

soziale medizin

Die Zeitschrift im Gesundheits- und Sozialwesen.
Kompetent und kritisch. Seit 1974.



Psyche und Alter Heilversuche und Humanforschung Kindsmisshandlung Diversity

Von Hiroshima zu Fukushima
Gesundheit für alle, sonst gibt's Krawalle!
Wieso keine Zwangsernährung bei Hungerstreik?
Abschaffung der Kinderprämien!

Soziale Medizin, Nr. 2.11, Mai 2011, 38. Jahrgang,
vierteljährlich im Abo Fr. 79.– | www.sozialemedizin.ch



SEGENSREICHE PRÄIMPLANTATIONS-DIAGNOSTIK

Impressum

www.sozialemedizin.ch

Soziale Medizin, Postfach, 4007 Basel
Tel./Fax: 061 691 13 32
E-Mail: info@sozialemedizin.ch

Geschäftsleitung / Heftproduktion:
Stefan Witschi

Koordinator Redaktion:
Ruedi Spöndlin,
Bachletenstr. 72, 4054 Basel
Tel. 061/281 02 56
ruedi.spoendlin@sozialemedizin.ch

Redaktion:
Riccardo Bonfranchi (Dr. phil., Heilpädagoge), Käti
Ensner (Kinder- und Jugendpsychologin FSP), Da-
niel Gelzer (Dr. med., Hausarzt), Alex Schwank (Dr.
med., Innere Medizin FMH, Hausarzt), Günter Spaar
(lic.phil.), Ruedi Spöndlin (lic.iur./Journalist BR),

Ruth Waldvogel (Dr. sc. nat. ETH et lic. phil., Psy-
chotherapeutin), Thomas Wahlster (Diplom-Sozial-
pädagoge), Fritz Witschi (Dipl. Architekt HTL), Erika
Ziltener (Pflegefachfrau und Historikerin)

Herausgeberin:
Schweizerische Gesellschaft für ein
Soziales Gesundheitswesen (SGSG)

Konzept & Gestaltung: satzladen, 4007 basel
Druck: Ropress Zürich
Auflage: 1'800, Vierteljährlich

Inserate: www.sozialemedizin.ch

Abonnemente: Normal 79.–; Reduziert 49.–
Unterstützungsabo 150.–; Einzelnummer 21.–

Herausgeberbeirat:
Rudolf Balmer (Dr. med., FMH Psychiatrie/Psycho-
therapie, Basel) Charlotte Braun-Fahländer (Prof.
Dr. med., Epidemiologin, Basel) Franco Cavalli (Prof.
Dr. med., Bellinzona) Theodor Cahn (Dr. med., Bas-
sel) Remo Gysin (Dr. rer. pol., Basel) Patrick Haem-
merle (Dr. med., Chefarzt service pédo-psychiatrie,
Fribourg) Pia Hollenstein (Berufsschullehrerin im
Gesundheitswesen, St. Gallen) Carlo Knöpfel (Dr.
rer.pol. Caritas Schweiz) Iris Ludwig (Pflegeberaterin
MA, Erziehungswissenschaftlerin) Ueli Mäder
(Professor für Soziologie, Basel) Ruth Mascarin (Dr.
med., Allgemeinmedizin FMH, Hausärztin) Emilio
del Pozo (Prof. Dr. med., Bern) Andreas Saurer (Dr.
med., FMH Médecine interne, Genève) Rita Schiavi
(lic.phil. Soziologin, Vizepräsidentin Gewerkschaft
Unia) Lenka Svejda-Hirsch (lic. phil., MAS, Sozial-
wissenschaftlerin, Ethnologin, Basel)



Bestellen Sie jetzt ein Abonnement!

☐ Normal: 79.00 ☐ Gönner: 150.00. Weitere Angebote auf der Website!

Name / Vorname:

Adresse:

Datum / Unterschrift:

Bitte einsenden an: Soziale Medizin, 4007 Basel



Gestaltung: Stefan Witschi
Foto: linda pleis | flickr

Psyche und Alter

- 24 „Hilfreich ist ein Beziehungsangebot ...“
Gesprächsrunde mit Barbara Hiss
und Martina Saner (Ruedi Spöndlin)
- 44 Volkskrankheit Depression
Umfrage der GfS

Gesundheitsökonomie

- 46 Unternehmerische Freiheit als Zauberformel
Pierre Gobet

Heilversuche und Humanforschung

- 51 „Wichtiger finde ich den Kommunikationsprozess
zwischen Arzt und Patient ...“
Interview mit Jean-François Steiert (Ruedi Spöndlin)

Diversity

- 55 Schlüsselbegriff für den kompetenten
Umgang mit Vielfalt
Rebekka Ehret

Integration und geistige Behinderung

- 62 Warum tut sich unsere Gesellschaft schwer,
Menschen mit einer geistigen Behinderung zu
integrieren? (2. Teil, Fortsetzung von Ausgabe 1.11)
Riccardo Bonfranchi

SGSP

- 29 Info der Schweizerischen Gesellschaft für
Sozialpsychiatrie (SGSP)

Magazin & Rubriken

- 4 Kurznachrichten
- 5 Ab 2012 erscheint das Magazin Soziale Medizin
nicht mehr
- 6 Kolumne: Anzeigenstatistik
Dani Winter
- 7 Verheerende Eingriffe am intersexuellen Menschen
Aylin Canbek, VUA
- 8 Med in Switzerland: Aidsprävention
und Sexualaufklärung retten Leben
Helena Zweifel
- 10 Infos aus der Genwelt
Basler Appell gegen Gentechnologie
- 12 Abschaffung der Kinderpämien!
Ruedi Spöndlin
- 13 Ethische Handlungsfelder in der Heilpädagogik
Buchbesprechung
- 14 Kindsmisshandlungen haben 2010 eine traurige
Höchstmarke erreicht
Käti Ensner
- 17 Zwangsernährung im Hungerstreik
Fragen an Alex Schwank
- 18 Medizinstudierende nutzen die Gunst der Strasse
Aylin Canbek
- 20 Von Hiroshima nach Fukushima
Alex Schwank
- 22 Bessere Aufsicht über die Krankenkassen
Ruedi Spöndlin
- 23 Entkriminalisierung von Cannabis
Katharina Prelicz-Huber
- 48 Betrugsbekämpfung in der IV
Rolf Camenzind/David Winizki
- 49 Asbest: Verjährung verletzt das
Gerechtigkeitsempfinden
Ruedi Spöndlin
- 60 Wie ist der Tod festzustellen?
Pia Hollenstein
- 68 Revision der Invalidenversicherung 6a
Regula Heggli

• • • • •
Günter Amendt

Ein bedeutender Aufklärer ist tot

Am 12. März ist der Sozialwissenschaftler Günter Amendt im Alter von 71 Jahren in Hamburg zu Tode gekommen. Er wurde als Fussgänger Opfer eines Verkehrsunfalls, den ein unter Drogeneinfluss stehender Autofahrer unter gröss-



ter Missachtung der Verkehrsregeln verursacht hat. Amendt, der bei Theodor Adorno und in Berkley Soziologie studiert hatte, war ein 68er der ersten Stunde. Als Aktivist der APO beteiligte er sich an den Demonstrationen gegen Springer und gehörte zu den führenden Köpfen des SDS. In den 1970er Jahren machte er sich dann als Sexaufklärer einen Namen. In „Sexfront“ (1970) und dem „Sexbuch“ (1979) versuchte er, junge Leute in einer unkomplizierten Sprache zu einer lustvollen Sexualität heran zu führen, was er auch als Beitrag zu einer allgemeinen gesellschaftspolitischen Befreiung verstand. Weiter galt sein Einsatz der Entkriminalisierung von Drogen, weshalb auch die Redaktionsgruppe der Sozialen Medizin die Zusammenarbeit mit ihm suchte. Am 17. Juni 1993 trat er als Referent an einer Veranstaltung der Sozialen Medizin in Basel auf und plädierte für ein Ja zur damaligen Drogleg-Initiative. In der Sozialen Medizin schrieb er damals: „Eine Lösung des Drogenproblems gibt es nicht, mit einer Legalisierung liesse es sich aber entschärfen“ (Soziale Medizin 5/93 S. 6 ff.).

• • • • •
Sozialversicherung

Warum provoziert der IV-Chef?

„Arbeit ist die beste Ablenkung vom Schmerz“. Mit diesem Spruch hat sich IV-Chef Stefan Ritler im Februar weit aus dem Fenster gelehnt. Menschen mit chronischen Schmerzen empfinden seine Aussage als zynischen Schlag ins Gesicht. Aber kann es nicht sein, dass Ritler damit von etwas ganz anderem als vom Schmerz ablenken will? Mehr dazu unter <http://www.sozialemedizin.ch/?p=1638>

• • • • •
Japan und Nordafrika

Anlass für innenpolitische Diskussionen

Die politischen Umwälzungen in Nordafrika wurden hierzulande weder als hoffnungsvoller Aufbruch gewürdigt noch lösten sie Betroffenheit aus. Die politische Diskussion drehte sich zunächst fast ausschliesslich darum, wie man die „Flüchtlingswelle“ von dort von den Schweizer Grenzen fernhalten könne. Die Erdbeben-Katastrophe in Japan hat die öffentliche Aufmerksamkeit dann aber von Nordafrika abge-



lenkt. Die fremdenfeindlichen Hetzer verstummen zumindest vorläufig. Dafür haben links-grüne Kreise die Gelegenheit genutzt, die Forderung nach

einem Ausstieg aus der Atomenergie ins öffentliche Bewusstsein zu bringen. Dazu erschien am 14. März auf unserer Website folgender Kommentar: Die politischen Unruhen in Nordafrika für eine fremdenfeindliche Kampagne in der Schweiz zu nutzen, ist widerlich. Und wenn man die Katastrophe in Japan zum Anlass nimmt, die Zukunft der Kernkraft in der Schweiz in Frage zu stellen? Siehe: <http://www.sozialemedizin.ch/?p=1678>

• • • • •
Deutschland

Entwurf für Patientenrechtsgesetz

Ende März hat der Patientenbeauftragte der deutschen Bundesregierung den Entwurf für ein Patientenrechtsgesetz vorgestellt. Dieses soll dazu führen, dass Opfer von Behandlungsfehlern schneller entschädigt werden und mit weniger Aufwand zu ihrem Recht kommen. Nicht vorgesehen ist zwar eine Umkehr der Beweislast zu Gunsten der Geschädigten, aber eine grundsätzliche Verschuldensvermutung zu Lasten der Ärztinnen und Ärzte in schweren Fällen. Zudem sollen Schlichtungsverfahren für Patientenrechtsfälle geschaffen werden. Mehr dazu: <http://www.tagesspiegel.de/politik/mehr-hilfe-bei-kunstfehlern/3978938.html>

• • • • •
Spitalplanung Nordwestschweiz

Widerrechtliche Begünstigung ?

AS. Bei einem Auftrag zur Spitalplanung haben die Kantone Aargau, Solothurn und die beiden Basel Regeln der Welthandelsorganisation WTO verletzt. Ohne Ausschreibung wurde ein

Fortsetzung auf Seite 6

Ab 2012 erscheint das Magazin Soziale Medizin nicht mehr



Die Redaktionsgruppe Soziale Medizin hat beschlossen, die Herausgabe ihres Magazins per Ende 2011 einzustellen. Sie wird der SGSG-Generalversammlung vom 16. Juni dieses Jahres die entsprechenden Anträge stellen.

Ausschlaggebend dafür sind verschiedene Gründe. Der wichtigste ist die personelle Situation. Die Redaktionsgruppe weist eine hohe Kontinuität auf, viele ihrer Mitglieder sind seit der Gründung der Zeitschrift im Jahre 1974 dabei. Nun sind sie aber älter geworden, einige haben bereits das Rentenalter erreicht und möchten ihr grosses, neben-

berufliches Engagement reduzieren. Dazu kommt, dass viele Aktive im Umfeld der Sozialen Medizin aus dem aktiven Berufsleben und Politikbetrieb ausgeschieden sind und weniger Inputs beisteuern. Jüngere Leute für die Mit-

müsste ein ganz neues Geschäftsmodell entwickelt werden, das möglicherweise vermehrt aufs Internet setzt. Ein Patentrezept gegen die strukturelle Krise der abonnierten Printmedien hat bis jetzt aber noch niemand gefunden.



Jüngere Leute für die Mitarbeit in der Redaktionsgruppe zu finden, hat sich als schwierig erwiesen.

arbeit in der Redaktionsgruppe zu finden, hat sich als schwierig erwiesen. Zurzeit ist das Erscheinen des Magazins zwar noch gewährleistet. Ob sich die gewohnte Qualität in ein bis zwei Jahren immer noch beibehalten liesse, ist jedoch fraglich. Damit würde auch der Einfluss entfallen, den die Soziale Medizin punktuell auf die Politik nehmen konnte.

Ein einmütiger Entscheid

Ein weiterer Grund sind die mittelfristigen wirtschaftlichen Aussichten. Zahlreiche Feedbacks zeigen zwar, dass nach wie vor ein Interesse an den Inhalten der Sozialen Medizin besteht. Auch die Website wird rege genutzt. Trotzdem geht die Anzahl der AbonnentInnen seit einigen Jahren stetig zurück. Dabei handelt es sich offensichtlich um ein strukturelles Problem, mit dem auch andere, vergleichbare Printmedien zu kämpfen haben. Bis in wenigen Jahren

Angesichts dieser Zukunftsperspektiven hat sich die Redaktionsgruppe einmütig und in bestem Einvernehmen entschieden, aufzuhören, solange sie die Qualität des Magazins noch gewährleisten kann. Der Zeitpunkt dafür ist auch insofern günstig, als sich den drei teilszeitlich angestellten Mitarbeitern neue Chancen bieten, die sie neben ihrem überdurchschnittlichen Einsatz für die Soziale Medizin kaum wahrnehmen könnten. Der Entscheid, aufzuhören, wird von den angestellten Mitarbeitern ausdrücklich mitgetragen. Die Einstellung der Sozialen Medizin führt zu keinen Entlassungen gegen den Willen der Betroffenen.

Die Website bleibt bestehen

Grundsätzlich wäre es sicher denkbar, neue Strategien für die Soziale Medizin

Einladung zur SGSG-Generalversammlung

Am Donnerstag 16. Juni 2011 sind alle Mitglieder der SGSG (Herausgeberin der Sozialen Medizin) ganz herzlich zur diesjährigen Generalversammlung eingeladen. Diese findet statt um 19.30 Uhr im Union an der Klybeckstrasse 95 in Basel. Auf der Tagesordnung stehen die üblichen, statutarischen Generalversammlungsgeschäfte sowie die Beschlüsse in Zusammenhang mit der Einstellung der Sozialen Medizin. Die SGSG-Mitglieder werden per Post noch eine genaue Traktandenliste erhalten. Da wir keinen Saal gemietet haben, in welchem alle 300 SGSG-Mitglieder Platz haben, wären für eine kurze Anmeldung auf info@sozialemedizin.ch dankbar.

Fortsetzung auf Seite 6

zu entwickeln. Dazu wäre jedoch eine neue Crew nötig, die einen enormen Einsatz leistet. Die Redaktionsgruppe hat sich nun für einen anderen Weg entschieden. Sie sieht die Soziale Medizin als Projekt von Angehörigen einer Generation, die im Gefolge der 68er-Bewegung aufgebrochen sind und nach rund 40 Jahren wieder von der Bühne abtreten. Das heisst nicht, dass die Mitglieder der Redaktionsgruppe persönlich nicht mehr an den politischen Debatten teilnehmen wollen. Die Redaktionsgruppe würde sich auch freuen, wenn jemand die Anliegen der Sozialen Medizin aufnehmen und weitertragen würde.

Die Website www.sozialemedizin.ch bleibt weiterhin bestehen. Sie stellt einerseits ein Archiv für viele Themen dar, insbesondere in den Bereichen der Sozialversicherungen und der Ethik, zu welchen die Soziale Medizin kontinuierlich berichtet und Stellung genommen hat. Andererseits kann die Webseite weiterhin als Plattform für Debatten über wichtige sozial- und gesundheitspolitische Fragen zur Verfügung stehen. Genauere Informationen werden die AbonnentInnen und SGSG-Mitglieder Ende Jahr erhalten.

Allen Leserinnen und Lesern möchte die Redaktionsgruppe für das Interesse und Vertrauen danken, das sie der Sozialen Medizin entgegengebracht haben. Ebenfalls ein grosser Dank richtet sich an die zahlreichen AutorInnen, die in der Sozialen Medizin Beiträge publiziert haben.

Anzeigenstatistik

Jahrelang hat man in der Zeitung lesen müssen, dass die Kriminalität ständig zunimmt. Was heisst in der Zeitung?! Von 10 vor 10 bis OnlineReports wurde auf allen Kanälen das gleiche Bild gemalt: immer mehr Drogen, immer mehr Gewalt. Was ja kein Wunder ist, weil es ja auch immer mehr Ausländer hat. Und die sind, wie man weiss, unter den Kriminellen überdurchschnittlich häufig vertreten.

Der ortsansässige Onlinepionier konnte sich von den Mainstream-Medien abheben, indem er die Polizeimeldungen mit Nationalitätenkästchen für Täter und Opfer versah. Doch nicht für lange. Dem Sex & Crime-Reporter der Basler Zeitung gefällt es seit jüngstem, die Tatorte von Delikten wie Handtaschendiebstahl auf einer interaktiven Crime Map zu dokumentieren. Da kommt mit der Zeit ganz schön was zusammen!

Jahrelang konnte man sich das Maul fusslig reden: Die Kriminalstatistik sei eine reine Anzeigenstatistik und sage nicht viel darüber aus, wie viele Straftaten tatsächlich passiert seien. Ein Anstieg bei den Tötungsdelikten von 20 Prozent könne in totalen Zahlen durchaus nur eine Zunahme von zwei oder drei Fällen ausmachen. Und gerade die Drogendelikte seien ja vor allem Verzeigungen wegen harmlosen Cannabis-Konsums, was eigentlich sowieso keine Straftat sei. Vergebens! Gehört wurden immer nur jene, die den Niedergang der einst so siche-

ren Schweiz prophezeiten. Weil sie ja auch viel lauter brüllten.

Im März wurden die neusten kantonalen Kriminalstatistiken veröffentlicht. Der sensationelle Befund: Die Kriminalität nimmt ab. Schweizweit. Ob Zürich, Zug, Luzern oder Basel, auch die Jugendkriminalität, insbesondere die vielbeschworene Jugendgewalt: rückläufig. In Zürich nahm die Zahl der Ermittlungen gegen Jugendliche gegenüber dem Vorjahr um 15 Prozent ab. Die Zahl der Raub- und Sexualdelikte sank gar um über die Hälfte.

Das wird den Panikmachern und Schwarzmalern schön stinken, dachte man. Doch weit gefehlt! Der Basler Zeitung gelingt es sogar, den Rückgang der Kriminalität dazu zu benutzen, uns aufzuzeigen, wie bedroht wir eigentlich sind. So ereignet sich in Basel alle 105 Minuten ein Ladendiebstahl!

Den Vogel ab schoss aber der Basler leitende Staatsanwalt im Regionaljournal von Radio DRS. Der warnte eindringlich davor, die Hände in den Schooss zu legen. Zwar zeigten die vielfältigen Präventionsbemühungen der Behörden tatsächlich langsam Wirkung. Aber man dürfe sich von den Zahlen nicht täuschen lassen. Es sei gut möglich, dass die Anzahl der begangenen Delikte um einiges höher liege. Denn die Kriminalstatistik, das dürfe man nicht vergessen, sei eine reine Anzeigenstatistik.

DANI WINTER

Fortsetzung von Seite 4

Auftrag für 385'000 Franken an Max Lenz vergeben. Max Lenz ist der Ehemann der grünliberalen Zürcher Ständerätin Verena Diener, die auch Verwaltungspräsidentin der Solothurner Spitäler ist. Der Zürcher Rechtsprofessor Tomas Polegna hält es für eine klare Verletzung der WTO-Richtlinien, dass der Grossauftrag unter Federführung der Baselbieter Gesundheitsdirektion ohne öffentliche Ausschreibung an die Lenz

Beratungen & Dienstleistungs AG von Dieners Ehemann vergeben worden ist. Der SP-Fraktionschef im Baselbieter Landrat kritisierte, dass in der zuständigen Kommission nicht mit offenen Karten gespielt und die Verflechtung von Lenz mit Diener nicht offengelegt worden sei. Dies stört auch Yves Derendinger, den FDP-Fraktionschef im Solothurner Kantonsrat. Der Solothurner SP-Fraktionschef Markus Schneider hält die «personelle Verflechtung und das unrechtmässige Submissionsverfahren

für nicht hinnehmbar». Im Aargauer Grossen Rat verlangte die SVP-Fraktion eine Untersuchung durch die Geschäftsprüfungskommission. Verena Diener betonte, dass sie bei der Vergabe der Verträge zu keiner Zeit involviert gewesen sei und vermutet, dass bereits Ständeratswahlkampf betrieben werde. Für den Sprecher der federführenden Baselbieter Gesundheitsdirektion, Thomas Lüthi, ist der Vorwurf der Mausehelei «an den Haaren herbeigezogen».



