Einkommensgruppe einen überdurchschnittlich hohen Rückgang ihrer Arztbesuche aufwiesen, was gesundheitlich höchst problematische Auswirkungen hatte. Das zeigt auch, dass die Wahl zwischen verschiedenen Tarifstufen oder Leistungspaketen nicht zu einer rationaleren Inanspruchnahme, son-

dern zu sozialer Ausgrenzung führt. Über diesen Effekt können sich nur diejenigen wundern, die keine Ahnung von den Lebensverhältnissen unterer Einkommenschichten und den Preisen für medizinische Behandlung haben.

In Deutschland wurde 2004 erstmals für alle Leistungen eine einheitliche Zuzahlung von zehn Prozent, maximal 10 Euro für alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Zuvor hatte es jeweils unterschiedliche Zuzahlungen bei Arzneimitteln, Krankenhausbehandlungen sowie für Physiotherapie, Zahnersatz und Hilfsmittel gegeben. Die ambulante ärztliche Behandlung war bis dahin grundsätzlich zuzahlungsfrei. Seit Anfang 2004 gelten folgende Regelungen:

Auf alle Leistungen wird eine Zuzahlung von 10 Prozent erhoben, maximal 10 Euro. In Krankenhäusern werden - wie schon zuvor - 10 Euro pro Tag fällig.

In der ambulanten Versorgung wird eine „Praxisgebühr“ von 10 Euro pro Quartal in der Arztpraxis entrichtet. Der Arzt verrechnet dies dann mit den von der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. den Krankenkassen erhaltenen Vergütungen. Für jeden Facharztbesuch ohne eine Überweisung durch den Hausarzt müssen die Patienten weitere 10 Euro aus der eigenen Tasche zahlen.

Alle Zuzahlungen zusammen sollen 2 Prozent des Bruttoeinkommens eines Versicherten nicht übersteigen, bei chronisch Kranken 1 Prozent. Ist diese Grenze erreicht, werden die Versicherten von weiteren Zuzahlungen befreit.

Auswertungen von Daten des „Gesundheitsmonitors“, eine von der Bertelsmann-Stiftung finanzierte ständige Befragung von Ärzten und Patienten, hat ergeben, dass diese Regelungen eher problematische als sinnvolle Steuerungseffekte haben (Reiners / Schnee 2007):

Die Zahl Arztkontakte ging bei den Patienten mit 10 und mehr Arztbesuchen pro Jahr („Hochfrequentierer“) bis 2007 um 18 Prozent zurück, während sie bei den „Geringfrequentierern“ mit maximal 4 Arztkontakten sogar leicht anstiegen.

Personen mit einem sehr guten oder ausgezeichneten Gesundheitszustand gingen nicht weniger oft zum Arzt.

Die Zahl der Facharztbesuche sank mit einer nicht sehr ausgeprägten Tendenz.

Diese Ergebnisse belegen, dass die Praxisgebühr ein Fehlschlag in Bezug auf eine rationalere Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen ist. Die „Hochfrequentierer“ haben eigentlich keinen Anreiz, weniger oft zum Arzt zugehen. Sie zahlen die 10 Euro pro Quartal sowieso und hätten, folgt man der Lehrbuch-

Auch das andere Patentrezept für mehr Kosteneffizienz hat sich als Versager erwiesen: die Ablösung der Sachleistungen durch Kostenerstattung. Bei dem in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung üblichen Sachleistungsprinzip laufen die Geldströme direkt zwischen den Krankenkassen und ihren Vertragspartnern. Die Patienten haben damit nichts zu tun. Sie geben nur ihre Chipkarte ab, und haben, sieht



Die „Hochfrequentierer“ haben eigentlich keinen Anreiz, weniger oft zum Arzt zugehen. Sie zahlen die 10 Euro pro Quartal sowieso und hätten, folgt man der Lehrbuchökonomie, eigentlich noch öfter zum Arzt gehen müssen, weil sie jeder weitere Arztbesuch nichts kostet.