Verheerende Eingriffe an intersexuellen Menschen

Intersexualität liegt vor, wenn ein Mensch genetisch oder anatomisch nicht eindeutig einem weiblichen oder männlichen Geschlecht zugeordnet werden kann. Eines von ca. 2000 Kindern in der Schweiz wird intersexuell geboren. Innerhalb der Medizin wird Intersexualität als Krankheitsbild (und nicht etwa als Varietät) definiert, was per se die Notwendigkeit einer Behandlung impliziert. Tatsächlich besteht die gängige medizinische Praxis im Falle der Geburt eines intersexuellen Kindes in einer sogenannten „geschlechtsangleichenden Operation“. In der Schweiz geschieht dies jede Woche ein Mal.

Diese Eingriffe sind nicht lebenserhaltender, sondern kosmetischer und normativer Natur und erfordern meist mehrere Folgeoperationen. Teils werden funktionsfähige Organe oder Gewebe entnommen, so dass es sich um medizinisch nicht notwendige Eingriffe – mit all ihren Risiken – bei somatisch gesunden, beschwerdefreien Menschen handelt. Bei einem Grossteil der Betroffenen richten sie immense persistierende und irreversible Schäden an, so z.B. somatische Schäden wie Verwachsungen, Fisteln, Phantomschmerzen oder Sensibilitätsstörungen. Viele sind durch die Entfernung hormonproduzierenden

Gewebes auf lebenslange Hormonersatztherapien angewiesen. Verheerend sind auch die psychischen Auswirkungen: viele Betroffene fühlen sich verstümmelt, misshandelt und fremdbestimmt. Die „Arbeitsgruppe gegen Gewalt in der Pädiatrie und Gynäkologie“ geht davon aus, dass 80% der Betroffenen Suizidversuche unternehmen, 25% davon erfolgreich. Auch aus ethischer Sicht stellen sich grundlegende Probleme: durch die Operationen im frühen Kindesalter wird die Autonomie des Individuums missachtet und ein gravierender Eingriff in dessen körperliche Unversehrtheit vorgenommen; der hippokratische Grundsatz „primum non nocere“ ist nicht gewährleistet.

Gesellschaftlicher Ansatz

ÄrztInnen begründen die Operationen hauptsächlich mit der Absicht, intersexuell geborene Kinder vor allfälliger Diskriminierung während der Entwicklung zu schützen. Doch müsste ein gesellschaftliches Problem wie Diskriminierung nicht mit einem gesellschaftlichen, statt einem medizinischen Ansatz überwunden werden? Fördern wir durch die Operationen nicht erst recht Tabuisierung und Normativität? Anstatt als Kinder operiert zu werden, sollten intersexuelle Menschen unversehrt aufwachsen und später selber entscheiden können, ob sie überhaupt einen operativen Eingriff wünschen, und wenn ja, in welcher Form. Diskriminierung lässt sich mit gesundem Selbstvertrauen begegnen; ein operativer Eingriff hingegen ist irreversibel und hat nicht minder verheerende Auswirkungen auf das Selbstvertrauen. Eine gesellschaftliche Akzeptanz ist nicht möglich durch Tabuisierung, wohl aber durch Konfrontation und Kommunikation. Dies zeigen mehrere Beispiele von Kindern, die heute intersexuell aufwachsen. Leider handelt es sich nach wie vor um Einzelfälle. Es ist daher dringend wichtig, dass wir uns als ÄrztInnen und MedizinstudentInnen positionieren, innerhalb unserer Berufsgruppe informieren und Angehörigen von intersexuellen Kindern alternative Umgangsmöglichkeiten aufzeigen.

AYLIN CANBEK / VUA



Tagung der Fachplattform aidsfocus.ch

Aidsprävention und Sexualaufklärung retten zusammen Leben

Jugendfreundliche Dienstleistungen, die Sexualaufklärung, HIV-Prävention, Verhütung und Beratung miteinander zu verknüpfen, ist im Kampf gegen Aids zentral. Anlässlich der Fachtagung von aidsfocus.ch am 7. April 2011 in Bern forderten Schweizer Entwicklungsorganisationen: Die Schweiz soll sich auch finanziell für die internationale Aids- und Gesundheitszusammenarbeit stärker engagieren.

VON HELENA ZWEIFEL

Fast die Hälfte der Menschen weltweit, die sich neu mit dem HIV-Virus infizieren, sind Jugendliche zwischen 15 und 24 Jahren. Jedes vierte Mädchen in Afrika wird bereits als Teenager zum ersten Mal Mutter.

Schwangerschaft und Geburt gehören zu den Haupttodesursachen für Mädchen im Teenageralter.

Beatrice Savadye, eine 24jährige Frau aus Simbabwe, erzählte an der aidsfocus Fachtagung von Jugendlichen, die in Familienplanungskliniken stigmatisiert und diskriminiert werden. Junge Mädchen und Burschen sollten sich nicht für Verhütung und Schwangerschaft interessieren, so die gängige Meinung. Eine HIV-positive junge Mutter sollte gar nicht erst schwanger werden oder sich zu Verhütung informieren. Beatrice Savadye forderte, dass Angebote für junge Menschen geschaffen werden, die sexuelle Gesundheit mit HIV verknüpfen.

Die Verknüpfung von HIV Programmen mit sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten (SRGR) ist ein Schlüssel zu umfassender Gesundheit für alle. Diese Feststellung wird von

internationalen Organisationen wie UNAIDS, UNFPA, IPPF, WHO und selbst dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Malaria und TB seit einiger Zeit wiederholt geäußert. Denn, so die Argumentation, die Aids-epidemie ist engstens verknüpft mit der Frage der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Die meisten HIV-Infektionen werden beim Sex übertragen oder im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Stillen.

Der HIV-Experte der International Planned Parenthood Federation (IPPF), Kevin Osborne, der an der Fachtagung sehr lebhaft für die bessere Verknüpfung von HIV-Prävention, Behandlung und Pflege und Dienstleistungen zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRGR) plädierte, verspricht sich davon zahlreiche Vorteile. Es optimiert z.B. die Nutzung bestehender SRGR-Infrastruktur. Wird alles „unter einem Dach“ angeboten, ist es für Frauen und Männern mit gesundheitlichen Problemen eher möglich, diese Angebote zu nutzen. Umfassende Dienstleistungsangebote, die nicht das Schild „Aids“ tragen, erleichtern Menschen mit HIV die Nutzung von auf sie zugeschnittenen Dienstleistungen. Marginalisierte Bevölkerungsgruppen wie Drogensüchtige, SexarbeiterInnen oder Männer, die Sex mit Männern haben, könnten mit integrierten Angeboten eher versorgt werden. Hinzu kommt der doppelte Schutz vor ungewollter Schwangerschaft und sexuell übertragbaren Infektionen, was für Jugendliche besonders wichtig ist.

Umfassende Gesundheitsversorgung

Die Verknüpfung von HIV mit sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten ist vor allem ein Muss aus der Überzeugung heraus, dass alle Menschen ein Recht auf Gesundheit und umfassende Gesundheitsversorgung haben. Dazu gehört das Recht, selbst bestimmen zu können, wann und mit wem jemand Sex haben, heiraten und Kinder haben will oder nicht. Die Missachtung dieser Rechte ist eine der Grundursachen für die Verbreitung von HIV und sexueller und reproduktiver Krankhei-

ten und ein Hindernis auf dem Weg zum Ziel: Gesundheit für alle.

Was für uns selbstverständlich ist, fehlt jungen Menschen in Entwicklungsländern: Sexuaufklärung und Zugang zu Verhütungsmitteln und Aidsprävention. Auch Venkatraman Chandramouli von der Weltgesundheitsorganisation WHO betonte an der Fachtagung die Notwendigkeit, vermehrt auf die Gesundheits- und Informationsbedürfnisse von Jugendlichen einzugehen. „Die Unterstützung der WHO zur Zusammenarbeit von nationalen Programmen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit und zu HIV hat zu Win-Win-Situationen geführt sowohl für die Programme wie für die Jugendlichen“.

Trotz internationaler Abkommen...

Die Krux scheint in der Umsetzung zu liegen. Oft trennen die internationalen Geldgeber und die Regierungen in Entwicklungsländern diese Bereiche voneinander. Im Kampf gegen Aids konnte in den letzten Jahren relativ viel Geld mobilisiert werden. Die Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit aber wird von den Regierungen im Süden vernachlässigt, erst recht jugendfreundliche Angebote.

Das togolesische Rote Kreuz hat die Bedürfnisse Jugendlicher aufgenommen und zusammen mit der UNFPA und verschiedenen staatlichen Institutionen jugendfreundliche Zentren zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und HIV errichtet, die sog. „Centres Conviviaux et d'Écoute de Jeunes“. Diese bieten Sport, Informationen und Beratungen für und mit Jugendlichen an. Der nationale HIV-Koordinator des togolesischen Roten Kreuzes, Blaise Sedoh, berichtete sehr anschaulich, wie Jugendliche Jugendliche beraten. In den Gruppengesprächen haben sie gelernt, offen miteinander zu reden und auch Tabuthemen anzusprechen. Viele wollen ihren HIV-Status kennen und sich testen lassen – ein wichtiger Schritt.

An eine besonders verletzte Gruppe Jugendlicher richtet sich die Organisation AMMIE (Appui Moral, Matériel et Intellectuel à l'Enfant) in Burkina Faso, eine Partnerorganisation von

IAMANEH Schweiz: an junge, ledige Mütter, die vom Vater des Kindes verlassen und von ihrer Familien verstossen wurden. AMMIE informiert und berät die jungen Frauen zu Verhütung, Prävention von HIV und sexuell übertragbaren Krankheiten, Ernährung und Kinderbetreuung. Zudem vergibt AMMIE Kleinkredite zur Förderung der wirtschaftlichen Selbstständigkeit und sucht mit den Familien zu vermitteln, um die



Die Schweiz muss international mehr tun zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und im Kampf gegen Aids, um nachhaltig zur Gesundheit der kommenden Generationen beitragen...

jungen Mütter mit ihren Kindern wieder ins familiäre soziale Sicherungssystem zu integrieren.

Die Schweiz muss sich mehr engagieren

Die VertreterInnen schweizerischer Hilfswerke, internationaler Organisationen und der DEZA waren sich einig, dass HIV-Prävention besser mit der Förderung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte verknüpft werden soll. Die Fachtagung hat an konkreten Beispielen aus Togo, Burkina Faso, Simbabwe und Tibet/China aufgezeigt, wie wirkungsvoll integrierte Programme sind für das Leben und Wohlergehen von Frauen, Männern und Kindern und somit für die Entwicklung eines Landes. Es gibt viele qualitativ hochstehende Projekte und Schweizer NGOs und ihre Südpartner verfügen über die Expertise, das Engagement und die Erfahrung. Aber für eine wirkungsvolle Gesundheitszusammenarbeit mit breiterer Wirkung braucht es auch Geld und den politischen Willen.

Die Schweiz hinkt punkto internationaler Gesundheitszusammenarbeit weit hinten nach. Mit nur 0.025 Prozent

des Bruttoinlandsprodukts (BNE) für Gesundheitsförderung und medizinische Hilfe in den Ländern des Südens und Ostens steht die Schweiz gerade noch vor Italien an zweitletzter Stelle (und wenn Italien die dem Globalen Fonds versprochenen Gelder einzahlt – was es tun wird –, fällt die Schweiz auf den letzten Platz ab). Dies ist das traurige Fazit einer neuen, vom aidsfocus.ch in Auftrag gegebenen Studie zur Ent-

wicklungshilfe der Schweiz, welche auf einer Analyse der OECD Zahlen beruht. Das Engagement der Schweiz in Sachen Aids stagniert seit Jahren auf niedrigem Niveau bei ca. 36 Millionen Franken bzw. bei 0,006 Prozent des BNE. Die Schweiz gibt somit gerade 2 Prozent der sehr bescheidenen staatlichen Entwicklungshilfe für Interventionen zur Prävention und Behandlung von HIV und zur Pflege und Unterstützung von Menschen, die mit HIV leben, aus. Auch das Engagement für sexuelle und reproduktive Gesundheit ist sehr gering, noch liegen dazu aber nur bruchstückhafte Daten vor.

Die Schweiz muss international mehr tun zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und im Kampf gegen Aids, um nachhaltig zur Gesundheit der kommenden Generationen beitragen, fordert aidsfocus.ch. Die Partner von aidsfocus.ch wollen dies im Rahmen ihrer Einflussmöglichkeiten tun.

Helena Zweifel ist Geschäftsführerin des Netzwerks Medicus Mundi Schweiz und koordiniert die Fachplattform aidsfocus.ch

Gen-Check am Embryo:

PID-BefürworterInnen wittern Morgenluft

In Deutschland wirft die mögliche Zulassung der Präimplantationsdiagnostik (PID) hohe Wellen. In der Schweiz rüsten sich die BefürworterInnen bereits: Sie kritisieren öffentlich, der zu erwartende zweite Gesetzesentwurf sei erneut zu restriktiv.

In unserem nördlichen Nachbarland wird die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik zur Zeit kontrovers und emotional diskutiert. Auslöser dieser Debatte ist ein Urteil des Bundesgerichtshofs im letzten Sommer. Das Urteil erklärte die gezielte Auswahl von Embryonen im Reagenzglas für rechtens. Bis dahin war man davon ausgegangen, das deutsche Embryonenschutzgesetz enthalte ein Verbot der PID.

Mehr Klarheit im Gesetz

Nun sieht sich der deutsche Gesetzgeber unter Zugzwang und muss Stellung beziehen, um Klarheit zu schaffen. Entweder ein PID-Verbot wird in aller Deutlichkeit im Gesetz festgeschrieben. Oder aber man lässt die Embryoselektion unter bestimmten Bedingungen zu, so wie das zurzeit auch der Schweizer Bundesrat beabsichtigt. Die deutsche Politik tut sich schwer mit dem Thema: Nicht weniger als drei Gesetzesentwürfe verschiedener interfraktioneller Gruppierungen sollen vorgelegt werden.

Deutsche Parteien uneinig

Die CDU zeigt sich zerrissen. Am Parteitag im November folgten nur etwas mehr als die Hälfte der Delegierten Bundeskanzlerin Angela Merkel, die eine Zulassung ablehnt. Aber auch in der SPD, bei den Grünen und in der Linkspartei ist man uneins. Allerdings, so scheint es, könnten die deutschen Zulassungsgeg-

nerInnen dieses Mal auf der Verliererseite stehen. In der Schweiz ist es noch vergleichsweise ruhig um das Thema PID. Noch immer warten Fortpflanzungsmediziner, aber auch Gegner der Zulassung des Gen-Checks am Embryo wie der Basler Appell gegen Gentechnologie, auf den zweiten Entwurf aus dem Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Verfassungsänderung nötig

Der erste Entwurf aus dem Jahr 2009 war bei PID-Befürwortern wie Gegnern gnadenlos durchgefallen. Der Basler Appell gegen Gentechnologie etwa bekämpft eine Zulassung der PID in jedem Fall aufs Schärfste. Und aus Sicht der Schweizer FortpflanzungsmedizinerInnen war der Entwurf ganz einfach nicht praktikabel. Deshalb entschloss sich der Bundesrat, den Entwurf zur Änderung des Fortpflanzungsmedizingesetzes zu überarbeiten. Dies zieht neben einer zweiten Vernehmlassung eine Verfassungsänderung und damit auch eine Volksabstimmung nach sich.

Dreier-Regel fällt teilweise

Viel scheint schon klar zu sein: In seiner Medienmitteilung zum ersten Vernehmlassungsbericht teilte der Bundesrat mit, dass die vorgesehenen Anpassungen die Chance auf einen gesunden Embryo erhöhen und den Gesundheitsschutz der betroffenen Frauen verbessern sollen. Mittels PID soll sichergestellt werden, dass eine schwere Erbkrankheit nicht auf ein zukünftiges Kind übertragen wird. Alle anderen Anwendungen der PID wie etwa die Wahl des Geschlechts sollen weiterhin verboten bleiben. Um das Ziel eines gesunden Kindes zu erreichen, sollen bei Paaren mit einer schweren erblichen Belastung ausserdem mehr als die im Fortpflanzungsmedizin-gesetz (FmedG) festgelegten drei Emb-

ryonen im Reagenzglas hergestellt werden dürfen.

Salamitaktik hat Erfolg

Das Verbot zur Aufbewahrung von Embryonen hingegen soll vollständig aufgehoben werden, unabhängig davon, ob eine PID durchgeführt wird oder nicht. Ein zentrales Argument für dieses Verbot war damals, als das Fortpflanzungsmedizin-gesetz im Parlament debattiert wurde, die Tatsache, dass man den Zugriff der Forschung auf überzählige Embryonen verunmöglichen wollte. Kaum zehn Jahre sind seither vergangen. Und schon fordert die Lobby der Schweizer Fortpflanzungsmedizin, der Entwurf sei erneut zu restriktiv.

Kein Platz für Behinderte

Bis zum Sommer wird hoffentlich Klarheit herrschen darüber, was Gesundheitsminister Didier Burkhalter bezüglich der PID erlauben will und was nicht. Die darauf folgende Vernehmlassung wird vermutlich ein ähnliches Bild zeigen wie die Debatte in Deutschland. Hauptargument der BefürworterInnen ist noch immer, dass man mit der Zulassung der PID den Paaren mit einer Disposition für eine schwere Erbkrankheit eine «Schwangerschaft auf Probe» beziehungsweise die Abtreibung eines kranken Fötus ersparen wolle. Verkannt wird, dass auch der Entscheid für die Vernichtung eines kranken Embryos im Reagenzglas ein Bekenntnis darstellt: Menschen mit einer Behinderung haben in unserer Gesellschaft keinen Platz mehr. Was genau eine schwere Erbkrankheit ist oder welche Krankheiten schlimm genug sind, damit ein Paar den ethisch umstrittenen Gen-Check für sich in Anspruch nehmen darf, bleibt weiterhin ungewiss. Vermutlich wird es den Ärzten überlassen bleiben zu definieren, welche Krankheitsbilder den gesetzlichen Vorgaben entsprechen.

Der Trend zum Menschenversuch

US-Präsident Barack Obama ist bemüht, eine Lehre aus der Geschichte zu ziehen. Letzten Herbst entschuldigte er sich für die im Namen der USA durchgeführten Menschenversuche an Häftlingen und Psychatrieinsassen. Ausserdem wies er die Bioethics Commission an, sich weniger mit Synthetischer Biologie zu befassen, sondern zu untersuchen, ob der rechtliche Schutz von potentiellen Probanden medizinischer Versuche gut genug ist.

Tatsächlich sind Menschenversuche ein Thema von aktueller Brisanz: Allein die Pharmaindustrie führt zigtausend klinische Tests jährlich durch: Zwischen 2001 und 2004 waren es 36.839 Untersuchungen, die US-Firmen durchgeführt oder in Auftrag gegeben haben, sechsmal mehr als Anfang der 1980er Jahre. Zugleich steht die Industrie unter extrem hohem Kostendruck. Leitende Forscher von Hoffman-La Roche erklärten schon vor einigen Jahren, dass die Firmen deshalb immer früher vom Tier- zum Menschenversuch übergangen. Die Überlegung ist: Wenn man jahrelang nur an Tieren forscht und erst ganz zum Schluss, wie es der Gesetzgeber zwingend verlangt, klinische Tests durchführt, verschwendet man, falls der neue Wirkstoff nichts taugt, kostbare Zeit und viel Geld. Die European Medicines Agency EMA hat bereits versucht, auf diesen Trend zu reagieren.

Ein anderer Trend ist, dass klinische Versuche zunehmend in ärmere Länder und in Länder mit geringer rechtlicher Absicherung ausgelagert werden. Das New England Journal of Medicine bestätigte im 2009, dass die 20 grössten amerikanischen Firmen inzwischen ein Drittel ihrer Phase III-Tests und 50 Prozent aller Tests im Ausland durchführen. Indien und Staaten im südlichen Afrika gehören zu den wichtigsten Standorten für solche Tests. Man braucht nicht viel Fantasie, um sich auszumalen, dass die Standards bei diesen Tests nicht die höchsten sind. Der Megapharmakonzern Pfizer etwa zahlte kürzlich in einem Vergleich 75 Mil-

lionen US-Dollar, weil er in Nigeria an Kindern illegal ein Antibiotikum getestet hatte. Dabei war es zu 11 Todesfällen gekommen.

Ein dritter Trend ist in den USA auszumachen. Zunehmend machen sich gewichtige Stimmen dafür stark, ForscherInnen den Zugang zu Gefängnisinsassen zu erleichtern. Zur Zeit sind die Bestimmungen noch sehr restriktiv - nachdem in vergangenen Zeiten Gefängnisinsassen zu Tausenden von der Forschung missbraucht worden waren.



IVF in Grossbritannien: Spende gegen Bezahlung?

Die britische Reproduktionsmedizin-Kontrollbehörde HFEA (Human Fertilisation & Embryology Authority) hat eine Diskussion darüber in Gang gesetzt, wie mit der Vergütung von Spermenspendern und (vor allem) Eizellspenderinnen umgegangen werden soll. Es gibt eine grössere Nachfrage nach Eizellen als gespendet werden. Die HFEA geht mit der Frage an die Öffentlichkeit: Soll mit Hilfe von Aufwandsentschädigungen die Zahl der «gespendeten» Eizellen erhöht werden? Dabei bewegt sie sich auf dünnem Eis: Im EU-Recht ist der Verkauf von Eizellen verboten, lediglich an den tatsächlichen Aufwand gekoppelte Entschädigungen dürfen an die Spenderinnen gezahlt werden. So sieht auch die bisherige Regelung in Grossbritannien aus. Dürfen aber in Zukunft Pauschalen gezahlt werden, um die «Unannehmlichkeiten» der risikoreichen Prozedur der Eizellgewinnung zu vergüten? In einer bis Anfang April befristeten öffentlichen Befragung soll die Bürgermeinung eingeholt werden.

In den öffentlichen Statements der Behörde klingt durch, dass es letztlich darum geht, die Zahl der jährlich vorgenommenen IVF-Zyklen zu erhöhen. Da die Existenz der HFEA von den drasti-

schen Sparmassnahmen der Regierung im Rahmen der Finanzkrise akut bedroht ist, ein klarer Akt der Selbsterhaltung. Gegen diesen Versuch, die IVF und die Entnahme von Körpermaterialien weiter zu kommerzialisieren, regt sich Widerstand.

In der Schweiz ist die Eizellspende bisher verboten. Allerdings wird die Legalisierung der Eizellspende auch hierzulande von verschiedenen FortpflanzungsmedizinerInnen gefordert.

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
- ... Ex. «Nanomedizin: Invasion der Zwerge», Broschüre
- ... Ex. «Synthetische Biologie», Broschüre

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

Sie finden uns auch unter www.baslerappell.ch



dmason | flickr

Abschaffung der Kinderprämien!

Das Giesskannenprinzip ist besser als sein Ruf

Kinder und Jugendliche sollen keine Krankenkassenprämie mehr bezahlen. Dafür hat sich die Gesundheitskommission des Nationalrats im Februar ausgesprochen.

Die Redaktionsgruppe Soziale Medizin propagiert diese einfache und gerechte Lösung seit vielen Jahren. Der Entscheid der

Nationalratskommission hat allerdings bereits kritische Kommentare ausgelöst, weil er auf dem so genannten Giesskannenprinzip beruht.

Die Kritik am System der Kopfprämie in der schweizerischen Krankensversicherung ist alt. Bei den Krankenkassenprämien findet hierzulande tatsächlich kein sozialer Ausgleich statt. Zwar unterscheiden sich diese von Region zu Region und von Kasse zu Kasse. Arm

und Reich bezahlen aber grundsätzlich gleich viel.

Unerträglich ist die Prämienbelastung vor allem für Familien mit Kindern und mittlerem Einkommen. Wer sehr wenig verdient, wird schon heute durch die individuellen Prämienzuschüsse wirkungsvoll entlastet. Und wer keine Kinder hat und zumindest ein mittleres Einkommen erzielt, kann die heutigen Prämien in der Regel ohne grössere Probleme bezahlen.

Müssten Kinder und Jugendliche keine Prämie mehr bezahlen, wäre das Problem der unsozialen Prämienbelastung also weitgehend gelöst. Die nationalrätliche Kommission für Gesundheit und Soziale Sicherheit hat sich am 17. Februar nun für diese Lösung ausgesprochen, indem sie je eine entsprechende parlamentarische Initiative von Susanne Leutenegger Oberholzer (SP) und Ruth Humbel (CVP) zur Annahme empfahl.

Blochers Enkelkinder quer subventionieren?

Der Vorschlag der Nationalratskommission ist nicht überall gut angekommen. So kritisiert Patrick Feuz im TA-Online: „Und jetzt sollen Kinderlose auch noch Eltern subventionieren? Und Leute mit Mittelstandseinkommen Blochers Enkelkinder mitfinanzieren?“ Damit spricht er das weitverbreitete Argument an, eine Abschaffung der Kinderprämien entspreche dem Giesskannenprinzip. Das stimmt durchaus.

Das Giesskannenprinzip ist allerdings besser als sein Ruf. Auch der kostenlose Besuch der öffentlichen Schulen beruht auf dem Giesskannenprinzip. Bis heute ist deswegen aber noch niemandem eingefallen, eine Schulgebühr für Millionärskinder zu fordern. Eine solche wäre administrativ enorm aufwendig. Aber die öffentlichen Schulen werden trotzdem sozial finanziert, indem die Reichen deren Kosten mit ihren höheren Steuern entsprechend stärker mittragen.

Das gleiche gälte, wenn die Gesundheitskosten von Kindern und Jugendlichen aus Steuergeldern gedeckt würden. Die Nationalratskommission schlägt indessen vor, diese Kosten im Betrag von jährlich 1 – 1.5 Milliarden Franken auf

die Gesamtheit der Versicherten umzuwälzen. Dies soll für Erwachsene im Durchschnitt auf eine Prämienerrhöhung von 23 Franken hinauslaufen, während eine Familie mit zwei Kindern um 122 Franken entlastet würde.

Somit würden wenig bemittelte Kinderlose tatsächlich die Gesundheitskosten von Blochers Enkelkindern mittragen. Allerdings käme dabei wiederum die Prämienverbilligung zum Tragen. Verfügt jemand über wenig finanzielle Mittel, würde seine Prämie – einschliesslich des Zuschlags für Kinder und Jugendliche – aus Steuergeldern subventioniert. Diese Lösung sollte als politischer Kompromiss akzeptabel sein.

Keine Alternative in Sicht

Die Prämienbefreiung von Kindern und Jugendlichen ist heutzutage jedenfalls die einzige realistische Variante zur Abfederung der unsozialen Auswirkungen der Kopfprämien. Versuche, einkommensabhängige Prämien einzuführen, fanden bis jetzt nie eine Mehrheit. Schon vier Volksinitiativen mit diesem Ziel scheiterten kläglich, letztmals im Jahr 2007.

Ebenfalls verstärken liesse sich der soziale Ausgleich in der Krankenversicherung durch einen Ausbau der individuellen Prämienzuschüsse (so genannte Prämienverbilligung). Heute beziehen bereits rund 30 Prozent der Bevölkerung eine solche Verbilligung. Die Forderung nach einem weiteren Ausbau stösst im bürgerlichen Lager jedoch auf Kritik, weil dadurch die Selbstverantwortung ausgehebelt werde. Zudem ist das Verbilligungssystem administrativ aufwendig. Somit ist auch dieser Weg zurzeit nicht realistisch.

Eine andere Möglichkeit wäre, die Gesundheitsversorgung vermehrt aus Steuergeldern zu finanzieren. Zwischen 1960 und 1971 fand tatsächlich eine solche Entwicklung statt. In jenem Zeitraum stieg der durch Steuergelder finanzierte Anteil der Gesundheitsausgaben von 31.4 auf 39.5 Prozent. Dann kehrte der Trend. Im Jahr 1980 stammten noch 33.6 und im Jahr 2000 25.3 Prozent der Gesundheitsausgaben aus Steuermitteln. Bis zum Jahr 2007 war dann wieder ein geringfügiger Anstieg

auf 26.7 Prozent zu verzeichnen. Dass sich in absehbarer Zukunft wesentlich mehr Steuergelder in die Gesundheitsversorgung lenken lassen, ist angesichts der politischen Mehrheitsverhältnisse jedoch illusorisch.

Der Vorschlag der Nationalratskommission ist somit ein echter Befreiungsschlag. Damit er sich im Plenum des Nationalrats und im Ständerat durchsetzen kann, ist allerdings noch viel Überzeugungsarbeit zu leisten.

RUEDI SPÖNDLIN

Was verlangen die beiden Initiativen?

Die parlamentarische Initiative von Susanne Leutenegger Oberholzer (SP/BL) im Wortlaut: Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) ist dahingehend zu ändern, dass sichergestellt wird, dass Kinder bis zum Altersjahr 18 und junge Erwachsene in Ausbildung bis zum Altersjahr 25 von den Krankenkassenprämien befreit sind. Mehr dazu: www.parlament.ch

Die parlamentarische Initiative von Ruth Humbel (CVP/AG) im Wortlaut: Mit einer Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) sind Kinder von den Krankenkassenprämien zu befreien. Mehr dazu: www.parlament.ch

Diskussion im Mamablog

Eine ausführliche Diskussion über die Abschaffung der Kinderprämien fand im Mamablog statt, der auf Newsnetz erscheint, dem gemeinsamen Onlineauftritt von Tages-Anzeiger, Basler Zeitung, Berner Zeitung und Bund. Dabei wurde auch unser vorliegender Beitrag zitiert, den wir schon Mitte Februar auf unserer Website publiziert haben. <http://blog.tagesanzeiger.ch/mamablog/index.php/15538/kinderlose-sollen-kinderprämie-bezahlen/>

Ethische Handlungsfelder der Heilpädagogik

Integration und Separation von Menschen mit geistigen Behinderungen

Soll man Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in die Regelschule integrieren? Dient die pränatale Diagnostik einer verwerflichen Aussonderung behinderter Menschen? Ist es unmoralisch, schwerst behinderte Menschen nach einem medizinischen Notfall nicht mehr zu reanimieren? Vermehrt wird der heilpädagogische Alltag von solchen Fragen geprägt, die erst nach und nach ins Bewusstsein der Heil- und Sonderpädagogik geraten. Im Buch «Ethische Handlungsfelder der Heilpädagogik» werden diese Fragen systematisch aufgearbeitet.

In einem ersten Teil wird das moralische Selbstverständnis der Heil- und Sonderpädagogik, die sich in der Vergangenheit oft nur undifferenziert und oberflächlich mit den ethischen Dilemmas ihrer Disziplin auseinandergesetzt hat, kritisch analysiert. Der zweite Teil setzt sich mit den ethischen Problemen der Integration behinderter Menschen auseinander. Der Autor zeigt auf, warum gerade in der modernen Gesellschaft Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen vermehrt an den Rand gedrängt werden und warum eine oberflächliche Integration die Würde behinderter Menschen verletzt. Im dritten Teil untersucht der Autor die oft vorgebrachte These, pränatale Diagnostik gefährde die Akzeptanz behinderter Menschen.

Riccardo Bonfranchi, der selbst während Jahrzehnten in der Heil- und Sonderpädagogik gearbeitet und geforscht hat, unterzieht moralische Gemeinplätze der Heilpädagogik einer scharfsinnigen ethischen Analyse.

Band 11 in der Reihe «Interdisziplinärer Dialog – Ethik im Gesundheitswesen». Lang-Verlag, Bern. Das Buch erscheint im Frühjahr 2011, ca. 220 Seiten, ca. CHF 48.– Vorbestellung unter: info@dialog-ethik.ch Tel: +41 (0)44 252 42 01

Leistungsdruck, Siegerwille und Gewalt liegen nahe beieinander

Kindsmisshandlungen haben 2010 eine traurige Höchstmarke erreicht!

Die Zunahme von Kindsmisshandlungen und von Gewalt im Allgemeinen steht in einem Zusammenhang mit dem Leistungs- und Erfolgsdruck in unserer Gesellschaft. Eltern wird immer mehr Verantwortung zugeschoben, aber nicht die nötige Unterstützung angeboten.

Die Kinderschutzgruppe und Opferberatungsstelle des Kinderspitals Zürich verzeichnet im Jahr 2010 eine Zunahme der Kindsmisshandlungen von 16%. „Die dokumentierten 487 Fälle stellen die traurigste Höchstmarke seit den Erhebungen im Jahre 1969 dar“, heisst es in der Medienmitteilung von Ende Januar dieses Jahrs. 2009 konnte noch ein Rückgang der Kindsmisshandlungen um 8% festgestellt werden.

Von den erfassten Misshandlungen betreffen 33% die sexuelle Ausbeutung von Kindern, 30% körperliche und 17% psychische Misshandlung, 10% Vernachlässigung. 9,5% erfassen das Risiko von Kindsmisshandlung und 0,5% das sog. Münchhausen Stellvertreter-Syndrom. Nach wie vor gibt es eine grosse Dunkelziffer: Viele Symptome, mit denen Kinder zum Arzt gebracht werden, können Folgen einer Kindsmisshandlung sein, ohne dass sie immer als solche erkannt werden.

Das UKBB (Universitäts-Kinderspital beider Basel) weist in einem Informationsblatt darauf hin, dass es Kinder gibt, die ein erhöhtes Risiko tragen, misshandelt zu werden. Nämlich ver-

haltensauffällige, pflegerisch anspruchsvolle, unerwünschte und behinderte Kinder. Auch Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder sind stark gefährdet. Die Kinder sind jung, die meisten weniger als zwei 2 Jahre alt, jedes zehnte ist ein Säugling, aber auch ältere und Jugendliche gehören zu den Opfern.

Erklärungen für die Zunahme der Kindsmisshandlungen liegen nicht einfach auf der Hand. Bis zur Inkraftsetzung des neuen Kindesrechts (1978) hatten die Eltern explizit das Recht, ihre Kinder körperlich zu züchtigen um Böses abzuwenden. Auch in Schule und Erziehungsheimen gehörten Stockschläge auf Hände oder Hinterteil, Ohrfeigen, Ohrenziehen und Pflaster aufs Maul zum akzeptablen pädagogischen Inventar.

In den letzten 40 Jahren (Gründung der Zürcher Beratungsstelle 1969) fand ohne Zweifel eine zunehmende Sensibilisierung der Öffentlichkeit auf die gegen Kinder ausgeübte Gewalt statt. Im Verlauf der 68er-Bewegung wurden bisher tabuisierte Themen wie Gewalt in der Familie und in sozialen Institutionen aufgegriffen, mit Aktionen öffentlich gemacht und gebrandmarkt (Heimkampagne!).

Wer von uns hat nicht schon Kindern gedroht?

Obwohl bis heute in keinem Gesetz das Recht des Kindes auf eine gewaltfreie Erziehung explizit Erwähnung findet, wird Gewalt im Allgemeinen nicht mehr als legitimes Erziehungsmittel akzeptiert. Immer öfters erkennen Eltern in der eigenen Überforderung den Grund für ihre Gewalttätigkeit und suchen Hilfe. Viele Erwachsene, die mit Kindern zu tun haben, sind besser informiert, schauen genauer hin und trauen sich vermehrt, festgestellte oder vermutete Kindsmisshandlungen an Fachstellen weiter zu melden.

Dennoch ist vor allem die innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder, die von Vätern, Müttern oder nahen Bezugspersonen ausgeübt wird, ein heikles Thema geblieben. Aus dem Erziehungsalltag ist sie jedenfalls nicht verschwunden. Da sie meist im stillen Kämmerlein stattfindet, ist es einfach, die Augen davor zu verschliessen bzw. dazu zu schweigen. Mitspielen dürfte dabei, dass wir alle, schneller als uns lieb ist, in die Rolle von Kinds-Misshandelnden geraten können, denn schon ein einfacher Klaps auf den Hintern, eine spontane Ohrfeige, kann heute, unter bestimmten Umständen, als Misshandlung definiert werden. Wer von uns hat seinen Kindern nicht schon gedroht, ihnen Angst eingejagt oder sie überfordert, um ein uns wichtig erscheinendes Ziel oder Verhalten durchzusetzen? Zu ihrem Besten natürlich, an Kindsmisshandlung haben wir dabei sicher nicht gedacht! Und doch kann eine psychische Kinds-Misshandlung, ebenfalls unter bestimmten Umständen, genau so definiert werden.

Wenn Freizeit nicht mehr frei sein darf

Auch bei Eltern gibt es Risikofaktoren, die es ihnen verunmöglichen, bei Konflikten den Kindern gegenüber gelassen zu bleiben: Krankheit, Suchtprobleme, soziale und ökonomische Schwierigkeiten, Arbeitslosigkeit. Für viele eine, eine die wütend und aggressiv oder depressiv macht. Und die halt oft an Kindern ausgelassen wird, die sich nicht still und angepasst verhalten können.

Auch wenn diese „traditionellen“ Faktoren wegfallen: Wie viel Raum



gerard van der leun | flickr



Die Leistungs- und Erfolgsgesellschaft in der wir leben, beurteilt den Wert der Menschen im wesentlichen danach, ob ihre Leistungen für die Wirtschaft etwas wert sind oder ob sie keine wirtschaftlich relevanten Leistungen erbringen.

bleibt für eine entspannte Eltern-Kind-Beziehung, wenn dem Kind schon im Mutterleib eine Förderung verpasst werden sollte, damit es dann wirklich mithalten kann in der Leistungsgesellschaft, Geld, Erfolg und Macht erreicht? Wenn von Geburt an Unmengen von Trainingsprogrammen anzuwenden sind, in der Schule der Leistungsdruck steigt und steigt. Wenn Freizeit nicht mehr frei sein darf, sondern vollgepackt wird mit Kursen, gutgemeinten Lernprogrammen und weiterbildenden Veranstaltungen, die in ungeheurer Vielfalt angeboten werden.

Sicher, Kinder haben ein Recht darauf, gefördert zu werden. Ihre natürliche Lust, Wissen zu erlangen, Neues kennen zu lernen, ihre Freude am Lernen, z.B. im Zusammensein mit andern Kindern, ist vom ersten Lebenstag an da.

Die oben erwähnten Trainingsprogramme haben primär ein anderes Ziel: Sie sollen Intelligenz, Leistungsfähigkeit, Sozialkompetenz der Kleinen optimal steigern, und so den Besuch des Gymnasiums oder mindestens eine sichere Lehrstelle ermöglichen. Sie helfen, dass die Kinder im späteren Leben erfolgreich sind und darum auch glücklich. So wird es zumindest den Eltern vermittelt. Von ihnen wird erwartet, dass sie die Kinder motivieren, sie überzeugen mitzumachen, möglichst begeistert. Gelingt dies, sind sie gute Eltern. Gelingt es nicht, dann sind sie schlechte Eltern. Schlecht, genervt, versagend. Unfähig, ihren Kindern das Glücksgefühl der Leistungserbringung und des Erfolgs zu vermitteln, schuld an ihrem späteren Versagen. Da ist dann der Klaps auf den Hintern, die Drohung oder das Angstmachen schon ein fast

akzeptiertes Mittel, um der freiwilligen Überzeugung nachzuhelfen, auch bei Eltern, die nicht mit andern Risikofaktoren belastet sind.

Die Leistungs- und Erfolgsgesellschaft in der wir leben, beurteilt den Wert der Menschen im wesentlichen danach, ob ihre Leistungen für die Wirtschaft etwas wert sind oder ob sie keine wirtschaftlich relevanten Leistungen erbringen. Die ersten haben gute Zukunftschancen, die zweiten düstere Aussichten. Und das setzt die Eltern unter einen grossen Druck, dem sie nicht immer standhalten können. Bei Eltern aus anderen Kulturen, die auch noch ihre Integrationsbereitschaft und -fähigkeit anhand der Erfolge ihrer Kinder beweisen müssen, erhöht sich der Druck weiter. Darum frage ich mich manchmal, ob unsere Gesellschaft, nicht auch eine Form der Eltern-Misshandlung kultiviert.

Wie eng Leistungsdruck, Siegerwille und Gewalt oft beieinander sind, machen auch die Gewaltpräventions-Programme von Sportsvereinen klar. Dabei geht es nicht nur um unfaires Spiel der Kinder und Jugendlichen, sondern auch um – im Interesse des Sieges - gewalttätige Trainingsmethoden oder Konflikte mit übermotivierten Eltern, die ihren Sprösslingen zum Sieg verhelfen wollen!

Es darf wieder eine Prise Gewalt dabei sein

Politisch befinden wir uns heute zudem in einer pädagogischen Roll-Back-Phase, in der mehr Zucht und Ordnung den Erfolg in der Erziehung garantieren soll, den die verachtete Kuschelpädagogik der 68er-Jahre angeblich vermässelt hat. Es darf auch ruhig wieder eine Prise Gewalt dabei sein, wenn es nicht anders geht. «Ein Klappf zur rechten Zeit hat schliesslich noch nie geschadet, im Gegenteil!» könnte durchaus in gewissen Parteiprogrammen stehen, als Beitrag zu einer nationalen Erziehungspolitik. Und: «Lass dein kleines Kind einfach schreien, es wird dann von alleine einschlafen,» steht so oder ähnlich in vielen modernen Erziehungs-Ratgebern.

Wenn ich höre und lese, was alles den Eltern wieder an Verantwortung zu-

geschoben wird, ohne das gesellschaftliche Umfeld kinderfreundlich zu verändern, ohne familiengerechte Arbeitsbedingungen anzubieten, dann dürfte das Misshandlungs-Risiko nicht kleiner werden. Zum Glück gibt es viele Erwachsene, Institutionen und Organisationen, die ein gesellschaftliches und persönliches Auge auf die Kinder, ihre Rechte und Lebensbedingungen haben. Die sich auf allen Ebenen für deren Interessen einsetzen, kinderfreundliche Lebensbedingungen fördern, in Einzelfällen auch deren Realisierung durchsetzen, und kinderfeindliche Entwicklungen schon von Anfang an zu verhindern suchen. Die den Eltern und Kindern mit Rat und Tat beistehen und sie bei ihrer schwierigen Aufgabe unterstützen. Die Kinderschutzgruppen in Zürich und andern Orten gehören dazu. Auch das Marie Meierhofer-Institut, die Kinderbüros, Nottelphone für Kinder, das Netzwerk Kinderrechte und viele mehr. Sie alle leisten wertvolle und nachhaltige Arbeit.