ökonomie, eigentlich noch öfter zum Arzt gehen müssen, weil sie jeder weitere Arztbesuch nichts kostet. Stattdessen konnte ein gegenläufiger Trend beobachtet werden. Der steht wahrscheinlich in Zusammenhang mit einem veränderten Verhalten der Ärzte. Zeitgleich mit der Einführung der Praxisgebühr wurde das Vergütungssystem für die Kassenärzte reformiert. Es wurde ein Praxisbudget für jeden Arzt festgelegt, bei dessen Überschreitung die Vergütungen sinken. Das führte zu einer veränderten Praxis der Wiedereinbestellung von Patienten durch die Ärzte. Da sie für Behandlungen, die ihr Praxisbudget überschreiten, faktisch kein oder erheblich weniger Geld bekommen, werden Behandlungen, die nicht absolut vorrangig sind, auf das nächste Quartal verschoben. Auf diese Weise sinkt dann insbesondere bei „Hochfrequentierern“ die Zahl der Arztbesuche.

man von der Praxisgebühr ab, keine Geldbeziehungen zu ihrem Arzt oder zum Krankenhaus. Das führe, so die seit jeher aufgestellte Behauptung, zu fehlendem Kostenbewusstsein der Patienten. Deshalb habe die Kostenerstattung große Vorzüge, wie bereits 1966 die von der damaligen Bundesregierung eingesetzte Sozialenquete-Kommission behauptete (Sozialenquete 1966: S. 221): „Der Patient erfährt, was die Heilung seiner Krankheit kostet. Er wird zu der Einsicht in die Logik des Versicherungsprinzips erzogen; er erkennt, dass er dazu beiträgt, den Versicherungsschutz (in Form höherer Beiträge) zu verteuern, wenn er Versicherungsleistungen ohne zwingenden Grund oder fahrlässig in Anspruch nimmt.“ Für diese Annahme gibt es keine empirischen Belege. Im Gegenteil; die Kostenerstattung scheint eher eine die Kosten steigernde Wirkung zu haben (Reiners 2009: S. 111 ff.):

In der PKV gilt das Kostenerstattungsprinzip. Die Behandlungsausgaben stiegen dort nach Berechnungen des PKV-Verbandes zwischen 1995 und 2004 um 48 %, in der GKV nur um 12 %.

In einer Studie für die Bundesregierung wurde festgestellt, dass man zwischen Kostenkenntnis und Kostentransparenz unterscheiden müsse. Die Patienten seien mit der Prüfung der Arztrechnung überfordert, da sie eine Kenntnis der Gebührenordnung voraussetzen, die selbst Ärzte oft nicht hätten. Mangels anderer Kriterien neigten sie dazu, die teurere auch für bessere Leistung zu halten.

Ein in einer Krankenkasse in den 1990er Jahren durchgeführte Erprobungsregelung ergab, dass die Kostenerstattung keine Veränderung der Inanspruchnahme zur Folge hatte.

Die Kostenerstattung ist mit zusätzlichem Verwaltungsaufwand in den Arztpraxen verbunden. Die Auswertung eines Modellversuchs in Rheinland-Pfalz ergab, dass die Ausstellung der Rechnung für die Patienten Bürokosten zwischen 1,51 und 3,11 Euro je Quittung verursachen. Hochgerechnet auf die gesamte Bundesrepublik liefere dies auf einen Zusatzaufwand von zwischen 784,8 und 1.557,7 Mio. Euro hinaus. Die mit der Kostenerstattung unvermeidlich verbundenen Mahnverfahren und ggf. nicht eintreibbaren Rechnungen sind darin noch gar nicht berücksichtigt

Anbieterdominanz im Gesundheitswesen

Der Denkfehler der Neoliberalen besteht im Kern darin, den Patienten als Nachfragern medizinische Leistungen die Verantwortung für die Preis- und Mengensteuerung in einem Wirtschaftszweig aufzubürden, der von Anbieterdominanz geprägt ist. Sie sitzen ihrer eigenen Ideologie vom Markt als einem sich selbst regulierenden System auf, in dem sich Konsumenten und Produzenten als gleich starke Kräfte gegenüberstehen. Diese Idylle des Marktgleichgewichts ist grundsätzlich eine Illusion, wie Ordoliberaler in der Tradition von Walter Eucken (1990) wissen. Ohne eine von einem durchsetzungsfähigen Staat gesetzte Rahmenordnung führt

die freie Marktwirtschaft stets zur Verarmung und zu Monopolen und damit zu ihrer eigenen Zerstörung. Im Gesundheitswesen besteht darüber hinaus ein von der Marktsteuerung per se nicht in den Griff zu bekommendes Phänomen: die Anbieterdominanz.