Übergriffe durch Sozialtherapeut jahrelang unentdeckt

Die Medienmittelung des Kinderspitals Zürich trägt das Datum vom 27. Januar 2011. Darin steht der Satz: „Die markanteste Verschiebung gegenüber 2009 ergab sich bei den Mädchen, die sexuell ausgebeutet wurden: diese Zahl nahm von 57 auf 87 Fälle zu (das sind 52% mehr)!“ Nur wenige Tage später, am 2. Februar 2011 berichtete die Presse über den sexuellen Missbrauch, den ein Sozialtherapeut an weit über 100 Behinderten begangen hat, die er in Heimen betreute. Unentdeckt und unbehelligt über viele Jahre. Die Opfer waren nicht nur Kinder, auch Jugendliche und Erwachsene.

Es würde den Rahmen sprengen, auf diese Ungeheuerlichkeit hier näher einzutreten. Es zeigt jedoch mit aller Klarheit den gemeinsamen Nenner, der potentiellen Misshandlungsoffern gemeinsam ist. Es sind diejenigen Menschen, die wenige oder keine wirtschaftlichen Leistungen erbringen können, die vielfach nur Kosten verursachen, die viel Zeit beanspruchen. Menschen, die sich nicht oder nur schwach wehren können, die nicht wichtig genommen

und kaum gehört werden, weil sie keinen gesicherten Platz haben in unserer Gesellschaft des Leistungs- und Effizienzdenkens, der Profitmaximierung und der freien Marktwirtschaft. Kinder gehören dazu, und eben auch Behinderte. Auf ihrem Rücken wird immer wieder gespart. Reformen im Erziehungs- und Schulbereich haben das deklarierte Ziel die Situation für die Kinder zu verbessern. Vor allem aber soll dies kostenneutral geschehen oder sogar Einsparungen ermöglichen. Die IV-Revisionen 5 und 6 mit ihren Einsparungen erschweren die Situation von Behinderten sowie der Menschen und den Institutionen, die sich um sie kümmern, bis an die Grenze des Zumutbaren.

Alle Forderungen, die nach spektakulären Ereignissen wie dem hundertfachen sexuellen Missbrauch von Behinderten laut werden, sind richtig. Aber sie kosten Geld: Mehr Personal, mehr Weiterbildung, mehr Zeit für sorgfältige Gespräche, Supervision, Beratung der Betreuenden. Wir leben heute in der paradoxen Situation, dass Gewalt eingedämmt wurde auf Gesetzesebene, in den Schulen, Erziehungs- und Pflegeheimen. Darauf kann die 68er-Generation stolz sein. Aber die Gewalt ist ständig präsent. Die zunehmenden Kindsmisshandlungen sind ein deutliches Zeichen. Ebenso die Tatsache, dass immer öfters potentielle oder wirkliche Opfer auch zu Tätern werden: Jugendliche wenden grundlos Gewalt gegen Erwachsene an, Frauen schlagen ihre Männer, Kinder schlagen ihre Eltern, mehr Mädchen verhalten sich gewalttätig. Aber sie alle stehen nicht am Anfang der Gewaltspirale.

Zum Problem der Gewalt gegen Kinder hält das Netzwerk Kinderrechte Schweiz fest: «Informations-, Sensibilisierungs- und Aufklärungskampagnen sind bisher an Mangel an Geld, bzw. dem fehlenden politischen Willen gescheitert.» Es ist zu hoffen, dass die neuesten Zahlen zu den Kindsmisshandlungen mithelfen, ein Umdenken zu bewirken.

KÄTI ENSNER

Kinder- und Jugendpsychologin, Redaktionsgruppe Soziale Medizin



jarviermoreno | flickr

Zwangsernährung im Hungerstreik

Fragen an Alex Schwank

Wenn ein Mensch auf dem Dach steht und sich herunter zu stürzen droht, muss man ihn ja vom Suizid abhalten. Warum also soll man den hungerstreikenden Häftling nicht auch vom Suizid abhalten? Diese Frage stellten uns LeserInnen als Reaktion auf den Beitrag von Alex Schwank In unserer vorletzten Ausgabe (Soziale Medizin 4.10 Seite 5 f.).

Alex Schwank: Der Hungerstreik eines Häftlings, der nicht an einer schweren

Depression leidet, ist kein Suizidversuch, sondern ein Akt des Protests. Dabei ist vom Recht auf Selbstbestimmung auszugehen. Die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) halten klar fest, dass der freie Wille des Häftlings zu respektieren ist.

Frage: Aber wenn ein Häftling seinen Hungerstreik nicht abbricht, stirbt er?

A.S.: Das ist so. Glücklicherweise hat der Walliser Hanfbauer Bernard Rappaz seinen Hungerstreik aber eingestellt, so dass es nicht zum Äussersten

gekommen ist. Zurecht wehrt sich die Ärztevereinigung FMH dagegen, dass Ärztinnen und Ärzte zur Zwangsernährung von Gefangenen verpflichtet werden können.

Frage: Und wenn ein Häftling ins Koma fällt und seinen Willen nicht mehr äussern kann?

AS.: Dann ist sein mutmasslicher Wille zu beachten. Bernard Rappaz soll diesen in einer Patientenverfügung un-
zweideutig festgehalten haben.

Frage: Spielt es eine Rolle, dass die Zwangsernährung eine nicht risikolose Behandlung ist, die tödlich ausgehen kann?

AS.: Die Zwangsernährung ist tatsächlich ein anspruchsvoller und risikobehafteter Eingriff. Er kann daher nur von ÄrztInnen durchgeführt werden. Es gibt selbstverständlich Fälle bei nicht urteilsfähigen oder schwer psychisch kranken Menschen, wo eine Zwangsernährung allenfalls ethisch zulässig sein kann. Denken wir zum Beispiel an eine minderjährige zwölfjährige Patientin mit schwerer Magersucht. Gegen den Willen eines zurechnungsfähigen Menschen darf aber keine Zwangsernährung erfolgen. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat eine Zwangsernährung in solchen Fällen als verbotene Folter eingestuft.

Frage: Die Verurteilung des Hanfbauern Bernard Rappaz erscheint unverhältnismässig. Die zuständigen Gerichte wollten vermutlich einen rigorosen drogenpolitischen Kurs fahren und auferlegten ihm eine exemplarisch harte Strafe. Somit kann er in gesellschaftspolitisch liberalen Kreisen mit Goodwill rechnen. Das Kantonsparlament hätte ihn begnadigen und damit ein Zeichen gegen eine harte Drogenpolitik setzen können. Insofern hat Rappaz mit seinem Hungerstreik einen politischen Positionsbezug herausgefordert. Kürzlich ist aber auch eine Sexualmörder in den Hungerstreik getreten. Er verlangte zwar nicht seine Freilassung, sondern wollte nur mit einem anderen Gefangenen in die gleiche Zelle verlegt werden. Was aber, wenn ein Sexualmörder mit einem Hungerstreik seine Freilassung erzwingen will. Dass man dieser Forderung nachgibt, ist doch undenkbar?

AS.: Ich habe nicht verstanden, warum der Grosse Rat des Kantons Wallis Rappaz nicht begnadigt hat. Im Wesentlichen wurde ihm der illegale Anbau von grösseren Mengen Hanf vorgeworfen. In anderen Fällen ist es sicher so, dass nicht alle Forderungen eines hungerstreikenden Häftlings erfüllt werden können. Das Selbstbestimmungsrecht beim Hungerstreik gilt aber auch für einen Sexualmörder. Es geht also nicht darum, ob das Anliegen des Hungerstreikenden als legitim eingestuft wird. Eine Zwangsernährung ist nicht zulässig, wenn es dem freien Willen des Häftlings entspricht, die Nahrungsaufnahme zu verweigern.

Frage: Das Bundesgericht vertrat die Auffassung, dem Staat komme eine erhöhte Fürsorgepflicht für Gefangene zu, deshalb dürfe er sie nicht sterben lassen.

AS.: Es gibt tatsächlich eine Fürsorgepflicht des Staates gegenüber Gefangenen. Leider werden psychisch kranke Häftlinge oft ungenügend psychiatrisch betreut und die Haftbedingungen können zu psychischen Krankheiten führen. Die nationale Kommission zur Verhütung von Folter hat im Januar die Zustände in Schweizer Gefängnissen kritisiert. Vor allem das Frauengefängnis in Hindelbank und das Untersuchungsgefängnis in Brig kommen im Bericht der Kommission schlecht weg.

Bei der Zwangsernährung von hungerstreikenden Häftlingen geht es der Justiz aber darum, dass Selbstbestimmungsrecht des Gefangenen zu begrenzen. Professor Markus Müller von der Uni Bern hat diesen Standpunkt wie folgt erläutert: «Das Selbstbestimmungsrecht des Gefangenen erlaubt diesem mit anderen Worten nicht, sein Leben zu riskieren, um damit den Rechtsstaat unter Druck zu setzen. Ein streikender Strafgefangener kann folglich sein Selbstbestimmungsrecht nur in dem Umfang anrufen, als es sich mit dem Zwecken des Strafvollzuges verträgt». Eine solche Einschränkung des Selbstbestimmungsrechtes von hungerstreikenden Gefangenen ist aber aus Sicht der medizinischen Ethik nicht akzeptabel.

DIE FRAGEN STELLTE
RUEDI SPÖNDLIN



Aylin Canbek 12/19

Moratorium für Fallpauschalen

Medizinstudierende nutzen die Gunst der Strasse

„Rücken krumm, Taschen leer – Fallpauschalen, danke sehr!“, „Gesundheit für alle, sonst gibt's Krawalle!“ und „Was wir wollen, ist nicht viel – Moratorium ist das Ziel!“. Mit Parolen wie diesen nutzten am 5. März 2011 über 150 Medizinstudierende die Gunst der Strasse, um ein DRG-Moratorium zu fordern.

Bei den DRG, die ab 2012 in allen Schweizer Spitälern eingeführt werden sollen, handelt es sich um ein Vergütungssystem für Spitalleistungen, das sich an Diagnosen statt am reellen, individuellen Aufwand orientiert. Wie Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, ist dies mit einem massiven Qualitäts- und Personalabbau, einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen im medizinischen Sektor sowie steigenden Kosten im ambulanten Sektor

verbunden. Für uns Medizinstudierende stellt sich zusätzlich das Problem, dass die Finanzierung unserer Aus- und Weiterbildung im SwissDRG-System nicht gewährleistet ist. Die Crux an der Sache ist: bis vor kurzem hat keine öffentliche Diskussion zu den DRG stattgefunden. Die Entscheidungsmacht lag nicht bei denjenigen, die die ökonomisierte Suppe werden auslöffeln müssen. Schlimmer noch: ein Grossteil derjenigen, welche durch die Änderung am stärksten betroffen sein werden (PatientInnen, medizinisches Personal), wissen nicht, was ihnen da blüht. Information tut also dringend not. Was macht nun also der besorgte und nicht minder empörte Medizinstudierende angesichts der verzwickten Sachlage? Sich mit Gleichgesinnten in Form der Gruppe „Medizinstudierende für ein DRG-Moratorium“ organisieren und dafür sorgen, dass die Alarmglocken doch noch rechtzeitig läuten! So schonen wir Vorlesungen, Staatsexamen und Masterarbeit vorerst grosszügig beiseite

(manche sprachen gar von einem Staats-examen-Moratorium), um uns einem Thema zu widmen, das zu gravierend ist, um tatenlos zuzuschauen und das nicht nur uns in unserer künftigen Berufstätigkeit, sondern die Gesellschaft als Ganzes betreffen wird. In unseren Anliegen werden wir unterstützt von der swimsa, dem Verband Schweizerischer Medizin-studierender, welcher sich ebenfalls klar für ein Moratorium ausgesprochen hat – dass sich das studentische Pendant zur FMH gesundheitspolitisch positioniert, ist eine Premiere und widerspiegelt die enorme Relevanz der Thematik.

KantonsrätInnen mit Flyern empfangen

In Dezember 2010 kam es zur ersten Protestkundgebung vor dem Kantonsrat. Die Intention: frühmorgens zur Budgetdebatte eintrudelnde KantonsrätInnen mit Flyern und Forderungen statt Kaffee und Gipfeli empfangen – die Aktion glückte mit vielen positiven Rückmeldungen sowie Zusagen mehrerer PolitikerInnen, uns in unseren Forderungen zu unterstützen. Da innerhalb der Studierendenschaft nach wie vor eine allgemeine Unsicherheit zum Thema auszumachen war, entschieden wir uns zur Durchführung einer Informationsveranstaltung in Form einer Podiumsdiskussion am Universitätsspital Zürich. Die Veranstaltung im Februar 2011 stiess auf reges Interesse und war sogar besser besucht also so manche Vorlesung. Prof. Dr. med. Felix Gutzwiler und Toni Bortoluzzi referierten als Pro-DRG-Redner; Dr. med. Christian Hess und Margrit Kessler von SPO Patientenschutz stellten die Contra-Seite dar. Es war uns ein Anliegen, beide Seiten aufzuzeigen, auf dass sich die ZuhörerInnen ein eigenes Urteil bilden mochten. Aufgrund der etlichen ungeklärten Fragen bezüglich der DRG-Einführung und der Vielzahl an fundierten Argumenten, die gegen eine Einführung am 1. Januar 2012 sprechen, kristallisierte sich im Laufe des Abends deutlich heraus, weshalb die Argumente unvermeidlich für ein DRG-Moratorium sprechen. Es gilt, eine Vielzahl an Fragen zu klären: so muss die Behandlungs- und Ausbildungsqualität gewährleistet sein; weiter muss ein Jahr vor der Ein-



Als Folge der Demonstration erhielten wir von Medien und Mitmenschen zahlreiche Rückmeldungen, die sich überrascht darüber zeigten, dass Medizinstudierende für politische Anliegen gemeinsam auf die Strasse gehen.

führung eine Begleitforschung begonnen werden, um die Auswirkungen der DRG besser abschätzen zu können.

Patienten bleiben – DRG vertreiben

Von ebenso grosser Bedeutung war es, diejenigen Menschen zu erreichen, welche voraussichtlich am stärksten unter der fallpauschalisierten Realität leiden werden: die PatientInnen, sprich die breite Bevölkerung. Wir alle werden uns früher oder später in der Rolle als PatientInnen wiederfinden und darauf angewiesen sein, eine adäquate medizinische Behandlung zu erhalten. So versammelten sich am sonnigen Samstag-nachmittag des 5. März über 150 Medizinstudierende aller Jahrgänge, um der Forderung nach einem DRG-Moratorium Gehör zu verschaffen. Ausgerüstet mit weissen Kitteln und Stethoskopen, zogen wir durch die Zürcher Innenstadt, verteilten rege Flyer, skandierten Parolen wie „Patienten bleiben – DRG vertreiben!“ und ernteten so manch verwunderten, aber interessierten Blick und mitunter ein verbündetes Lächeln. Hinter einem grossen Front-transparent mit dem Versammlungsmotto „Gemeinsam für ein gerechtes und gutes Gesundheitswesen!“ wurden Schilder mit der Aufschrift „Deine Ruinierte Gesundheit“ und „Destruktiver Rückschritt im Gesundheitswesen“ spazierengetragen. Mehrere Studierende hatten sich als „blutig entlassene“ PatientInnen verkleidet und hinkten mit blutigen Gipsverbänden, blassen Wangen und Infusionsgeräten mehr schlecht als recht dem Demonstrationszug hinterher. Ein weisser Musikwagen wurde kurzerhand in ein Ambulanzfahrzeug umfunktioniert und begleitete mit allerlei Getöse unseren Protestmarsch. PassantInnen wie Begleitpolizei wurden über die verheerenden Auswirkungen der SwissDRG aufgeklärt und zeigten

sich sichtlich empört angesichts der verheerenden Umstrukturierung. Im Anschluss an die Demonstration legten verschiedene RednerInnen ihre Standpunkte zur Thematik dar: Balthasar Glättli (Gemeinderat Grüne Partei Zürich & Gewerkschafter), Erika Ziltener (SP-Kantonsrätin, Präsidentin Schweizerische Patientenstelle), Dr. med. David Winizki (Hausarzt, Initiant der IG DRG-Moratorium, VUA) sowie die Gruppe „Medizinstudierende für ein DRG-Moratorium“. Als Folge der Demonstration erhielten wir von Medien und Mitmenschen zahlreiche Rückmeldungen, die sich überrascht darüber zeigten, dass Medizinstudierende für politische Anliegen gemeinsam auf die Strasse gehen. Dies ist sicherlich nicht alltäglich, zeigt aber die Brisanz und das absehbar verheerende Ausmass der Thematik. Angesichts dessen fühlten sich etliche Medizinstudierende sowie die swimsa verpflichtet, die Stimme zu erheben und sich politisch zu engagieren. Dies ist ein erster wichtiger Schritt.

Auf dem Internet Petition unterzeichnen!

Nun braucht es vermehrt politischen Druck und solidarische Zusammenarbeit. Gemeinsam können wir eine Einführung per 1. Januar 2012 immer noch verhindern, da der Bundesrat Ende Juni 2011 über den definitiven Einführungs-termin entscheidet. Es besteht nach wie vor die Möglichkeit (auch für nichtärztliche Personen), auf der Website www.drg-moratorium.ch eine elektronische Unterschrift für ein Moratorium zu setzen. Von grosser Bedeutung ist auch ein entsprechendes Votum der Ärzteschaft. Auf der erwähnten Website findet sich daher auch eine Petition von ÄrztInnen an den Zentralvorstand der FMH.

AYLIN CANBEK



Von Hiroshima zu Fukushima

Il faut conserver notre jardin!

Das katastrophale Erdbeben von Lissabon im Jahre 1755 inspirierte die Philosophen der Aufklärung zu kritischen Fragen. Voltaire formulierte den Satz: «Il faut cultiver notre jardin!» Die Katastrophe von Fukushima sollte ebenfalls den Anstoss geben, unseren Garten durch die Entwicklung erneuerbarer Energie zum blühen zu bringen.

Fukushima muss zum Anfang vom Ende des Atomzeitalters werden. Die nukleare Energiegewinnung hat keine Zukunft mehrhat und nach dem Vorbild von Candide unser Garten auch in Zukunft nur durch aktive Gestaltung, durch die massive Erforschung und Entwicklung von erneuerbaren Energiequellen zum erblühen und gedeihen gebracht werden kann! Erst dann wird die atomare Hybris keine Inseln des Glücks mehr zerstören. Il faut conserver notre jardin !

Fukushima heisst paradoxerweise Insel des Glücks und war vor der Katastrophe ein Ausflugsziel für Naturliebhaber. Der 11. März 2011 ist nach Har-

risburg 1979 und Tschernobyl 1986 der dritte Super-GAU der «friedlichen» Nutzung nuklearer Energie. Bundeskanzlerin Merkel wurde vorgeworfen, sie handle vor allem aus wahltaktischen Überlegungen, als sie umgehend sieben alte Atomkraftwerke vom Netz nehmen liess. Recht hatte sie aber in jedem Fall mit ihrer Begründung, die Katastrophe in Japan stelle eine historische Zäsur in der Geschichte der Technikentwicklung dar. Und natürlich konnten Bundesrätin Doris Leuthard (CVP) rein opportunistische taktische Motive unterstellt werden, als sie die Planung weiterer AKWs in der Schweiz sistierte. Klar ist, dass die Atom-Renaissance in Europa – nicht zuletzt auch aus ökonomischen Gründen – nicht mehr lange anhalten wird und dass bisher stramme BefürworterInnen der Atomenergie jetzt in echter Sorge um die Zukunft einen schnelleren Ausstieg aus der Atomenergie fordern.

Vom Atomkrieg zum «friedlichen» Atom

Das Atomzeitalter wurde 1945 durch den Abwurf von zwei Atombomben auf

Hiroshima und Nagasaki eingeläutet. Die amerikanische Besatzungsmacht unterdrückte Informationen über die japanischen Strahlenopfer, die hibakusha, weitgehend. Auch von den eigenen Landsleuten wurden diese als Überlebende der demütigenden Niederlage diskriminiert. Die Angst vor einem weltweiten Atomkrieg beherrschte die Zeit des Kalten Krieges. Die zivile Nutzung der Atomenergie wurde in beiden Lagern anfänglich enthusiastisch begrüsst und die Linke demonstrierte an den Ostermärschen für die friedliche Nutzung des Atoms und gegen die atomare Hochrüstung.

1954 wurde in Obninsk in der Sowjetunion das erste zivile Atomkraftwerk der Welt mit dem Namen «friedliches Atom» eingeweiht. Die friedliche Nutzung einer unerschöpflichen Energiequelle versprach allgemeinen Wohlstand und die Lösung aller zivilisatorischen Probleme. Frühe Warner vor den Gefahren der friedlichen Nutzung des Atoms, wie der Philosoph Günter Anders, wurden nicht Ernst genommen und ausgegrenzt. In seinem 1956 erschienen Hauptwerk «Die Antiquiertheit des Menschen» diagnostiziert Anders eine «Apokalypse-Blindheit» und spricht von einem «Zeitalter der Unfähigkeit zur Angst». «Im Vergleich zu dem, was wir wissen und herstellen können, können wir zu wenig vorstellen und zu wenig fühlen», ist eine zentrale Aussage seines pessimistischen Werkes. Atomkraftwerke waren für Anders «Zeitbomben mit unfestgelegtem Explosionstermin». Mit der Katastrophe von Tschernobyl 1986 wurde diese zentrale Prophezeiung des damals 83jährigen Philosophen zur furchtbaren Realität.