GesundheitsökonomInnen bringen es meist mit der zwischen Ärzten und Patienten bestehenden Informationsasymmetrien in Zusammenhang. Diese gibt es aber zwischen Produzenten und Konsumenten auch auf anderen Märkten.



Diese sich gern mit mathematischen Ableitungen als Wissenschaft tarnende Ideologie versagt dort, wo sie Kompetenz beansprucht: in der Ökonomie. Ihre Konzepte zur Steuerung des Gesundheitswesens laufen nicht, wie behauptet, auf eine Optimierung der Ressourcen hinaus, sondern auf eine Verschärfung sozialer Ungleichheit und unsinnige Kostensteigerungen.

Davon lebt eine ganze Branche von Verbraucherberatern und Testzeitschriften. Im Gesundheitswesen kommt eine Besonderheit hinzu. Sie wird wie keine andere Branche von einer Berufsgruppe dominiert, den Ärzten. Sie haben das gesellschaftliche Mandat, Krankheiten zu diagnostizieren und zu therapieren. Wer sonst sollte diese unverzichtbare Funktion auch wahrnehmen, als die Berufsgruppe, die dafür ausgebildet wurde? Daraus erwächst aber eine große soziale und ökonomische Macht, die reguliert werden muss. Es wäre naiv anzunehmen, dass Ärzte und Krankenhäuser prinzipiell so selbstlos und edel sind, dass sie aus dieser Position kein Kapital schlagen. Sie reagieren auf finanzielle Anreize wie alle anderen Menschen und Institutionen auch. Dabei zeigen internationale Studien vor allem Mengeneffekte. Stimmen die Preise für ihre Leistungen nicht mit den Einkommenserwartungen der Ärzte überein, erhöhen sie ihre Leistungsmengen (Reiners 2009: S. 39 f.):

In den USA reagierten Ärzte in den 1970er und 1980er Jahren auf das Ein-

frieren der von der Rentner-Krankenversicherung Medicare gezahlten Honorare u. a. mit einer Ausweitung chirurgischer Eingriffe und aufwändiger diagnostischer Verfahren.

In Kanada verzeichneten Regionen mit einer eher moderaten Entwicklung der Honorare den höchsten Zuwachs an Leistungsmengen.

In Deutschland haben die Ausgaben der PKV für ärztliche Behandlung um über 50 Prozent höhere Steigerungen als die GKV, obwohl die in der staatlichen

Gebührenordnung festgelegten Punktwerte der Leistungen seit 20 Jahren nicht mehr angehoben wurden.

Aus diesen und anderen hier nicht weiter zu behandelnden Gründen ist die Angebotssteuerung über Bedarfsplanung, administrierte Preise, Festlegung von Budgetobergrenzen und Regeln der Qualitätssicherung die zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik. Das macht den Job des Gesundheitsministers zu einem Ritt auf der Rasierklinge. Aber wer sich scheut, mit den Interessenverbänden in den Ring zu steigen, sollte dieses Job besser nicht machen.

Wettbewerb im Gesundheitswesen

Es ist müßig darüber zu streiten, ob es Wettbewerb im Gesundheitswesen geben soll. Dort streiten sich Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Pharmaindustrie und zahlreiche andere Leistungsanbieter darum, ein möglichst großes Stück von einem Kuchen abzubekommen, der mehr als 10 Prozent der volks-



katelense_kid / flickr

wirtschaftlichen Wertschöpfung ausmacht. Das ist automatisch mit Wettbewerb verbunden, der reguliert werden muss. Das Problem ist eher, dass dieses Instrument als Patentrezept zur Lösung aller Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen angepriesen wird. Daher muss die Frage lauten, wo Wettbewerb überhaupt sinnvoll ist und wie er ggf. reguliert werden muss. Die international renommierten Gesundheitsökono-

men Robert Evans, Alan Maynard, Alexander Preker und Uwe Reinhardt (1994) haben es auf den Punkt gebracht: „Wettbewerb und Märkte sollen Mittel zum Zweck sein, aber kein Selbstzweck... Werden sie als Zweck behandelt, werden die Ziele Wirtschaftlichkeit, Chancengleichheit und Kostendämpfung NICHT erreicht“ („Competition and markets should be means to an end, but not ends in themselves. ...

If they are treated as ends, the objectives of efficiency, equity and cost containment will NOT be achieved“).