Lieber heute aktiv als morgen radioaktiv

Die erste grosse Demonstration gegen die Atomenergie in Europa mit 15'000 TeilnehmerInnen findet 1971 im elsässischen Fessenheim statt. In der Nordwestschweiz wehrt sich eine breite Volksbewegung erfolgreich gegen das AKW Kaiseraugst. Heute besteht der Eindruck, die Atomfrage sei eine Links-Rechtsfrage. Dies gilt weder für die

schwedischen Sozialdemokraten noch die französischen Sozialisten und in Deutschland war Erhard Eppler lange einer der wenigen Atomkraftwerksgegner in der SPD, der gegen den Atomkanzler Helmut Schmidt auf verlorenem Posten kämpfte. Erhard Eppler wird später bedauernd feststellen, dass dadurch die SPD eine ganze Generation an die Grünen verloren habe.

Nach Harrisburg und Tschernobyl wurde der Widerstand gegen Atomkraftwerke vor allem von den Grünen organisiert und erfuhr in Deutschland, in Österreich und in der Schweiz auch breite gesellschaftliche Unterstützung. Lieber heute aktiv als morgen radioaktiv, lautete die Parole. Der Bau von Kernkraftwerken schien keine Zukunft mehr zu haben und wurde nur noch als Brückentechnologie akzeptiert. In neuester Zeit wird aber wieder vermehrt eine Renaissance der Atomenergie gefordert. Sie wird als klimafreundliche Energieproduktion angepriesen. Economiesuisse-Chef Gerold Bührer (FDP) verlangte 2009 mindestens zwei neue Atomkraftwerke und die Atomlobby reichte im Departement Leuthard Bewilligungsunterlagen für drei neue AKWs ein. Der Wechsel von Doris Leuthard (CVP) ins Energiedepartement war nicht zuletzt von der erstarkten helvetischen Atomlobby vorangetrieben worden. Der universitäre Support blieb nicht aus. Ende 2008 erklärte Horst-Michael Prasser, Professor für Atomphysik und Reaktorsicherheit an der ETH-Zürich, allen Ernstes: « Unser Wissenstand ist nahezu perfekt ... Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Gebiet radioaktiv verseucht wird, liegt bei einem Ereignis alle Milliarden Jahre ». Soviel zur Genauigkeit von Prognosen in den exakten Naturwissenschaften.

Shikata ga nai – da kann man nichts machen

Seit Jahrhunderten leben die JapanerInnen mit den Folgen von Erdbeben, Taifunen und Tsunamis. « Shikata ga nai » – da kann man nichts machen – lautete früher ihre schicksalsergebene Devise. Naturkatastrophen als Strafe des Himmels zu interpretieren, ist auch christliche Tradition, wie die biblische Erklärung für die Sintflut demonstriert. Der Gouver-

neur von Tokio, Ishara Shintaro, erklärte nach dem 11. März 2011, dies sei die « Rache des Himmels » für die verbreitete Selbstsucht, den herrschenden « Materialismus » und den « Kult des Geldes ». Die Katastrophe solle die Japaner wieder auf den rechten Weg zurückbringen. Viel ist in westlichen Kommentaren vom angeblich gelassenen Katastrophen-Stoizismus der JapanerInnen die Rede. Das Verhältnis zu Tod und Vernichtung sei in Japan eben ein anderes als im christlich geprägten Westen. Ich bin überzeugt, dass heute auch in Japan das Wissen darum, dass unheilvolle Verflechtungen von Atomlobby und Staatsapparat das Ausmass der Katastrophe wesentlich mitbestimmen, die weitere Debatte um die Zukunft der Atomenergie entscheidend prägen wird. Mit seiner Aussage, « die Technik ist das Schicksal », hat der Atomphilosoph Günter Anders die Formel dafür geprägt, dass eben nicht die Natur alleine, sondern vor allem die vom Menschen geschaffene Technik für moderne Apokalypsen mitverantwortlich ist.

Wurde im Westen 1986 die Tschernobyl-Katastrophe noch mit der veralteten Technologie eines « kommunistischen » Reaktors zu erklären versucht, erschüttert jetzt die nukleare Katastrophe in einem hochentwickelten kapitalistischen Land mit einer hohen Sicherheitskultur schockartig das Vertrauen in die Zukunft nuklearer Energieentwicklung. Eine Kernschmelze des Vertrauens in die Atomenergie ist zu beobachten. Nicht zuletzt wird zudem in der öffentlichen Debatte jetzt breiter als früher darauf hingewiesen, dass der Preis für den Atomstrom die wirklichen Kosten für Sicherheit, Endlagerung und allfällige Schäden bei Störfällen und grösseren Unfällen in keiner Weise enthält. Oder einfacher ausgedrückt: Atomstrom ist heute nur deshalb relativ billig, weil der Staat für zahlreiche ungedeckte Ausgaben und Risiken geradesteht. Gerade diese ökonomischen Realitäten werden im Kampf gegen die Atomenergie zu wichtigsten Argumenten.

« Il faut cultiver notre jardin »

Wir von der Sozialen Medizin waren immer davon überzeugt, dass die « friedliche » Nutzung von Atomkraft zu gefährlich ist, dass eine nachhaltige

Energiepolitik ohne Ausstrom auskommen muss. Wir hatten Angst vor einer Katastrophe, wie sie jetzt in Japan unendliches Leid verursacht. Es geht nicht darum, sich heute selbstgerecht auf die Schulter zu klopfen, weil wir die Gefährlichkeit der Atomenergie früher als andere erkannt und bekämpft haben. Es muss darum gehen, aus der Katastrophe die richtigen Schlüsse zu ziehen. Das grosse Erdbeben von Lissabon im Jahre 1755 war in der Aufklärung Anlass für eine grosse Debatte: Wie ist es erklärbar, dass ein allmächtiger und gütiger Gott eine solche Katastrophe zulässt. Diese Frage bewegte die Menschen. Voltaire hat seinen « Candide » als Reaktion auf Leibniz geschrieben, der glaubte, die Menschheit lebe in der besten aller möglichen Welten. Den Optimismus von Leibniz konnte Voltaire nicht teilen, aber Auch Voltaires Candide kommt zum Schluss – trotz aller Widerwärtigkeiten und Ungerechtigkeiten – dass es keine Alternative zur aktiven Gestaltung der Welt gibt: « Il faut cultiver notre jardin! »

Günter Anders konnte nicht glauben, dass der Mensch fähig sei, sein enorm entwickeltes technisches Wissen vernünftig zu gebrauchen, so dass Katastrophen wie in Fukushima vermeidbar bleiben.

Auf den Pessimismus von Anders ist eine aktive Antwort der ökologischen Kräfte notwendig. Fukushima muss zum Anfang vom Ende des Atomzeitalters werden. Es werden sicher noch einige AKWs gebaut werden. Es ist leider auch nicht auszuschliessen, dass Fukushima nicht der letzte nukleare Super-Gau bleiben wird. Klar ist aber, dass die nukleare Energiegewinnung keine Zukunft hat und nach dem Vorbild von Candide unser Garten auch in Zukunft nur durch aktive Gestaltung, durch die massive Erforschung und Entwicklung von erneuerbaren Energiequellen zum erblühen und gedeihen gebracht werden kann! Erst dann wird die atomare Hybris keine Inseln des Glücks mehr zerstören. Il faut conserve notre jardin !

ALEX SCHWANK

Werden die übelsten Missbräuche abgestellt?

Bessere Aufsicht über Krankenkassen

Jahrelang verschleppte Vollzugsprobleme werden endlich angegangen. Gründe dafür sind wohl unter anderen der politische Druck durch die Volksinitiative für eine öffentliche Gesundheitskasse sowie der Stil des neuen Bundesrats Didier Burkhalter.

Anfang Februar hat der Bundesrat das Vernehmlassungsverfahren zu einem Gesetzesentwurf eröffnet, der eine wirksamere Aufsicht über die Krankenkassen bringen soll. Er will eine unabhängige Aufsichtsbehörde schaffen, analog zur Finma im Banken- und Privatversicherungsbereich. Die Versicherer haben aber auch von sich aus etwas gegen die ärgsten Missstände in ihrer Branche unternehmen. 95 Prozent der Krankenkassen haben sich in einer vom Dachverband *santésuisse* erarbeiteten Vereinbarung verpflichtet, auf Telefonwerbung zu verzichten und die Maklerprovisionen im Bereich der Grundversicherung auf 50 Franken zu begrenzen.

Santésuisse agiert moderater

Sowohl den Versicherern also auch dem Bundesrat ist wohl klar geworden, dass sich das heutige System des regulierten Wettbewerbs in der Krankenversicherung nur beibehalten lässt, wenn einzelne Versicherer die gesetzlichen Spielregeln nicht ständig ritzen und ad absurdum führen. Mit ihrer Volksinitiative für eine öffentliche Gesundheitskasse hat die Sozialdemokratie eine Alternative zum Wettbewerbsystem vorgelegt. Somit müssen sich die Verteidiger des bisherigen Systems ernsthaft um Glaubwürdigkeit bemühen, woran es in der Vergangenheit oft gefehlt hat.

Es wird aber nicht nur der politische Druck dieser Volksinitiative sein, der dazu geführt hat, die Schranken des regulierten Wettbewerbs ernster zu nehmen. Mit Didier Burkhalter hat Ende 2009 ein Bundesrat die politische Verantwortung für die Krankenversicherung übernommen, der sachbezogener als sein Vorgänger Pascal Couchepin politisiert. Und auch beim Krankenkassen-Dachverband *santésuisse* ist ein moderaterer Stil zu erkennen. Um einige markante „Krankenkassenfürsten“, die noch vor wenigen Jahren mit pointierten Äusserungen die politische Diskussion anzuhetzen pflegten, ist es ruhig geworden. Dazu kommt, dass der Dachverband *santésuisse* geschwächt ist. Er vertritt nicht mehr alle Krankenversicherer. Ausgetreten ist insbesondere die Billigkrankenkasse Assura. Und einige grosse Krankenkassen wie Helsana, Sanitas und KPT handeln die Tarife mit den Leistungserbringern selbst aus. Die Krankenkassen treten somit weniger als monolithischer Block auf und *santésuisse* vertritt eher diejenigen, die an gewissen regulatorischen Spielregeln interessiert sind.

Risikoselektion am Rande der Legalität

Viele Missstände im Bereich der Krankenversicherung sind weitgehend Vollzugsprobleme, die sich durch eine wirkungsvolle Bundesaufsicht verhindern liessen. Das gilt insbesondere für die Risikoselektion, die seit 1996 eigentlich gar nicht mehr möglich sein sollte. Das damals in Kraft getretene neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) schreibt den Versicherern vor, jederzeit jede beitragswillige Person aufzunehmen, sei diese auch noch so alt und krank. Und die Krankenkassenprämien sind alters-

unabhängig. Somit kann jede und jeder jederzeit zur günstigsten Kasse wechseln.

Vor 1996 hingen die Krankenkassenprämien hingegen vom Eintrittsalter ab. Wer jung einer Krankenkasse beitrug, bezahlte sein Leben lang eine günstige Prämie. Nach einem Beitritt in vorgerücktem Alter – schon ab 35 – musste man hingegen mit prohibitiv hohen Versicherungsprämien rechnen. Ab einer gewissen Altersgrenze wurde der Beitritt sogar verweigert. Somit waren die Krankenkassen weitgehend geschlossene Gesellschaften. Die einen versicherten vorwiegend junge und gesunde Menschen und konnten entsprechend günstige Prämien und grosszügige Leistungen bieten. Daneben gab es „überalterte“ Kassen mit hoher Prämienbelastung und geringem Leistungsumfang.

Auch nach Inkrafttreten des neuen KVG haben gewisse Krankenkassen jedoch Tricks gefunden, Versicherte mit ungünstigen Gesundheitsrisiken fern zu halten. Einer ist, die Vergütungen an ältere und häufig kranke Versicherte lange hinaus zu zögern. Dann sind diese verärgert und wechseln zu einem anderen Versicherer. Andere Krankenkassen betreiben Risikoselektion, indem sie Beitrittsanträge nur übers Internet entgegen nehmen, in der Erwartung, so würden sich vorwiegend junge Kunden melden. Ganz plump, aber beliebt, ist es zudem, Beitrittsanträge von älteren Menschen gar nicht zu beantworten. Mit allen diesen Tricks bewegen sich die Krankenversicherer am Rande oder sogar ausserhalb der Legalität. Bisher ist der Bund aber kaum dagegen eingeschritten, vielleicht weil er nicht über die nötigen personellen Ressourcen verfügt, möglicherweise aber auch, weil gewisse Verantwortliche gar nicht dazu gewillt waren.

RUEDI SPÖNDLIN

Ein überflüssiges Verbot abschaffen!

Entkriminalisierung von Cannabis

Mit einer parlamentarischen Initiative hat Nationalrätin Katharina Prelicz-Huber die Entkriminalisierung von Cannabis verlangt. Worum ging es ihr?

Mit der Annahme der BtmG-Revision durch das Stimmvolk im Herbst 2008, wurde die 4-Säulen-Politik des Bundes (inkl. den wissenschaftlich begleiteten Heroinversuchen) im Gesetz verankert. Gleichzeitig blieb mit der Ablehnung der ‚Hanf-Initiative‘ der Erwerb, Besitz und Konsum von psychoaktivem Cannabis weiterhin kriminalisiert.

Statt in der Verfassung, einer der Hauptgründe für die Ablehnung der ‚Hanf-Initiative‘, soll die Frage nun auf Gesetzesebene geregelt werden.

Wenn der Wein zu teuer war

Hanf ist eine alte Schweizer Kulturpflanze, die noch heute vielseitig genutzt wird. Bekannt sind vor allem die Hanfschnüre, aber auch Kleidungsstücke, Kosmetika oder Bier werden aus Hanf hergestellt. Vor dem Verbot anfangs der 70-er Jahren war auch der Konsum in der Schweiz normal. Das «Appenzeller Pfifeli» zeugt davon. Gerade ärmeren Bauern war der Wein zu teuer und eine Pfeife mit dem Hanfkraut aus dem Garten billiger.

In den letzten zwanzig Jahren hat sich der Konsum von Cannabis trotz Verbot massiv verbreitet und wieder eine gewisse gesellschaftliche Akzeptanz erhalten. Denn Cannabis ist wie Alkohol ein Genussmittel und zudem wegen seiner entspannenden Wirkung ein anerkanntes Heilmittel bspw. bei Rheuma oder Multipler Sklerose.

Sachlich, medizinisch und wissenschaftlich betrachtet gibt es keinen

Grund zur Kriminalisierung von Cannabis. Schon in der Botschaft des Bundesrates vom März 2001 wurde festgehalten, die geltende Gesetzesregelung zeige deutliche Schwächen. Es herrschen ein uneinheitlicher, kostenintensiver Gesetzesvollzug und ein kaum zu kontrollierender Graumarkt. Die Entkriminalisierung wurde deshalb vorgeschlagen. Im neuen Leitbild des Bundesamtes für Gesundheit wird diese Stossrichtung wieder bekräftigt. Fachleute wie die Gesellschaft für Suchtmedizin und die Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen Arud haben uns ParlamentarierInnen zudem gebeten, den Vorstoss zu unterstützen und die Städte Bern und Zürich wollen mit Pilotprojekten die Legalisierung auf Stadtgebiet testen.

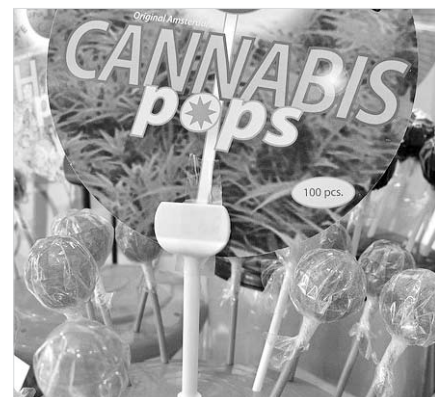
Prävention und Jugendschutz sollen dazu dienen, die Gefahren potenzieller Suchtmittel wie Alkohol, Tabak und Cannabis einzudämmen. Der Besitz oder der Konsum von Cannabis soll KonsumentInnen jedoch nicht kriminalisieren. Dies widerspricht dem weltweiten Diskurs über Cannabis als Heilmittel und auch der Bundesverfassung (Recht auf persönliche Freiheit, Art. 10).

Schluss mit Rechtswillkür

Die Entkriminalisierung des psychoaktiven Cannabis hingegen schafft klare Leitplanken, macht Schluss mit der Rechtswillkür und ermöglicht präventives Handeln. Sie schafft ein überflüssiges Verbot ab, das nichts bringt, viel kostet und Hunderttausende von KonsumentInnen kriminalisiert. Statt jährlich Milliarden in den Schwarzmarkt zu pumpen, soll dieses Geld dem Staat in Form von Steuern zufließen. Zudem wäre der Anbau von Hanf ein willkommener neuer Markt für die Schweizer BäuerInnen. Hanf ist pflegeleicht und anspruchslos. Warum nicht ein Qualitätslabel für Schweizer Bio-Hanf?

Mein Vorstoss wollte das Betäubungsmittelgesetz so ändern, dass straffrei bleibt, wer einen Joint raucht und Hanfpflanzen für den Eigenbedarf besitzt oder erwirbt. Vorschriften über den Anbau, die Herstellung, die Ein- und die Ausfuhr von sowie für den Handel mit Cannabis hätten erlassen werden müssen – unter angemessener Berücksichtigung des Jugendschutzes.

Ganz wohl mit der jetzigen Situation ist es den GegnerInnen der Hanf-Legalisierung anscheinend nicht. So lancierte die CVP in einem Vorstoss, der zurzeit in Vernehmlassung ist, eine Halblösung:



Neu soll jemand, der/die beim Rauchen eines Joints erwischt und/oder eine Kleinmenge von Hanf für den Eigenbedarf auf sich trägt, nur noch mit einer Busse ohne Strafregistereintrag bestraft werden. Nicht gelöst, bzw. weiterhin kriminalisiert bleiben der Anbau, die Herstellung, die Ein- und die Ausfuhr von sowie der Handel mit Cannabis. Die Drogenmafia dankt!

Diskussion, aber kein Erfolg

Am zweitletzten Tag der Frühjahrsession hat der Nationalrat meine parlamentarische Initiative behandelt und leider deutlich abgelehnt. Erfreulicherweise löste der Vorstoss einen Fragenreigen und damit eine Diskussion im Parlament aus, was mir Gelegenheit gab, mich noch etwas breiter zu erklären. Aber schlussendlich ohne Erfolg, weil halt doch das Verbot die beste Prävention und der beste Jugendschutz sei...!

KATHARINA PRELICZ-HUBER
Nationalrätin Grüne

«Hilfreich ist ein Beziehungsangebot...»

Psychische Krankheiten im Alter

Psychische Erkrankungen im Rentenalter sind häufig und verlaufen nicht gleich wie bei jüngeren Menschen. Zudem fehlt es an geeigneten Angeboten für die Betroffenen. Um diese Lücke zu schliessen, eröffnet die Stiftung Melchior in Basel jetzt eine Tagesstätte für Seniorinnen und Senioren.

Interview: Ruedi Spöndlin

Ruedi Spöndlin: Psychische Probleme im Alter sind ein Thema, über das die Medien heute immer wieder berichten. Oft geht es dabei um Demenzen. Richtet sich die neue Tagesstätte für Seniorinnen und Senioren der Stiftung Melchior in Basel an demente Menschen?

Barbara Hiss: Nein, eben gerade nicht! Unser Angebot richtet sich an Menschen mit psychischen Krankheiten, die in jedem Alter vorkommen können, im Alter aber oft etwas anders ausgeprägt sind.

Spöndlin: Was sind das für Krankheiten?

Hiss: Etwa Depressionen, Angststörungen aber auch Psychosen wie die Schizophrenie.

Spöndlin: Richtet sich Ihr Angebot also an eher etwas jüngere Alte?

Hiss: Das Alter ist nicht das entscheidende Kriterium. Auch wer beispielsweise 85 Jahre alt, aber noch genügend rüstig ist, kann an den Angeboten unserer Tagesstätte teilnehmen.

Unsere Gesprächspartnerinnen

Barbara Hiss, Dr. phil. II und Dr. med.,
Leitende Ärztin der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK), Bereichsleiterin Alterspsychiatrie Stiftung Melchior

Martina Saner, MPH, Geschäftsführerin Stiftung Melchior

Martina Saner: Unser Angebot richtet sich an Seniorinnen und Senioren. Dort wo eine Demenz oder ein starkes, körperliches Altersgebrechen gegenüber den psychischen Beeinträchtigungen überwiegt, führen wir das falsche Angebot. Für diese Menschen kommt eher ein Tagespflegeheim, wie es sie bereits gibt, in Frage. In welchem Lebensalter dieser Übergang erfolgt, ist unterschiedlich. Wir rechnen also damit, dass wir in der Tendenz eher jüngere Seniorinnen und Senioren ansprechen. Demenzen



werden in der Regel erst im höheren Alter manifest, mit Ausnahmen natürlich.