Ich möchte dies am Beispiel des Krankenkassenwettbewerbs erläutern. Deutschland und die Schweiz haben eine Gemeinsamkeit: ein gegliedertes Krankenversicherungssystem mit einer freien Kassenwahl. Vergleichbares gibt es nur noch in den Niederlanden. In Deutschland wurde 1996 die berufsständische Gliederung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit Pflicht- und Wahlkassen durch ein wettbewerbliches System mit freier Kassenwahl für alle Versicherungsberechtigten abgelöst. Zuvor war 1994 ein bundesweiter und alle Kassen erfassender Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt, der allen Kassen unabhängig von ihrer Versichertenstruktur die gleichen Wettbewerbschancen geben sollte. Dieser RSA bestand aus einem Finanzkraftausgleich, der die Einnahmen einer Kasse unabhängig von den beitragspflichtigen Einkommen ihrer Mitglieder machte. Hinzu kam ein Ausgleich der Morbiditätsrisiken, der auf den Indikatoren Alter und Geschlecht beruhte.

Gesundheitsökonominnen sind sich mittlerweile weitgehend einig darin, dass wettbewerbliche Krankenversicherungssysteme ohne einen umfassenden RSA zu einem das Solidaritätsprinzip zerstörenden Wettbewerb über Risikoselektion führen (Van de Veen / Ellis 2000). Es ist für eine Krankenversicherung immer einfacher, günstige Beitragssätze über das gezielte Anwerben gesunder und gut verdienender Versicherter zu erreichen, als über das mühselige Vertragsgeschäft mit Ärzten und Krankenhäusern. Das gilt auch für einen RSA, der regional beschränkt ist oder die Morbiditätsrisiken nur sehr lückenhaft erfasst. Diese Erfahrung mussten wir in Deutschland machen. Der 1994 eingeführte alters- und geschlechtsspezifisch durchgeführte RSA unterstellte, dass alle z. B. 60-jährigen Männer oder alle 40-jährigen Frauen den gleichen Gesundheitszustand haben. Das aber ist, wie wir aus der Sozialepidemiologie wissen, keineswegs der Fall. Diese Lücke im RSA nutzen Krankenkassen, um sich über eine auf junge und gesunde Versicherte abzielende Geschäftspolitik

Vorteile zu verschaffen. Die Dummen waren die großen Versorgerkassen, die auf den schlechten Risiken quasi sitzen blieben und immer höhere Beiträge verlangen mussten, was zu weiteren Mitgliederverlusten führte. Mehrere Gutachten konnten zeigen, dass in erster Linie gesunde Versicherte die Kasse wechseln, während chronisch Kranke auch bei höheren Beitragssätzen ihrer alten Kasse eher treu bleiben (Schräder et al. 2007) 204 ff.)

Die letzte GKV-Reform (2007) zog daraus die Konsequenz und reorganisierte den RSA und die Finanzströme im GKV-System. Die gesamten Beitragseinnahmen der GKV werden in einem vom Bundesversicherungsamt verwalteten „Gesundheitsfonds“ zusammengeführt, für den ein allgemeiner Beitragssatz für alle Versicherten erhoben wird (gegenwärtig 14,9 %); hinzu kommen Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt (2010: 16 Mrd. Euro). Aus diesem Fonds erhält jede Kasse pro versicherte Person einen nach deren Alter, Geschlecht und Morbidität gestalteten Beitrag, mit dem sie für die fälligen Behandlungskosten auskommen muss. Wird das nicht erreicht, muss die Kasse einen Zusatzbeitragerheben, der bis zu 8 Euro als Pauschale erhoben wird und 1 % des Versicherteneinkommens nicht überschreiten soll. Der allgemeine Beitragssatz soll dann angehoben werden, wenn die Einnahmen des Gesundheitsfonds nur noch weniger als 95 % der Gesamtausgaben der GKV decken.

Die neu gewählte Bundesregierung hat in ihrem Regierungsprogramm angekündigt, dieses System grundlegend zu ändern. Der Arbeitgeberbeitrag soll eingefroren und der einkommensbezogene Beitragssatz durch eine Kopfpauschale pro Versicherte sowie einen über Steuern finanzierten Sozialausgleich abgelöst werden. Das würde nicht nur den unsinnigen Kassenwettbewerb über Risikoselektion wiederbeleben, sondern auch zu einer Umverteilung von unten nach oben und schwerwiegenden Verwerfungen zu Lasten sozial schwacher Regionen führen. Deshalb haben bereits wichtige Unionspolitiker, insbesondere aus den neuen Ländern, ihren Widerstand gegen dieses Vorhaben angekündigt. Vor 2011 wird sich auch nichts bewegen, weil in 2010 wichtige Landtagswahlen, u. a. in dem mit 18 Mio.

Einwohnern größten Bundesland Nordrhein-Westfalen, anstehen. Die Kopfpauschale wäre dort für die CDU ein eher schädliches Wahlkampfthema. Verliert sie diese Wahlen, hätte das auch bundespolitische Auswirkungen. Ohne eine Unions-Mehrheit im Bundesrat, der Vertretung der Länder, wäre eine solche Reform aber nicht durchsetzbar.

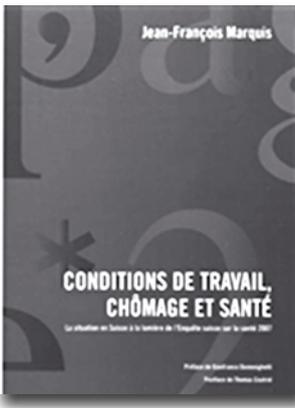
Fazit

Die empirische Überprüfung der neoliberalen Glaubensbekenntnisse zeigt, dass man sie genau da packen kann, wo sie sich stark fühlen: in der Ökonomie. Aber machen wir uns nichts vor. Sachargumente interessieren diese Ideologen eigentlich gar nicht. Sie wollen ihr gesellschaftspolitisches Programm einer Gesellschaft von autarken Privateigentümern durchsetzen, in denen soziale Bindungen und Verantwortung für die Zivilgesellschaft eine Frage individueller Moral und nicht von gesellschaftlichen Verhältnissen und Regeln ist. Dafür setzen sie wirkungsmächtige ideologische Apparate ein, die mit ihren geschickt aufbereiteten, ebenso falschen wie an allgemeine Vorurteile appellierenden Behauptungen die (gesund-

heits-)politische Agenda bestimmen sollen. Leider fallen darauf nur allzu viele Bürger und Medienvertreter herein. Aber zum mühseligen Geschäft der Aufklärung und der beständigen Widerlegung dieses sich zu Mythen verfestigenden Unsinn gibt es keine Alternative.

Literatur

- Becker, G. (1981): *A Treatise on the Family*. Cambridge, Ma. (USA) (Harvard University Press).
- Boulding, K. (1973): *Ökonomie als Moralwissenschaft*. Vogt, W. (Hrsg.): *Seminar: Politische Ökonomie. Zur Kritik der herrschenden Nationalökonomie*. Frankfurt am Main (Suhrkamp): 103-125.
- Breyer, F./Zweifel, P./Kifmann, M. (2005): *Gesundheitsökonomik*, 5. Auflage. Berlin - Heidelberg - New York (Springer).
- Eucken, W. (1990): *Grundlagen der Wirtschaftspolitik*, 6. Auflage. Tübingen (Mohr-Siebeck / UTB)
- Evans, R. / Maynard, A. / Preker, A. / Reinhardt, U.E. (1994): *Health Care Reform – Comment*. *Health Economics* Vol. 3: S. 359.
- Holst, J. (2008): *Kostenbeteiligung bei Patienten – Reformansatz ohne Evidenz. Theoretische Betrachtungen und empirische Befunde*. www.wz-berlin.eu > Publikationen > Discussionpapers Schwerpunkt I.
- Newhouse, J. P. & the Insurance Experiment Group (1993): *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge, Ma. - London (Harvard University Press)
- Pfaff, M. (1985): *Kann die Selbstbeteiligung gleichzeitig „sozial tragbar“ und „kostendämpfend“ sein? Sozialer Fortschritt* 34. Jg. Heft 2, 272-276
- Reiners, H. (2009): *Mythen der Gesundheitspolitik*. Bern (Huber).
- Reiners, H. / Schnee, M. (2007): *Hat die Praxisgebühr eine nachhaltige Steuerungswirkung?* Böcken, J. / Braun, B. / Amhof, R. (Hrsg.): *Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*. Gütersloh (Bertelsmann Stiftung), 155-164.
- Schräder, W. / Sehlen, S. / Schiffforst, G. (2007): *Komponenten der Morbiditätsorientierung im RSA – Nachlese zum Gutachten 2004, Göppfahrd, D. et al. (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007: Gesundheitsfonds*. St. Augustin (Asgard): 115-138.
- Sozialenquete-Kommission (1966): *Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart – Berlin – Köln – Mainz 1966 (Kohlhammer)
- Van de Veen, W. F. M. / Ellis, R. (2000): *Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets*. Culyer, A. / Newhouse, J. P. (Ed.): *Handbook of Health Economics*. Amsterdam (Elsevier): 755-845
- Wilensky, H. L. (2004): *Rich democracies. Political Economy, Public Policy and Performance*. Berkeley - Los Angeles - London (University of California Press)