Hiss: Eine Demenz kann früher oder später beginnen, sogar schon bei 45 Jährigen. Allerdings umfasst jede Altersgruppe einen unterschiedlichen Anteil an dementen Menschen. Je höher das Lebensalter, desto höher ist der Anteil der von einer Demenz Betroffenen. Bei den 65 Jährigen ist dies vielleicht 1 Prozent, bei 85 Jährigen sind es 15 Prozent und bei den 90 Jährigen 30 Prozent oder mehr. Deshalb werden wir in der Tagesstätte der Stiftung Melchior schon eher jüngere Alte sehen. Für Menschen mit einer schweren Demenz kommen teilstationäre und ambulante Angebote kaum mehr in Frage.

Saner: Wer unsere Tagesstätte nutzen will, muss örtlich und zeitlich orientiert sein und sich einigermassen selbständig

fortbewegen können. Wir gehen davon aus, dass die Nutzerinnen und Nutzer selbständig herkommen. Einzelne werden vielleicht eine Begleitung oder einen Transportdienst in Anspruch nehmen. Bei uns werden die Nutzerinnen und Nutzer auch nicht eingeschlossen. Wer gehen will, kann das jederzeit tun. Wir kontrollieren nicht, wohin er oder sie geht. In der Tendenz wird es sich also um Menschen handeln, die noch in ihren eigenen Wohnräumen leben, allein oder in einer Partnerschaft, möglicherweise auch aus einem Wohnheim, und bei uns eine Tagesstruktur finden. Ebenfalls in unsere Tagesstätte kommen können Menschen, die früher in einer geschützten Werkstatt gearbeitet und jetzt das Rentenalter erreicht haben. Nicht alle Wohnheime können ihren Bewohnerinnen und Bewohnern nach deren Pensionierung in der Werkstatt eine Tagesstruktur bieten. Diese ist aber wichtig, um dem vorzeitigen Abbau von

Fähigkeiten und der sozialen Isolation vorzubeugen.

Hiss: Ich kenne dieses Problem von Seiten der Patienten, die sich nach der Pensionierung oft über den Verlust von Kontakten und einer Tagesstruktur beklagen.

Spöndlin: Sie haben gesagt, Ihr Angebot richtet sich an Menschen mit psychischen Krankheiten, die in jedem Alter vorkommen können. Aber kommen diese im Rentenalter häufiger vor, etwa aufgrund gewisser Erlebnisse?

Hiss: Das ist in der Fachliteratur umstritten. Je nach diagnostischer Zuordnung können die Aussagen etwas unterschiedlich ausfallen. Ich denke, im Grossen und Ganzen muss man davon ausgehen, dass sich im Alter eine psychische Krankheit etwas anders ausdrückt und häufig zäher verläuft. Gleichzeitig ist das Alter eine Lebensphase mit erhöhter Vulnerabilität, also Verletzlichkeit. Die Entstehung vieler psychischer Krankheiten erklärt man mit einem Vulnerabilitätskonzept. Und das Alter ist halt eine Lebensphase, die von einschneidenden Ereignissen geprägt ist, etwa von Verlusterlebnissen und körperlichen Veränderungen. Sol-

che Faktoren und vor allem deren Kumulation können zu einer höheren Verletzlichkeit und in der Folge zu psychischen Erkrankungen führen.

Spöndlin: An welche Verlusterlebnisse denken Sie da?

Hiss: Etwa an den Verlust des Arbeitsplatzes. Die Pensionierung ist eine erste Klippe, die für viele Menschen nicht einfach zu meistern ist. Kontakte und der Status können verloren gehen. Viele Erwerbstätige haben die meisten und wichtigsten sozialen Kontakte am Arbeitsplatz. Das Selbstwertgefühl kann leiden, wenn beim Ausscheiden aus dem Erwerbsleben eine bestimmte soziale Rolle verloren geht. Dazu kommen oft Veränderungen zu Hause, etwa in der Partnerschaft, wo es zur Konkurrenz um gewisse Tätigkeiten kommen kann, die bisher klar zugeteilt waren. Dazu können sich erste körperliche Einschränkungen zeigen. Lediglich geringe Einschränkungen der Sehkraft und der Hörfähigkeit liessen sich mit Hilfsmitteln noch relativ leicht kompensieren. Als schwieriger werden Behinderungen beim Gehen erfahren, welche die Mobilität einschränken. Diese erzwingen oft Veränderung der Wohnsituation, etwa weil die Wohnung zu gross wird, oder weil es keinen Lift hat usw. Diese Einschränkungen führen zu Umwälzungen, die nicht leicht zu verkraften sind. Mit zunehmendem Alter kommt dann hinzu, dass Freunde und gleichaltrige Angehörige wegsterben. Nachdem die älteren Familienangehörigen nicht mehr da sind, muss man nun erleben, dass sich die eigene Generation lichtet. Das ist eine grosse Herausforderung, das eigene seelische Gleichgewicht erhalten zu können.

Spöndlin: Aber es gibt doch auch viele rüstige Rentenrinnen und Rentner, die aktiv sind und ihren Ruhestand geniessen. Etwa indem sie viel reisen, Sport treiben oder anderen Hobbys frönen?

Hiss: Das stimmt. Es ist tatsächlich so, dass wir heute statistisch gesehen älter werden und dabei auch länger gesund bleiben. Aber davon profitieren nicht alle. Es gibt auch solche, denen relativ früh Gelenkbeschwerden und andere Schmerzen zu schaffen machen. Für gewisse ist das Ende der Erwerbsphase zweifellos eine Befreiung, die

Möglichkeiten eröffnet, für welche es vorher keinen Raum gab. Das erweist sich aber nicht immer als so glanzvoll, wie man es sich vielleicht vorgestellt hat. Wer viel unterwegs ist, merkt vielleicht plötzlich, dass ihm der Kontakt zu Freunden fehlt oder zu den Enkelkindern. Zudem auferlegt einem die Gesundheit halt doch früher oder später Einschränkungen.

Spöndlin: Ist der Aktivismus im Alter also vielleicht etwas aufgesetzt?

Hiss: Ich denke, die Hektik gewisser älterer Menschen dient tatsächlich manchmal ein bisschen der Abwehr, um sich über die altersbedingten Veränderungen hinweg zu täuschen.

Saner: Die Pensionierung ist zweifellos immer ein Wechsel. Und jeder Wechsel kann krisenhaft sein. Es kommt sehr darauf an, wie der betroffene Mensch mit Veränderungen im Leben zurecht kommt, welches Rüstzeug er von früher dafür mitbringt. Wichtig ist beispielsweise, über was für ein Beziehungsnetz er verfügt. Aber auch die Fähigkeit, sich selbst zu helfen, ist entscheidend und die Erfahrung, dass man sich helfen kann. Ob ein Mensch diesen Wechsel gut bewältigt oder in eine Depression verfällt, hängt also zu einem grossen Teil von den Ressourcen ab, die er früher erworben hat. Um einen markanten Wechsel handelt es sich aber in fast jedem Fall. Das erlebe ich auch in meinem persönlichen und beruflichen Umfeld, wo nebst aller Freude auf die Pensionierung auch Ängste und Zweifel zu beobachten sind.

Hiss: Auch Menschen, die sich zuerst sehr positiv auf die Pensionierung einstellen, können später auf sich selbst zurück fallen und das Gefühl von Leere und Mangel an Struktur erleben. Plötzlich fehlen ihnen die Termine und die Beschäftigung, sie fragen sich, was sie den ganzen Tag tun sollen.

Spöndlin: Welche psychischen Krankheiten treten im Rentenalter typischerweise neu auf und welche werden sozusagen mitgebracht und allenfalls neu aktiviert?

Hiss: Dass eine in jüngeren Jahren durchlebte psychische Krankheit wieder auflebt, ist immer möglich. Nach-

dem Konzept der Vulnerabilität ist es sogar sehr plausibel, dass dies im Alter geschieht, weil dann Faktoren auftreten, die ein einmal erlangtes Gleichgewicht wieder stören können. Ein Sturz beispielsweise, wie er in vorgerücktem Alter häufig vorkommt, kann ein Faktor sein, der ein labiles psychisches Gleichgewicht stört und zu einer massiven Verunsicherung führt. Ich habe schon Menschen erlebt, die sich nach einem Sturz ganz viele Tätigkeiten nicht mehr zu trauten, die ihnen vorher selbstverständlich waren. Sie gingen beispielsweise kaum mehr aus dem Haus. Die Pensionierung kann beispielsweise Depressionen oder Ängste auslösen, etwa soziale Phobien, die teils früher schon einmal aufgetreten sind oder erstmals ausbrechen. Möglich ist beides.

Spöndlin: Gibt es nicht auch psychische Krankheiten, deren Virulenz in vorgerücktem Alter nachlässt. Wenn ich mich nicht täusche, sind Schizophrenien ein Beispiel?

Hiss: Es wäre schön, wenn dem so wäre. Bei den schizophrenen Erkrankungen ist es so, dass ein Drittel relativ günstig verläuft, dass also im Laufe der Zeit eine Besserung eintritt. Bei einem weiteren Drittel ist hingegen nur eine Stabilisierung zu beobachten und beim letzten Drittel verschlechtert sich der Zustand sogar. Eine Schizophrenie kann sich aber auf verschiedene Weise äussern. Es gibt die aktive, getriebene Form mit so genannten positiven Symptomen, aber auch diejenige mit Rückzug und Interesselosigkeit, die durch Negativsymptome gekennzeichnet ist. Die Patienten, deren Zustand sich im Laufe der Zeit verschlechtert, werden gelegentlich völlig apathisch. Deshalb nimmt man ihre Krankheit oft als weniger symptombelastet wahr. Sie fallen in der Öffentlichkeit nicht mehr stark auf. Dieser passive Krankheitszustand hat der Schizophrenie sogar ihren ursprünglichen wissenschaftlichen Namen gegeben, den der *dementia praecox*, der vorzeitigen Demenz.

Spöndlin: Kommt es auch vor, dass eine Schizophrenie im Alter die aktive Form annimmt?

Hiss: Das kommt tatsächlich auch vor. Es gibt Hochbetagte, die an so genannten floriden Symptomen im Rah-



Bilder: ruedi spöndlin | sozmedia

“

Viele Menschen mit psychischen Erkrankungen haben Mühe, rechtzeitig Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil sie ihre Situation anders einschätzen als die Gesundheitsfachleute. Martina Saner

men der schizophrenen Erkrankung leiden, mit heftigsten Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Oft treten im Alter die gleichen Wahnbilder wieder auf, die schon in jungen Jahren zu beobachten waren.

Saner: Wir beobachten immer wieder, dass sich Menschen mit einer Schizophrenie über lange Phasen einigermaßen durchhangeln können. Sie werden vielleicht als etwas sonderlich wahrgenommen, können keine grosse Verbindlichkeit eingehen, sind nicht immer zuverlässig mit der Medikamenteneinnahme, sind aber insgesamt doch recht gut der Lage, einigermaßen selbständig zu leben. Wenn dann die Altersbeschwerden auftreten, gerät die labile Balance aus dem Gleichgewicht. Ein Beispiel ist

eine Frau, die an einem grauen Star erkrankte. Sie konnte nicht mehr gut sehen, hatte dadurch Mühe denn Haushalt zu meistern und ihre schizophrenen Wahrnehmungsstörungen und Ängste wurden dadurch massiv verstärkt.

Hiss: Die Betroffenen sind in solchen Situationen oft gar nicht in der Lage, einzuschätzen, ob es sich um ein Geschehnis in Zusammenhang mit dem psychotischen Erleben oder um neue Krankheitszeichen handelt. Deshalb nehmen sie häufig nicht die geeignete medizinische Hilfe in Anspruch.

Saner: Viele Menschen mit psychischen Erkrankungen haben Mühe, rechtzeitig Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil sie ihre Situation anders einschätzen als die

Gesundheitsfachleute. Es gibt viele psychisch Kranke mit mangelhafter Compliance. Die Krankheitseinsicht, der hilfreiche Umgang mit der eigenen Krankheit und mit beginnenden Symptomen, ist etwas das sich oft erst über viele lange Jahre und mit guter therapeutischer Zusammenarbeit entwickelt.

Spöndlin: Ist die fehlende Krankheitseinsicht nicht ein typisches Merkmal der Schizophrenie, etwa im Gegensatz zu einer Depression, wo der betroffene Mensch leidet und Hilfe sucht.

Saner: Nein, so allgemein kann man das nicht sagen. Die Krankheitseinsicht kann sich bei einer Schizophrenie durchaus entwickeln. Viele Menschen mit einer Schizophrenie schwanken diesbezüglich. Bei gutem Verlauf entwickeln sie eine gewisse Krankheitseinsicht. Dann wollen sie aber doch wieder ausprobieren, ob es nicht auch ohne Medikamente und Therapien geht. Bei den depressiven Erkrankungen wissen wir, dass sie sehr oft von den Betroffenen und deren Umfeld nicht als solche erkannt werden und immer wieder erst sehr spät behandelt werden. Auch Menschen, die an Depressionen leiden, verdrängen ihr Leiden oft. Psychischen Erkrankungen haftet ein Stigma an, was die rechtzeitige Behandlung erschwert.

Hiss: Die Menschen unterscheiden sich diesbezüglich. Die einen sind zur Kooperation und zu einer realistischen Selbsteinschätzung fähig. Andere verleugnen ihre Situation, missachten Therapievorschlüsse und nehmen von sich aus kaum Hilfe in Anspruch. In der Regel zeigt es sich schon früh im Leben, wie es jemand damit hält. Man kann aber auch daran arbeiten. Die Betroffenen können lernen, mit ihrer Krankheit besser umzugehen.

Spöndlin: Wer in einem sozialen Beruf tätig ist, erlebt oft alte Menschen mit Verfolgungsideen. Diese behaupten steif und fest, jemand bestehle sie ständig oder dringe in ihre Wohnung ein, während sie schlafen. Oft beschuldigen sie ihre Nachbarn. Das stimmt aber offensichtlich nicht. Es lassen sich keine Diebstähle nachweisen. Abgesehen von diesen Verfolgungsideen sind die Betroffenen aber nicht auffällig. Auch früher

scheinen sie das Leben problemlos gemeistert zu haben. Also leiden sie kaum an einer Schizophrenie. Wie würden Sie diese Erscheinung psychiatrisch einordnen?

Hiss: Diese Verfolgungsideen im Alter kann man sehr wohl psychiatrisch einordnen. Es gibt verschiedenste Arten von Wahnvorstellungen, auch in Zusammenhang mit Depressionen. Was Sie geschildert haben, hat aber nichts mit einer Depression zu tun, sondern eher mit einer beginnenden Demenz. Die betreffenden Menschen sind nicht mehr so gut orientiert und finden Gegenstände nicht mehr. Dann nehmen sie an, man habe ihnen diese gestohlen. Um künftige Diebstähle zu verhindern, verstecken sie ihre Wertsachen dann noch besser und finden sie folglich noch weniger. Dann wird es immer schlimmer. Taucht ein vermisster Gegenstand wieder auf, nehmen sie oft an, die „böse“ Nachbarin, habe ihn gestohlen und extra wieder zurückgelegt, um ihnen eins auszuwischen.

Spöndlin: Gibt es für solche Verfolgungsideen auch andere Ursachen als eine beginnende Demenz?

Hiss: Ja, Verfolgungsideen können sich beispielsweise aufgrund einer Vereinsamung entwickeln, die zu einer verzerrten Wahrnehmung der Realität führt. Eine allein stehende Frau stellt sich beispielsweise vor, ein allein stehender Mann habe es auf sie abgesehen. Dabei kommen eigenartiges Klischeevorstellungen zum Ausdruck, die enorme Ausmasse annehmen können.

Spöndlin: Sind diese Verfolgungsideen eher harmlos?

Hiss: Nein, nicht unbedingt. Sie können die Lebensführung enorm einschränken. Es gibt beispielsweise Betroffene, die einen grossen Teil ihrer Habe ständig mit sich herum schleppen, in Plastiksäcken oder einem Einkaufswagen. Oft ziehen die Betroffenen alle paar Monate um, zum Teil sogar in andere Länder. Dadurch vereinsamen sie noch mehr, und schon bald kommen die gleichen Symptome. Man darf solche Wahngeschichten nicht unterschätzen. Es kam schon vor, dass davon betroffene Menschen gegen Nachbarn oder den Hauswart tätlich wurden.

Spöndlin: Kommt es im Fall von Tätlichkeiten dann zu einer Zwangseinweisung?

Hiss: Das ist möglich. Manchmal veranlasst die Polizei auch psychiatrische Abklärungen, wenn sich jemand immer wieder grundlos über Diebstähle beklagt.

Spöndlin: Was kann man gegen derartige Verfolgungsideen tun? Die verschiedenen Beratungsstellen, welche die Betroffenen aufsuchen, sind ja meistens ratlos. Eine häufige Anlaufstelle für Menschen mit Verfolgungsideen ist beispielsweise die Mieterberatung. Dort rät man ihnen vielleicht, sich wegen der Diebstähle an die Polizei zu wenden. Dann stellt sich heraus, dass sie schon bei der Polizei waren und dass diese sie gerade an die Mieterberatung weitergewiesen hat. Wenn man ihnen empfiehlt, einen Psychiater oder eine Psychiaterin aufzusuchen, reagieren sie entrüstet.

Hiss: Das stimmt. Diese Menschen sind meistens entsetzt, wenn man ihnen die Psychiatrie empfiehlt. Denn dann fühlen sie sich erst recht nicht ernst genommen. Zudem neigen sie dazu, bei allen anderen Probleme zu sehen, nicht bei sich selbst. Die Wissenschaft definiert einen Wahn ja als nicht korrigierbare realitätsfremde Überzeugung. Der Umgang mit solchen Menschen ist eine grosse Herausforderung, sind sie doch oft nur schwer zugänglich. Hilfreich ist gelegentlich ein Beziehungsangebot. Wenn es gelingt, eine Beziehung aufzubauen, gewinnt der Betroffene unter Umständen an Stabilität und modifiziert sein Verhalten, man kann dann zu vereinbaren versuchen: „Komm, lass es uns jetzt anders machen! Geh jetzt nicht mehr zur Polizei, sondern sag es mir, wenn dir Dinge abhanden gekommen sind“. Manchmal unterstützen gewisse Medikamente.

Spöndlin: Wie steht es mit Suiziden im Alter? Stimmt es, dass Selbsttötungen im Alter zu nehmen?

Hiss: Ja, mit zunehmenden Alter nehmen die Suizide dramatisch zu, besonders bei Männern. Ebenfalls zu nehmen harte Suizidmethoden wie sich Erhängen, sich Erschiessen oder sich aus grosser Höhe herunter zu stürzen. Dadurch ist die Chance gering, dass es beim Versuch bleibt und nochmals glimpflich

abgeht. Frauen hingegen wählen eher sanftere Suizidmethoden. Suizide im Alter sind jedenfalls ein grosses Problem. Sie stehen meistens in Zusammenhang mit den erwähnten psychischen Erkrankungen, mit Depressionen, Suchterkrankungen, wahnhaften Störungen und Psychosen. Dazu kommen die spezifischen Schwierigkeiten des Alters, die Unmöglichkeit, weitere Perspektiven zu entwickeln und wieder aktiv zu werden. Oft sind es erstaunlich geringfügige Konflikte, welche alte Menschen zum Suizid veranlassen, etwa eine von aussen betrachtet völlig unbedeutende Meinungsverschiedenheit in der Partnerschaft.

Spöndlin: Verüben nicht auch junge Mensch zum Teil aus nichtigem Anlass Suizid?

Hiss: Es ist von aussen natürlich schwierig zu beurteilen, was einen Menschen wirklich zum Suizid veranlasst hat. Auch neigen wir dazu, Suizide im Alter anders zu beurteilen als in jüngeren Jahren. Bei jungen Menschen führen meistens ernsthaftere Lebenskrisen zum Suizid, etwa Scheidungen und Trennungen. Bei Betagten genügt hingegen oft schon eine Befindlichkeitsstörung, die man kaum nachvollziehen kann. Ebenfalls eine Rolle spielt, dass sich alte Menschen oft vorstellen, ihr Tod entlaste ihre Nachkommen finanziell.

Spöndlin: Verstärken die Angebote von Sterbehilfeorganisationen wie Exit und Dignitas das Gefühl alter Menschen, sie sollten abtreten? Diese Angebote können ja geradezu den Eindruck erwecken, es sei normal, in einem gewissen Zeitpunkt freiwillig aus dem Leben zu scheiden.

Hiss: Das ist tatsächlich ein Problem. Gewisse alte Menschen denken, sie hätten keine Lebensberechtigung mehr, sondern seien nur noch Kostenverursacher. Die Berichterstattung über die hohen Gesundheits- und Sozialkosten trägt zu dieser verzerrten Wahrnehmung bei.

Saner: Ich denke, hier zeigt sich die gesellschaftliche Bewertung des Alters.