• • • • •
Jean-François Marquis

Conditions de travail, chômage et santé

La situation en Suisse à la lumière de l'Enquête suisse sur la santé 2007, Lausanne, Editions Page deux, 2010

In einem Bericht von 2008 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) festgehalten, dass es immer noch grosse soziale Ungleichheiten bei Gesundheitszustand und Lebenserwartung der Menschen gibt. Schlechte Arbeitsbedingungen zählen zu den Hauptursachen.

Der beim Bundesamt für Statistik angestellte Historiker Jean-François Marquis dokumentiert diesen Sachverhalt erstmals umfangreich für die Schweiz. Seine Studie beruht auf den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2007. Es ist zu hoffen, dass die Ergebnisse in der gesundheitspolitischen Diskussion, die heute einseitig auf das Ziel von Kostensenkungen ausgerichtet ist, Gehör finden werden.

Marquis hält zunächst fest, dass Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz in der Schweiz stärker verbreitet sind, als oft angenommen wird. So sind etwa 40 Prozent der Erwerbstätigen regelmässig mindestens drei körperlichen Risiken ausgesetzt, und etwa 35 Prozent mindestens drei psychosozialen Risiken. Weniger als eine von fünf erwerbstätigen Personen ist keinem Gesundheitsrisiko ausgesetzt. 56 Prozent der Männer und 47 Prozent der Frauen müssen bei der Arbeit permanent konzentriert sein. Beinahe gleich viele Personen füh-

ren während mindestens einem Viertel der Arbeitszeit repetitive Bewegungen der Hand oder des Arms aus. Die Gesundheitsrisiken sind ungleich verteilt: So ist etwa die Wahrscheinlichkeit, mindestens drei körperlichen Risiken ausgesetzt zu sein, bei Männern ohne nachobligatorische Bildung 16 Mal höher als bei Männern mit Hochschulabschluss (bei den Frauen ist das Verhältnis fünf zu eins).

Dann zeigt Marquis den Einfluss der Arbeitsbedingungen auf den Gesundheitszustand, der bei den Männern etwas stärker zum Vorschein kommt als bei den Frauen. Am negativsten wirkt sich die Angst am Arbeitsplatz aus, von der zehn Prozent der Erwerbstätigen sich betroffen fühlen: Bei ihnen ist die Wahrscheinlichkeit eines schlechten Gesundheitszustands um den Faktor 2.3 (Frauen) bis 2.5 (Männer) erhöht. Noch stärker wirkt sich die Erwerbslosigkeit aus, sie führt bis zu einer siebenfachen Erhöhung dieser Wahrscheinlichkeit (Männer).

Dieses Buch ist allen Fachleuten, Entscheidungsträgern und engagierten Menschen sehr zu empfehlen, die den aktuellengesundheitspolitischen Trends kritisch gegenüberstehen. Jean-François Marquis gibt uns überzeugende Argumente, dass Prävention und Gesundheitspolitik (Public Health) auch in der Arbeitswelt ansetzen müssen. Sonst wird es auch in Zukunft nicht möglich sein, die erwähnten sozialen Ungleichheiten aus der Welt zu schaffen.

PETER STRECKEISEN

• • • • •
Caritas Schweiz

Sozialalmanach 2010: Armut verhindern

Das Caritas-Jahrbuch zur sozialen Lage in der Schweiz: Trends, Analysen, Zahlen. Caritas-Verlag Luzern, 2010, 224 Seiten, SFr. 39.—

dg. Zu Beginn des europäischen Jahres zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung 2010 lancierte die Caritas die Erklärung: Armut halbieren. Mit dieser Erklärung fordert die Caritas

eine Dekade zur Bekämpfung der Armut in der Schweiz mit dem Ziel, bis ins Jahr 2020 die Zahl der von Armut betroffenen Personen in der Schweiz zu halbieren. Politik und Wirtschaft werden aufgefordert, ihre Anstrengungen zu verstärken, die sozialen Organisationen werden sie dabei unterstützen und ihren eigenen Beitrag leisten. Der diesjährige Sozialalmanach versucht, dazu Grundlagen zu vermitteln.

Die Sozialwissenschaftlerin Christin Kehrli stellt die Fakten zusammen: Armut ist ein komplexes Phänomen. Es ist gar nicht ganz einfach, anhand des zur Verfügung stehenden statistischen Materials die Armut zahlenmässig zu erfassen.



sen. Die kantonal unterschiedlichen Transferzahlungen und Steuerungssysteme führen zu sehr verschiedenen verfügbaren Einkommen. Kehrli kommt auf etwa 900'000 von Armut betroffene Personen in der Schweiz.

Anhand einiger Interviews mit von Armut Betroffenen wird das breite Spektrum von Lebenslagen, die in Armut enden, dargestellt.

Die Entwicklung und Ausgestaltung der Sozialhilfe im Verlaufe des 20. Jahrhunderts wird in einem weiteren Artikel zusammengefasst.

Carlo Knöpfel fasst die Prinzipien einer wirkungsvollen Armutsbekämpfung zusammen. Diese müsste in der Lage sein, die „Armutquote“, die in den letzten 15 Jahren zwischen 7 und 9 % schwankte, wesentlich zu reduzieren. Armutspolitik muss soziale Existenzsicherung gewährleisten, Wege aus der Armut weisen und Armut vermeiden. Bildung ist dabei ein ganz wesentlicher Faktor, der zur Verringerung der

Armut beitragen kann. Angefangen bei frühkindlicher Förderung (vor dem Kindergarten) als Voraussetzung zur Verbesserung der Chancengleichheit in den Schulen und den Berufsausbildungen bis zur Möglichkeit, Berufsausbildungen auch in höherem Alter nachzuholen.

Am Anfang des Bandes ist der über 60 Seiten lange Bericht über die wirtschaftliche und soziale Entwicklung in der Schweiz 2008/9 zu finden. In gewohnt kompetenter und gut dokumentierter Art analysiert Carlo Knöpfel die sozialen Folgen der „Grossen Rezession“ seit 2008. Er belegt eindrücklich, dass die bisherigen Instrumente zur Absicherung nicht genügen werden: Die Zahl der Arbeitslosen am Ende eines Konjunkturzyklus (d.h. vor der Rezession) stieg über die letzten 20 Jahre stets an (1990 0,8 %, 2001 1,7 %, und 2008 2,6 %), was bedeutet, dass die Arbeitslosenversicherung nicht mehr von einer Vollbeschäftigung ausgehen kann. Der Anteil der Bevölkerung, der Hilfe von einem Sozialamt bezieht, nahm in dieser Zeitspanne von 1,3 % auf 3 % zu. Er diskutiert das Konzept einer EL für arbeitsunfähige Familien sowie das Konzept einer allgemeinen Erwerbsversicherung (anstelle verschiedener Versicherungen). Beides Vorschläge, die für die Betroffenen mit grossen Vorteilen verbunden wären.

Zudem fordert er eine Bildungsoffensive. Seine Schlussfolgerung: „Die führenden Kreise aus Politik und Wirtschaft müssen sehr aufpassen, dass der Gesellschaft in der Schweiz nicht die wertvollste Ressource und der wichtigste Standortvorteil verloren geht: die Solidarität.“ (S.78) Dem ist nichts beizufügen.