Fortsetzung auf Seite 41

SGSP *INFO* SSPS

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

Liebe Leserin, Lieber Leser

Der Frühling 2011 ist geprägt von mannigfaltigen Umwälzungen, die unseren ganzen Planeten betreffen. Vom arabischen Frühling, welcher über die nordafrikanischen Länder weht, über die Ereignisse in Japan, bis zu den politischen Krisen in gewissen europäischen Ländern, sind die Erschütterungen ebenso heftig wie unvorhergesehen und haben Hunderttausende am Boden zerstört. Ob sie natürlichen, sozialen, wirtschaftlichen oder nuklearen Ursprungs sind, die Geschehnisse machen uns betroffen und berühren uns alle. Mehr denn je zeigt sich unsere gegenseitige Abhängigkeit, mehr denn je wird die Notwendigkeit gegenseitiger Hilfe und Solidarität als grundlegende Bedingung der menschlichen Gemeinschaft sichtbar. Trotzdem scheint es, dass die Menschen in unseren, zumindest bis heute vom Schlimmsten verschonten Regionen, Mühe haben, die Erfahrungen sinnvoll und konstruktiv zu verarbeiten. Man überprüft die Sicherheitssysteme von Kernkraftwerken und die Erdbebensicherheit unserer Gebäude, aber die Alarmzeichen, betreffend der Stabilität unseres sozialen Zusammenhaltes, rufen keine ähnlichen Reaktionen hervor. So seien hier die letzten, seltsam still über die Bühne gegangenen, sozialpolitischen Wirbelstürme genannt, welche heimtückisch und ohne grosse Wellen zu schlagen die Lebens-

► S. 28

Chère lectrice, cher lecteur

Le printemps 2011 aura été marqué par des bouleversements divers et étendus sur l'ensemble de la planète. Du printemps arabe qui souffle dans les pays d'Afrique du Nord en passant par celui qui ébranle le Japon et jusqu'aux crises politiques de certains pays européens, les secousses sont aussi violentes qu'imprévues et laissent sur le carreau des centaines de milliers de personnes. Naturels, socioculturels, monétaires et nucléaires, ces séismes nous atteignent et nous affectent tous. Plus que jamais notre interdépendance manifeste sa réalité, plus que jamais la nécessité de l'entraide et de la solidarité s'impose comme une condition fondamentale à la stabilité d'une communauté humaine. Pourtant, il semble que dans nos régions préservées du pire, du moins jusqu'à ce jour, l'être humain semble avoir bien de la peine à tirer certaines leçons sensées et constructives. On vérifie les systèmes de sécurité de nos centrales nucléaires et la solidité de nos bâtiments en cas de tremblements de terre, mais les cris d'alarme concernant la solidité de notre cohésion sociale ne suscitent pas du tout les mêmes réflexes de consolidation. J'en veux pour preuve les derniers et étrangement silencieux cyclones sociopolitiques qui balaient sournoisement et sans vague les revenus vitaux et les droits fondamentaux péniblement acquis en Suisse par

► p. 28

Care lettrici, cari lettori,

La primavera 2011 ci ha portato sconvolgimenti e rivoluzioni in tutto il mondo. Abbiamo assistito alla « primavera » dei paesi arabi, alla catastrofe giapponese così come alle crisi politiche di diversi paesi europei. Le conseguenze di questi eventi violenti e imprevisi, causati dalla natura, dagli sbalzi monetari, dal nucleare, da cause socioculturali ci preoccupano tutti e hanno avuto conseguenze devastanti per centinaia di migliaia di persone. Mai come oggi l'interdipendenza dei popoli si manifesta in tutta la sua evidenza insieme con la necessità di sviluppare solidarietà e aiuto reciproco che è la condizione indispensabile per mantenere la stabilità nella vasta comunità umana. Fino a oggi purtroppo nelle nostre regioni preservate dalle disgrazie e dagli sconvolgimenti, non sembriamo in grado di trarre insegnamento da quanto succede cercando soluzioni solide e costruttive. Se da un lato il dramma giapponese ci porta a verificare la solidità delle nostre costruzioni in caso di terremoto e la sicurezza delle nostre centrali nucleari ben diversa è la reazione di fronte a situazioni e provvedimenti che minacciano la coesione sociale. Mi riferisco in particolare ai colpi di spugna che silenziosamente cancellano i redditi vitali e con questo i diritti fondamentali conquistati a fatica negli anni dalla parte più debole

► p. 28

29 Editorial (Barbara Zbinden)

31 Psychisch krank und ohne Krankenkasse?
(Yvonne Lüdi)

33 I Pazienti morosi...un fenomeno
crescente...cosa facciamo?
(Paolo Pietrini)

35 La 6ème révision m'a tuer
(Olivier Salamin)

38 Bericht aus dem Zentralvorstand
Rapport du comité central
Rapporto del comitato centrale
(Thomas Rüst)

40 Jahrestagung der SGSP 2011
Journée annuelle de la SSPS 2011
Convegno annuale de la SSPS 2011

grundlagen und die fundamentalen Rechte der schwächsten Gruppen unserer Bevölkerung wegfeigen. Diese Rechte mussten auch in der Schweiz mühsam erkämpft werden.

Das Redaktionskomitee des INFOS will in der vorliegenden Nummer anhand einiger Beispiele belegen, wie im Umgang Menschen mit psychischen Krankheiten neue Formen der Diskriminierung auftreten. Der Artikel aus der Feder von Paolo Pietrini weist darauf hin, dass im Tessin vermehrt psychisch Kranken, die suchtmittelabhängig sind, Methadon verschrieben wird. Da sie ihre Kassen-Beiträge nicht mehr bezahlen konnten, erhalten sie keine Kassenleistungen mehr. Methadon wird im Gegensatz zu regulären Medikamenten direkt vom Kanton abgegeben und fällt damit nicht unter die Leistungspflicht der Krankenkassen. Im Kanton Zug sind Behandlung und Pflege von psychisch kranken Menschen garantiert, wie Yvonne Lüdi in ihrem Artikel schreibt. Dies wird auf die relativ niedrigen Krankenkassenprämien und die Verantwortlichkeit auf Gemeindeebene, welche einen Ausschluss psychisch kranker Menschen verhindern sollen, zurückgeführt. Wie in anderen Kantonen kann damit jedoch auch in Zug die wachsende Angst der psychisch beeinträchtigten Menschen vor einem drohenden Leistungsabbau nicht vollständig verhindert werden.

Unterstützungs- und Solidaritäts-Organisationen für psychisch beeinträchtigte Menschen bewegten sich lange Zeit am Rande der Behinderten-Bewegungen die ihre Rechte verteidigten. Seit einigen Jahren gehören sie jedoch zu den Aktivsten unter den Behinderten-Organisationen. Namentlich im Wallis, wie der Präsident des Behindertenforums, Olivier Salamin, betont. Die Sorge dreht sich hauptsächlich um die IV-Revisionen, die sich eine auf die andere folgen und dahin tendieren, psychisch kranke Menschen mehr und mehr von Leistungen auszuschliessen. Diese negativen Entwicklungen haben in den letzten Jahren Energien freigesetzt und werden weiterhin Thema der nächsten Aktionsprogramme sein. Es besteht daher vermehrt Hoffnung auf ein Erwachen der Bürger und einen Zusammenschluss mit den Gruppen der Schwächsten.

BARBARA ZBINDEN

les groupes les plus démunis de notre population.

Le comité de rédaction des INFOS a choisi de consacrer ce numéro à la mise en lumière de quelques exemples de ce qu'il faut bien appeler les nouvelles discriminations à l'encontre des personnes souffrant de maladies psychiques. Vous lirez sous la plume de Paolo Pietrini qu'au Tessin on multiplie les prescriptions de méthadone pour de nombreux patients psychiques souffrant de dépendances à des substances toxiques et qui sont exclus des prestations de la LAMAL parce qu'ils ne sont pas en mesure de payer leurs cotisations. Si dans le canton de Zoug, les traitements et les soins sont garantis, comme nous le relate Yvonne Lüdi dans un article, qui rappelle les taux relativement bas des primes maladie dans ce canton ainsi que les responsabilités communales qui y prévalent pour éviter l'exclusion des soins des patients psychiques, la menace de suspension du droit aux prestations n'est jamais totalement exclue. Longtemps en marge des mouvements de défense des intérêts des personnes en situation de handicap, les organisations d'aide et d'entraide psychiatrique se trouvent depuis quelques années parmi les membres les plus actifs de certains forum-handicap, notamment en Valais, où comme le signale son président, Olivier Salamin, leurs préoccupations liées en particulier aux révisions en cascade d'une assurance-invalidité qui tend de plus en plus à purement et simplement évincer les patients psychiques des prestations ont mobilisé les énergies ces dernières années et continuent à faire l'objet des prochains programmes d'action prévus. L'espoir réside de plus en plus l'éveil citoyen et le rassemblement de tous les groupes vulnérables.

BARBARA ZBINDEN

della nostra popolazione.

Il Comitato di redazione dell'INFO ha scelto di dedicare questo numero a questo argomento mettendo in luce esempi di queste nuove discriminazioni che colpiscono i malati psichici. Leggerete nell'articolo di Paolo Pietrini come in Ticino sempre più persone con problemi psichici e di dipendenza assumano metadone e siano escluse dalle prestazioni LAMAL in quanto non in grado di pagare i premi di Cassa Malati.

A Zugo, scrive Yvonne Lüdi nel suo articolo, le prestazioni sanitarie restano garantite in parte per l'intervento dei Comuni in parte per il relativamente basso livello dei premi malattia, anche se la minaccia di sospensione del diritto alle prestazioni resta attuale.

Per molto tempo restate ai margini, ora le organizzazioni d'aiuto e sostegno ai pazienti psichiatrici sono divenute da qualche anno molto attive e presenti nelle organizzazioni che difendono i portatori di handicap. Il presidente di una di queste attiva in Vallese Olivier Salamin descrive le preoccupazioni per le conseguenze di revisioni dell'A.I. che si succedono a cascata con la tendenza in atto a escludere i pazienti psichiatrici dalle prestazioni. A questa situazione sono dedicati le energie e i programmi di lotta futuri nella speranza di riuscire a risvegliare l'interesse e la mobilitazione della cittadinanza e di tutti gli attori coinvolti.

BARBARA ZBINDEN

Psychisch krank und ohne Krankenkasse?

Immer mehr Menschen bleiben die Prämien der obligatorischen Krankenversicherung schuldig. Den daraus entstehenden Verlust muss der Versicherer selbst übernehmen, im Gegenzug kann er jedoch bis zur Bezahlung der Prämien einen Leistungsaufschub verfügen. Aufgrund dieses Leistungsaufschubs müssen weder die Kosten für Behandlungen noch diejenigen für Medikamente übernommen werden, bis die ausstehenden Prämien beglichen sind. Anlässlich der an der vorbereitenden Redaktionssitzung zu dieser Ausgabe von Paolo Cicale geschilderten Verhältnisse im Tessin, fragte ich mich, weshalb ich im Kanton Zug, wo ich in der Stiftung Phönix für Sozialpsychiatrie als Geschäftsleiterin tätig bin, nicht auch schon auf dieses Problem aufmerksam geworden sei. Einen Hinweis auf das Thema Leistungsaufschub und schwarze Listen bei nicht bezahlten Krankenkassenprämien konnte ich bald darauf der Neuen Zürcher Zeitung* entnehmen. Auch im Kanton Zug resultieren demnach laut Auskunft der Gesundheitsdirektion ungefähr 2000 Betreibungen jährlich aufgrund ausstehender Beiträge aus der obligatorischen Krankenversicherung. In Zukunft sollen die Gemeinden die geschuldeten Beiträge übernehmen, aber auch erst dann, wenn aufgrund der Betreibung ein Verlustschein vorliegt.

So weit die kurze Zusammenfassung der Ausgangslage. Mit zwei gezielten Anfragen versuchte ich Informationen zum Thema aus erster Hand zu erhalten. Meine erste Ansprechperson war Dr. med. Magdalena Maria Berkhoff, Chefärztin der Psychiatrischen Klinik Zugersee (PK Zugersee).

Hier kurz das Resultat der Anfrage:

Sind unbezahlte Rechnungen in der PK Zugersee überhaupt ein Problem? Wenn ja, in welchem Ausmass (Schätzung genügt):

Eine Nachfrage bei unserer Patientenadministration zeigte, dass bei den langwierig unbezahlten Klinik-Rechnungen der Anteil derer, die die KK-Bei-

träge nicht bezahlt haben hoch ist, und bei geschätzt ca. 90% liegt. Von etwa 40 Patienten und Patientinnen - bei mehr als 1100 Eintritten pro Jahr - sind derzeit die Rechnungen unbezahlt mit Mahnstopp. In der Summe macht das etwa 110 000 Fr. aus. Hinzu kommen weitere Fr. 50 000, die ausstehend sind, aber evtl. noch beglichen werden.

Was geschieht mit Menschen, welche keine Krankenkassenleistungen mehr erhalten während oder nach einem Klinikaufenthalt?

Für die Planung der Nachbetreuung der Patienten und Patientinnen macht es keinen Unterschied. Bei Austritt wissen wir auch noch nicht, ob die Rechnungen bezahlt werden. Problematisch wird ein ungedecktes Defizit für die Klinik vor allem ab 2012, wenn die neue Spitalfinanzierung in Kraft tritt. Derzeit versuchen wir, mit den Sozialdiensten der Gemeinden Lösungen für die Patienten und Patientinnen zu finden, was im Kanton Zug gut klappt.

Auf Ebene der psychiatrischen Klinik kann die Situation also vor allem ab 2012 zu einem Problem werden, falls ungedeckte Kosten entstehen.

Wie sieht die Situation bezüglich unbezahlter Krankenkassenbeiträge, schwarzer Listen und Leistungsstopp ausserhalb der Kliniken aus?

Dazu habe ich vom Kantonsarzt, Dr. med. Rudolf Hauri, folgende Antwort erhalten:

Nach Rücksprache mit der Stelle, die bei uns für Prämienverbilligungen zuständig ist, kann ich wie folgt antworten: Aufgrund von Abklärungen der Gesundheitsdirektion aus dem Jahre 2007 und zwischenzeitlichen Rückmeldungen ist davon auszugehen, dass der Anteil der Personen mit Leistungsaufschub im Kanton Zug auch heute noch deutlich unter dem schweizerischen Durchschnitt liegt. Folgende Faktoren erklären diesen Unterschied möglicherweise:

1. Vergleichsweise tiefe Prämien: Der Kanton Zug belegt in der Rangliste der prämiengünstigsten Kantone immer noch einen vorderen Platz.

2. Wirksame Prämienverbilligung: Der Kanton Zug erreicht das bundesrätliche Sozialziel in der Prämienverbilligung.

3. Direktauszahlung der Prämienverbilligung an die Versicherer: Die Zuger Prämienverbilligung wird direkt an die zuständigen Versicherer überwiesen. Damit ist eine bestimmungsgerechte Verwendung der Beiträge garantiert.

In dringenden Fällen ist die Versorgung auf Grund der Beistandspflicht gemäss dem Gesetz über das Gesundheitswesen im Kanton Zug sowie der Aufnahmespflicht der Kliniken und Spitäler gemäss kantonaler Spitalliste jederzeit gewährleistet. Mit Bezug auf die Sicherstellung des Versicherungsschutzes sind die Gemeinden und nicht der Kanton zuständig. Zum einen sorgen die Einwohnergemeinden für die Einhaltung der Versicherungspflicht und sind Meldestelle für den Leistungsaufschub. Zum anderen übernehmen die Einwohner- und Bürgergemeinden bei ausgewiesener Bedürftigkeit im Rahmen der Sozialhilfegesetzgebung uneinbringliche Prämien und Kostenanteile der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Der Kanton leistet aber mit der gut ausgebauten Prämienverbilligung einen grossen Beitrag zur Prävention von Prämienausständen. Namentlich werden Bezügerinnen und Bezüger von Sozialhilfe und Ergänzungsleistungen die massgebenden Prämien voll vergütet.

Es erstaunt uns daher nicht, dass Sie bei den Phönix-Betrieben von keinen solchen Problemen wissen. Uns sind auch keine bekannt. Ab nächstem Jahr wird die Situation weiter dadurch entschärft, dass der Leistungsaufschub bei uns nur noch bei Vorliegen eines Verlustscheins (und nicht schon nach dem Fortsetzungsbegehren) verfügt werden kann, und auch dann nur, wenn jemand die aktive Zusammenarbeit mit den Gemeindebehörden verweigert. In vielen

anderen Kantonen entfällt der Leistungsaufschub 2012 sogar ganz.

Die Situation im Kanton Zug scheint also im Gegensatz zu derjenigen im Kanton Tessin nicht prekär zu sein und die dafür angeführten Gründe sind plausibel. Stossend ist und bleibt die offensichtliche Ungleichbehandlung von säumigen Prämienzahlenden in den verschiedenen Kantonen. Zu hoffen ist, dass die Neuregelung ab 2012 zu einer allgemeinen Verbesserung der Situation

führen wird und keine psychisch kranken Menschen aus finanziellen Gründen auf eine adäquate medizinische Unterstützung und Behandlung verzichten müssen.

YVONNE LÜDI

* Neue Zuger Zeitung 2.2.2011 „Auch Zug führt eine schwarze Liste ein“; Freddy Trütsch

Resumé

Cet article a été rédigé à partir d'une petite enquête menée par son auteure dans le canton de Zoug sur la question de la suspension des prestations LAMAL pour cause de non paiement des cotisations. Pour la clinique psychiatrique du canton, c'est surtout à partir de 2012 qu'un déficit non couvert pourrait s'avérer problématique et cela à la suite de l'entrée en vigueur du nouveau mode de financement des hôpitaux. Le médecin cantonal émet quant à lui diverses explications à propos du nombre nettement inférieur à la moyenne suisse des personnes concernées dans le canton de Zoug par une suspension des prestations. En premier lieu, il mentionne le tarif particulièrement bas des cotisations. En effet, Zoug figure toujours en tête de liste des cantons suisses affichant des primes particulièrement peu élevées. En seconde raison, le médecin cantonal cite la réduction efficace de certaines cotisations, réduction qui permet au canton d'atteindre l'objectif social fixé par la Confédération. En troisième explication, il évoque la garantie d'une juste affectation de ces réductions grâce aux versements des subventions allouées directement auprès des assureurs.

Dans les situations d'urgence, la prise en charge est par ailleurs assurée en tous temps sur la base du devoir d'assistance établi par la loi de la santé du canton de Zoug et par l'obligation d'admission assignée aux hôpitaux et aux cliniques du canton selon une liste établie. En ce qui concerne la garantie de la couverture d'assurance, celle-ci n'incombe pas au canton, mais aux communes. Ces dernières contrôlent l'observance du devoir d'affiliation à une caisse-maladie par leurs habitants et servent de relais de signalement en cas de suspension des prestations. En cas de précarité avérée, les communes et les bourgeoisies sont tenues selon la loi sur l'aide sociale de subvenir aux frais de cotisations et de franchises des citoyens concernés. A partir de 2012, la situation sera encore davantage sous contrôle dans la mesure où la suspension des prestations ne pourra être prononcée uniquement à l'émission d'un acte de défaut de biens et dans le cas seulement où une personne refuserait une collaboration active avec les autorités communales. Dans de nombreux autres cantons, la suspension des prestations sera même totalement supprimée dès 2010.

Riassunto

Con un breve indagine ho cercato di inquadrare il problema della copertura assicurativa obbligatoria sospesa nel canton Zugo, dovuto ai premi o delle partecipazioni non pagati.

Per la clinica psichiatrica "Zugensee" questo deficit non coperto potrebbe rivelarsi un problema, soprattutto a partire dal 2012, quando entra in vigore in nuovo finanziamento ospedaliero.

Il medico cantonale indica i fattori che possono spiegare perché la percentuale dei assicurati sospesi è ancora oggi nettamente sotto la media svizzera:

Primo i premi delle CM relativamente bassi: Il canton Zugo ricopre nella classifica dei cantoni meno costosi ancora il primo posto.

Secondo la efficace riduzione dei premi: Il canton Zugo raggiunge il traguardo sociale del consiglio federale nella riduzione dei premi.

Terzo il rimborso diretto della riduzione agli assicuratori: La riduzione dei premi viene girato direttamente all'assicuratore competente. Così si garantisce un utilizzo che torna a profitto dell'assicurato.

In casi d'emergenza l'assistenza sanitaria è garantita secondo la legge sanitaria del canton Zugo e l'obbligo di assistenza delle cliniche e degli ospedali secondo la lista cantonale degli ospedali. La garanzia della copertura assicurativa è compito dei comuni e non del cantone. Da una parte i comuni si occupano dell'osservanza dell'obbligo di assicurazione malattia e sono il punto di notifica per gli assicurati sospesi. D'altra parte sono i comuni o municipi che si assumono, nell'ambito della legge sull'assistenza sociale, in caso di approvato bisogno, i premi non recuperabili e la partecipazioni ai premi stessi.

A partire dal 2012 la situazione si appianerà ulteriormente, in modo che la sospensione della cassa malattia può essere ordinato solamente in caso di attestato di carenza beni e anche in questo caso solo se l'assicurato rifiuta la collaborazione con le autorità comunali. In molti altri cantoni la sospensione delle prestazione diventerà completamente inapplicabile.

I Pazienti morosi....un fenomeno crescente...cosa facciamo?

Un operatore sociale racconta...