• • • • •
Monika Hild-Renz

Buen Camino

Unterwegs – noch 765 Kilometer bis Santiago, Verlag junger Autoren – Freiburg 2009

t.w. In diesem kleinen Büchlein schildert die Autorin ihre Erfahrungen, Empfindungen und Erlebnisse auf dem

Leserbrief

Krankmachende soziale Verhältnisse hinterfragen statt Psychopharmaka

Ritalin und ähnliche Psychopharmaka werden am häufigsten Knaben von 14 Jahren verschrieben, ist einem Bericht der Zürcher Regierung zu entnehmen. Die Bildungsdirektion hat die Daten für diese Erhebung von der Krankenkasse Helsana eingekauft. Statt Kindern Ritalin zu verschreiben, mit Chemie zu operieren, könnten auch die krankmachenden Ursachen hinterfragt werden, die plötzlich so viele vermeintlich gestörte Kinder produzieren. 4 bis 7 Prozent der Kinder sollen heute zappelnd sein, am so genannten ADHS-Syndrom leiden, heisst es. Heute scheint es ein Tabu zu sein, krankmachende familiäre, schulische und gesellschaftliche Verhältnisse zu hinterfragen die zu Hyperaktivität, Drogen- sucht, zu gewalttätigem Verhalten von Kindern, Jugendlichen und auch von Erwachsenen führen. Man nimmt einfach an, Kinder die Mühe haben, sich zu konzentrieren, die unruhig, aggressiv oder impulsiv sind und mit ihren Mitmenschen häufig in Konflikte geraten, hätten eine hirnorganische Störung. Die Diagnose ADHS-Syndrom wird in letzter Zeit sogar auf stille und verträumte und zurückgezogene Kinder ausgeweitet. Das sind dann meist Mädchen.

Psychologen und Pädagogen warnen davor, gesunde Kinder mit psychi-

atrischen Diagnosen zu versehen. Dies könnte zu einer unheilvollen Psychiatrisierung der Pädagogik führen. Die Verantwortung des Lehrers, aber auch der Eltern, würde untergraben, und die Lehrer, Mütter und Väter würden beginnen, ihre Kinder nicht mehr als lebendige Kinder zu sehen, sondern als Patienten, die medikamentöse Behandlung bräuchten.

Die biologisch-genetische Sichtweise von sozialen und psychischen Problemen macht Furore, was nicht neu ist. Ich erinnere mich noch an eine Diskussion in der Organisation Aide à toute Détresse, eine Organisation, die in den Bidonvilles von Paris tätig war. Damals meinten sogar Leute in so genannten „Fachkreisen“, die Armut der Slumbewohner in Paris, Lyon und Marseille in den 1960er Jahren sei biologisch-genetisch bedingt, sei vererbt, weil diese Leute schon seit Generationen im Elend lebten. Père Joseph Wresinski, der Leiter von Aide à toute Détresse, wehrte sich gegen diese rassistische Sichtweise. Er engagierte sich dafür, dass die Kinder in den Bidonvilles die Schule besuchen, eine Lehre machen konnten und auch ganz einfach dafür, dass die Bewohner der „Igloos“, der Hütteniedlung von Noisy-le-Grand, die noch die Organisation Emmaus von Abbé Pierre errichtet hatte, ihre Wäsche in einem Waschsalon im Zentrum von Aide à toute Détresse in Noisy waschen konnten.

HEINRICH FREI

Jakobsweg, den sie von St.-Jean-Pied-de-Port bis nach Santiago de Compostella absolviert hat. Die Entscheidung, diesen Pilgerweg zu gehen, hing auch unmittelbar mit ihrer Pensionierung zusammen, die sie aktiv vorbereitet und umsetzte. Die Autorin schildert ihre akribische Vorbereitung auf den Tag X. Es war für sie sehr wichtig, den Pilgerweg nicht als Leistungsanreiz zu sehen, bei dem das Ziel einer bestimmten Strecke in einem bestimmten Zeitraum erreicht wird. Vielmehr haben sie alle Facetten und Varianten des Sich-auf-den-Weg-Machens und in Bewegung Seins und Bleibens interessiert und beschäf-

tigt. Während ihrer Gehstrecke auf dem Pilgerweg hat sie sich mit dem Alleinsein, mit ihrem „inneren Schweinehund“, mit Regen und Nässe, geschundenen Füßen und schwerem Rucksack auseinandergesetzt und in eindrücklicher Art und Weise ihre Erfahrungen und Empfindungen beschrieben. Dabei hat sie immer wieder auch Reflexionen darüber angestellt, was diese Erlebnisse für ihren neuen Lebensabschnitt bedeuten. Das sehr persönliche und intime Büchlein sei all denjenigen Personen zu empfehlen, die sich in irgendeiner Form auf den Weg machen möchten (müssen) bzw. bereits auf dem Weg sind.