Dal 1 gennaio 2006 le compagnie di assicurazione malattia sono state svincolate dall'obbligo di garantire le prestazioni LAMal agli utenti morosi. Da allora un numero sempre più elevato di nostri utenti è stato interessato dalla sospensione delle prestazioni. Il fenomeno ha presto assunto dimensioni preoccupanti, tanto da indurre l'Istituto delle assicurazioni sociali (IAS) ad introdurre una serie di provvedimenti per favorire il ripristino delle prestazioni sanitarie, in alcuni casi anche attraverso il pagamento dei crediti scoperti. Prima del pagamento l'IAS stimola il ricorso ad un rappresentante legale (tutore, curatore,...). Nei casi di difficoltà nella gestione amministrativa anche alcune associazioni ed enti che seguono casistiche particolarmente problematiche (Antenne, Lega ticinese contro il cancro, Pro Infirmus, Pro Senectute, etc..) sono state invitate a svolgere il ruolo di "garanti sociali" e quindi a provvedere, in accordo con l'utente, ai pagamenti degli oneri LAMal.

Cosa succede quando un utente che riceve il blocco delle prestazioni si rivolge al nostro servizio chiedendo una cura sanitaria? La risposta dipende dalla portata del debito, dalla fonte di sostentamento dell'utente e da quale tipo di prestazioni viene richiesta.

Ad oggi possiamo garantire il trattamento metadonico anche a utenti che abbiano le prestazioni Cassa malati sospese; questo consente di intervenire tempestivamente con una cura che altrove non sarebbe più garantita e che solo pochi tra i nostri utenti potrebbero pagare di tasca propria. All'utente viene comunque chiesta la collaborazione per avviare quanto necessario al ripristino della copertura assicurativa.

Se l'interessato ha contratto un debito di lieve entità e la sua fonte di sostentamento glielo consente, la cosa migliore è quella di tentare di accordarsi per un piano di rientro direttamente con l'Assicurazione Malattia. In caso di utente al beneficio delle prestazioni assistenziali, gli uffici competenti inter-

vengono con un anticipo fino a max 3'000.- CHF, che verranno trattenuti ratealmente dalle prestazioni mensili. Se il debito è contenuto, in alcuni casi si può tentare di chiedere un contributo a Enti benefici o ad Associazioni, come ad esempio la Pro Infirmis. Sono questi i casi di utenti che hanno iniziato a contrarre il debito da un periodo di tempo relativamente breve, che magari arrivano al servizio con le cose a posto e che ricevono la sospensione nel corso della cura..

Se invece, la situazione debitoria è importante e non può essere affrontata con risorse personali, né con i supporti sopra citati, si attiva l'intervento diretto dello IAS

Affinchè lo IAS prenda in considerazione l'entrata nel merito della copertura del debito con l'Assicurazione Malattia

devono sussistere le seguenti condizioni minime:

- L'utente deve essere interessato al blocco delle prestazioni
- L'utente deve avere necessità di cure
- L'utente deve essere impossibilitato a far fronte al debito contratto con l'Assicurazione Malattia a causa della mancanza di risorse economiche proprie
- L'utente deve aver versato all'Assicurazione Malattia i debiti (premi e partecipazioni) relativi ai 5 mesi precedenti la richiesta di risanamento.

Se le condizioni suddette sono soddisfatte, il nostro servizio inoltra la richiesta inviando una dichiarazione con la quale:

- segnala che la persona in oggetto è soggetta a sospensione delle prestazioni LAMal

Zusammenfassung

Seit die Krankenversicherer von der Pflicht befreit wurden die Versicherungsleistungen nach KVG für nicht zahlende Mitglieder zu garantieren, versorgen unsere Polikliniken für Methadonabgabe immer mehr Patienten deren Leistungen blockiert sind. Aus diesem Grunde hat das Sozialversicherungsamt Bedingungen geschaffen die es den Versicherern erlauben die Einstellung der Versicherungsleistungen zurückzunehmen. Das Sozialversicherungsamt verlangt das Einsetzen eines „Garanten“ (z.B. Beistand oder Sozialarbeiter) der eine erneute Verschuldung, nach Begleichung der ausstehenden Summe bei der Krankenkasse, in Zukunft verhindert. Je nach Höhe des Betrages und der Art der Erwerbsquelle des Patienten bestimmen unsere

Sozialarbeiter welchen Dienst oder welches Amt des sozialen Netzwerkes aktiviert werden soll.

Handelt es sich um einen niedrigen Betrag und die Erwerbssituation des Antragstellers erlaubt es, bietet es sich an direkt mit der Krankenkasse ein Abkommen zur Abzahlung der Schulden zu treffen. Ist eine der beiden genannten Faktoren nicht vorhanden, wenden sich unsere Mitarbeiter an das Sozialamt oder andere soziale Organisationen (z. B. Pro Infirmis).

Handelt es sich hingegen um einen grösseren Betrag, der nicht mit persönlichen Mitteln, mit Hilfe des Sozialamtes oder anderen sozialen Organisationen beglichen werden kann, wird die Intervention des Sozialversicherungsamtes in Betracht gezogen.

- attesta che la persona in oggetto è seguita dal nostro servizio per quanto riguarda il disbrigo delle pratiche di riattivazione delle prestazioni della Assicurazione Malattia

- segnala, ed eventualmente documenta, che la persona in oggetto non è in grado di far fronte con risorse proprie al debito contratto con la sua Assicurazione Malattia

- comunica la disponibilità della persona a versare mensilmente una certa somma (100 chf è la richiesta standard) a titolo di rimborso.

- trasmette certificato medico che attesta la necessità di cura.

In attesa del responso dello IAS, che a questo punto è solo una formalità, viene chiesto all'utente di impegnarsi formalmente con noi nel mantenere gli impegni presi e di autorizzarci con la sua Assicurazione Malattia a ricevere tutta la documentazione relativa a premi e partecipazioni; inoltre viene informato del fatto che, se tali impegni non saranno mantenuti, il servizio lo comunicherà direttamente agli uffici competenti.

Se la decisione sarà positiva, lo stesso IAS darà comunicazione scritta

all'Assicurazione Malattia di voler entrare nel merito del pagamento del debito dell'utente chiedendo alla stessa di presentare i conteggi. All'atto del primo versamento il blocco delle prestazioni viene revocato.

Relativamente al servizio ambulatoriale dove opero, nell'ultimo anno la percentuale degli utenti presi a carico con sospensione delle prestazioni LAMal si attesta intorno al 25%, di questi il 60% ha poi ottenuto la revoca della sospensione. Rileviamo inoltre che il flusso di utenti morosi provenienti dagli studi medici è in continuo aumento e che le farmacie, in genere, sono poco disponibili a fornire la cura sostitutiva in mancanza di copertura assicurativa.

Infine, i pochi casi di reiterato blocco delle prestazioni sono relativi a quei soggetti che non hanno mantenuto il seguito amministrativo presso di noi, dopo il risanamento della situazione.

PAOLO PIETRINI

Operatore Sociale presso Antenna Icaro – Locarno. Laureato in Scienze dell'Educazione
paolo.pietrini@ticino.com

Résumé

Depuis que la LAMAL a libéré les assurances-maladie de l'obligation de garantir les prestations de base aux assurés qui ne paient pas leurs cotisations, nos polycliniques administrent de plus en plus fréquemment de la méthadone aux patients dont les prestations sont bloquées. C'est pourquoi, le service des assurances sociales du canton du Tessin a créé les conditions qui permettent aux assureurs de révoquer la cessation des prestations. Le service des assurances sociales exige alors l'engagement d'un garant (p.ex. un tuteur ou un travailleur social), qui empêche, après le règlement du montant impayé auprès de la caisse maladie, un nouvel endettement à moyen et long terme. Selon le montant de la somme due et selon le type de revenu du patient, nos travailleurs sociaux

vérifient quel est le service ou l'office du réseau social qui doit être interpellé.

S'il s'agit d'un montant relativement bas et que la situation financière du requérant le permet, la pratique consiste à négocier directement avec la caisse maladie un arrangement pour le paiement des arriérés. Si une de ces deux conditions n'est pas remplie, nos travailleurs sociaux s'adressent à l'aide sociale publique ou à des organisations sociales privées (p.ex. Pro Infirmis).

S'il s'agit par contre d'une dette conséquente et qui ne peut être réglée ni par des moyens personnels, ni par l'aide sociale ou une organisation privée, c'est l'office des assurances sociales qui intervient.

La 6ème révision m'a tuer¹

Forum Handicap Valais a tissé, dès ses origines, un lien particulier avec ses partenaires du handicap psychique. Sous la forme d'un regroupement informel dès les années nonante, associations et institutions se sont ainsi réunies selon l'urgence de l'actualité (initialement autour du manque de structures pour le maintien à domicile, puis lors des révisions successives de l'AI notamment...). Largement soutenu et porté par la Fondation Emera, le Forum valaisan a bénéficié d'une « paternité » qui n'est sans doute pas étrangère au lien privilégié qui l'unit aux préoccupations des personnes atteintes dans leur santé psychique et/ou des professionnels et des proches qui les accompagnent.

Forum Handicap Valais est ainsi parvenu à réunir pour réagir.

Il a toutefois aussi proposé nombre de projets, dont nous pouvons citer en exemple « Tous à bord » qui avait pour but de centraliser les informations sur les actions concernant le handicap dans les écoles (prestations de sensibilisation et de formation en particulier).

Emera, la Coordination romande des associations d'action pour la santé psychique (Coraasp), l'Association valaisanne d'entraide psychiatrique (AVEP), plus récemment l'Association valaisanne des proches de personnes souffrant de schizophrénie (Synapse-spoir) - qui, nous l'espérons, rejoindra prochainement les rangs du Forum - ont ainsi porté des messages forts en tant que représentants des personnes handicapées psychiques :

autour du combat que nous devons mener ensemble contre le démantèlement progressif de nos acquis sociaux;

pour les voies du dialogue, de l'échange, de la sensibilisation et de la formation qui sont devenues nos canaux de communication privilégiés.

Historiquement, cet élan a été largement transmis puisque d'autres Forums ont vu le jour et se sont d'emblée constitués en associations dans l'ensemble des cantons romands.

En 2009, Forum Handicap Valais s'est largement mobilisé et a fait une campagne remarquée pour le financement additionnel de l'AI par une augmentation progressive de la TVA. Le volume des partenaires représentés a pesé de tout son poids et il est devenu évident à partir de cette action que notre groupe avait à se structurer et à se donner un cadre juridique clair.

C'est à la date symbolique du 3 décembre 2010, journée placée par l'ONU sous le signe de l'inclusion scolaire (dans l'actualité d'un programme politique qui venait de mettre en question le bien-fondé de l'intégration) que Forum Handicap Valais s'est constitué en Association. 30 représentants d'associations et d'institutions ont ainsi défilé devant les autorités pour signer le procès-verbal de l'Assemblée constitutive, pour affirmer leur présence et défendre les intérêts de leurs membres.

Les prochains combats ne vont pas manquer...

Avons-nous su tirer les leçons du passé ?

Si nous reprenons le déroulement de la 5^{ème} révision AI, nous devons relever que les groupements concernés par le handicap psychique étaient déjà nos membres les plus ré-actifs. Le Forum était alors divisé et n'avait finalement pas pris position, plusieurs institutions soutenant la 5^{ème} révision. Une moitié de ses membres avait alors choisi à titre individuel de s'opposer publiquement à la révision, mais les moyens et les forces avaient singulièrement manqué...

Dans une de ses interventions, Stéphane Rossini avait alors secoué les milieux du handicap en affirmant qu'il ne fallait pas pleurer à présent si les aides aux conjoints, par exemple, avaient purement et simplement passé à la trappe... De nombreuses personnes ont en effet contacté les associations car elles

ne comprenaient pas pourquoi elles devaient soudain renoncer à leurs acquis, alors même qu'elles n'avaient pas combattu la 5^{ème} révision.

C'est que la Suisse penche dangereusement sur la droite de l'échiquier politique et les intérêts défendus ne sont pas ceux des personnes qui sont atteintes dans leur intégrité. La stratégie qui consistait à « diviser pour mieux régner » a porté ses fruits sous couvert de négociations « donnant-donnant » qui devaient nous permettre d'obtenir le financement complémentaire de l'AI.

On nous sert aujourd'hui un plat réchauffé, construit dans un même esprit qui divise les milieux du handicap sous prétexte qu'il y a à négocier des concessions pour sauver des droits durement gagnés.

Les 6^{èmes} révisions sont choquantes²

Coincé par l'opportunité d'inscrire dans la LAI le budget d'assistance qui devrait permettre à 3'000 rentiers de gagner en autonomie, on prévoit de nous sucrer 12'500 rentes pleines (17'000 personnes concernées) en commettant l'irréparable, soit en désignant des catégories de personnes qui n'auront plus droit à notre assistance.

Les personnes qui souffrent d'un handicap psychique sont dans le collimateur d'un monde politique qui veut « voir pour croire » et qui n'arrive pas à sortir de la logique contemporaine de l'évaluation³, qui, en s'appuyant sur le discours des experts et la terminologie scientifique, fait le lit des courants qui prônent la suspicion et la défiance, niant dans le même mouvement tous les progrès accomplis et l'équilibre social qui découle d'une intégration réussie.

Notre amour de la différence se heurte au mur de la haine de la différence, les révisions sont opérées à la pelle mécanique, les nivellements sont annoncés par les mêmes personnes qui nous proposent comme avenir une régression vers une école qui ne saurait plus faire avec les plus fragiles de nos enfants...

Un seul objectif : supprimer des rentes

Ce qui est troublant (et rageant), c'est que le gouffre de la dette de l'AI devient, sans qu'on ne cherche de responsabilité - ni qu'on ne désigne les responsables - un prétexte à supprimer les prestations.

On oublie un peu vite que les milieux économiques et politiques ont largement profité d'un système qui a pris en charge les exclus du banquet capitaliste. Sans autre procédé et sous de grandes appellations (les troubles somatoformes), on exclura d'emblée dès l'année prochaine les personnes qui souffrent de fibromyalgie, du coup du lapin, de fatigue chronique, etc.

Les personnes avec un syndrome « sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique » (pour ainsi dire toutes les maladies psychiques) ont été ajoutées en catimini, mais devraient faire l'objet d'une liste d'exceptions. Nous devons pour le moment croire Didier Burkhalter - qui n'a donné que sa parole - sur le fait que les rentes des personnes qui souffrent de handicap psychique ne seront pas touchées!

Face à ces menaces, nous ne pourrions plus simplement dire que nous ne savions pas : la machine est en route. Le choix des faïtières de ne pas aller au referendum déçoit, il y a des impasses desquelles il est vraiment difficile de sortir...

Le durcissement de l'aide sociale en Valais

Les inquiétudes de notre Forum dépassent le cadre strict du handicap et s'étendent aux personnes exclues en général. Ainsi, le jeune politicien Philippe Nattermod, candidat aux prochaines élections nationales et qui compte de nombreux amis sur Facebook, a-t-il déposé sans sourciller une initiative qui non seulement discrédite le travail effectué par les travailleurs sociaux mais qui prône un remède qui a des allants historiques effrayants, je cite : l'astreinte au travail pour en réapprendre les valeurs, le lever de bon matin et l'obéissance à la hiérarchie...

Cette initiative a finalement été reti-

rée au profit d'un contre-projet jugé « plus que satisfaisant » par les initiants étant donné que l'astreinte au travail et les sanctions ont été incluses dans la révision. Le Nouvelliste titrait d'ailleurs dès le lendemain : « Durcissement de l'aide sociale en Valais ». Dans le Grand Conseil, nous n'avons été que deux à refuser le contre-projet en première lecture, car la peur est à présent systématiquement au rendez-vous. On ose plus dénoncer, on se sent obligé de réduire, de compresser. On applique au social des règles qui doivent bien faire sourire nos milieux bancaires.

Il s'agit dès lors de voir sur quels piliers nous voulons appuyer notre Confédération helvétique.

Une stigmatisation inacceptable

Sans le moindre tabou, dans un contexte qui exige de la transparence (mais sur quoi ?), on désigne les abuseurs - ils sont

partout - et on cible les handicaps qui ne se voient pas.

Les exigences envers les employeurs sont nulles, et des propositions incitatives comme celle de quotas dans les grandes entreprises - qui ont allègrement surfé sur la crise annoncée - n'ont toujours aucune chance de passer la rampe de notre parlement.

Plus de remboursements pour les lunettes, plus pour les couches des indigents, les ordonnances se multiplient et empruntent des chemins « discrets » et autocratiques derrière l'étendard des révisions en cours. L'OFAS n'a pour seul indicateur qu'une diminution de l'octroi des nouvelles rentes, on fera décidément dire n'importe quoi aux chiffres. Tiens ! rien sur le résultat des mesures d'intégration - hormis les coûts supplémentaires pour la mise en place des mesures - et rien encore sur les transferts de charge vers l'aide sociale : les cantons et les communes apprécieront...

Riassunto

In quest'articolo l'autore, dopo aver descritto i rapporti fra la realtà dell'handicap psichico e il Forum Handicap Valais, parla di come associazioni e istituzioni attive nel campo abbiano deciso di unirsi per contrastare il processo in atto di smantellamento delle assicurazioni sociali. La quinta revisione della legge sull'A.I. è entrata in vigore da poco ingenerando divisioni fra i partner coinvolti e attualmente nuove discussioni su provvedimenti sono in corso fra l'interesse per iscrivere nella legge il budget d'assistenza e l'individuazione di categorie d'assicurati che perderanno il diritto alla rendita (le camere hanno approvato la prima parte della 6a revisione della legge nel mese di marzo 2011). L'handicap « invisibile » delle persone con malattie psichiche rientra nel progetto di riduzione delle prestazioni senza alcun provvedimento supplementare. Il criterio di soppressio-

ne del diritto alle prestazioni dell'Assicurazione Invalidità « senza patogenesi e eziologia chiaramente dimostrabile e senza obbiettivazione di un deficit organico » risulta particolarmente preoccupante. Diversi ambiti dell'azione sociale e della sanità si trovano così confrontati con un irrigidimento concettuale che porta con sé nuove e inaccettabili stigmatizzazioni. In questo contesto è dunque più che mai necessario unire le forze per difendere la causa dei portatori di handicap sviluppando strategie d'azione che informino correttamente la popolazione delle conseguenze che avranno le misure proposte dalla politica a Berna.

L'heure des comptes

Qu'allons-nous pouvoir proposer d'autres qu'une légitime défense face aux attaques qui déferlent de toute part ?

En cette année électorale, Forum Handicap Valais planche sur deux projets concrets. Un premier qui vise avec la Commission cantonale pour les personnes handicapées et les Instituts psychiatriques du Valais romand (IPVR) à mettre sur pied une journée d'analyse des mécanismes de la défiance et de la suspicion.

Un second qui imagine la publication des signatures et abstentions des élus (et candidats) à une charte qui demande explicitement : qui a voté pour la 6a, ce qui sera voté pour la 6b et les opinions sur les ordonnances en cours.

Notre responsabilité consiste à élire à Berne des personnes qui n'accepteront jamais une 6b proprement scandaleuse.

OLIVIER SALAMIN,
président Forum Handicap Valais. olivier.salamin@asavalais.ch

1 Omar Raddad est le jardinier marocain qui a été condamné en 1994 à 18 ans de réclusion pour le meurtre présumé d'une de ses clientes. L'orthographe de la phrase écrite en lettres de sang sur la porte de la cave (« Omar m'a tuer ») avait donné lieu à un procès très médiatisé, puis en 1996 à une grâce partielle accordée par le président Jacques Chirac. La version phrasée a plus récemment été parodiée par A. des Isnards en 2008: « L'open space m'a tuer » et au mois de mars de cette année avec: « Facebook m'a tuer ».

2 Alors que le bilan de la 5ème révision n'est pas encore tiré, le parlement a entériné la première partie de la 6ème révision de l'AI (6a). Il délivrera au mois de mai prochain un message sur la deuxième partie de cette révision (6b) dont le traitement est annoncé en octobre prochain.

3 J.-A. Miller, J.-C. Milner. 2004. Voulez-vous être évalué?. Paris: Grasset (où comment la société traitera-t-elle le malaise qu'elle provoque elle-même...)

Zusammenfassung

Das Behindertenforum des Kantons Wallis hatte von Anfang an einen guten Draht zu den institutionellen Partnern, welche die Anliegen psychisch beeinträchtigter Menschen vertreten. Der Autor zeigt auf, wie sich die verschiedenen Akteure im Behindertenbereich zusammengeschlossen haben, um dem drohenden Leistungsabbau bei den Sozialversicherungen entgegenzutreten. Die 5. IV-Revision hat das Behindertenforum trotz unterschiedlicher Haltungen der Partnerorganisationen gemeinsam überstanden. Auch bezüglich der 6. IV-Revision existieren verschiedene Interessen, einerseits befürworten viele die vorgesehenen Assistenzbudgets, andererseits ist ein Teil der heutigen IV-RenterInnen davon bedroht, die Rente zu verlieren (der erste Teil der 6. IV-Revision wurde von den Räten im März verabschiedet). Der nicht sichtbaren Behinderung von Personen,

welche an einer psychischen Krankheit leiden, wird mit einem Modell begegnet, welches einzig darauf hinzielt, Leistungen zu kürzen, ohne praktikable Lösungsvorschläge anzubieten. Besonders alarmierend ist, dass in Zukunft für eine Rentensprechung eine klare Pathogenese und Ätiologie sowie die Feststellung eines organischen Schadens vorliegen müssen. Verschiedene Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens sehen sich einer Verschlechterung gegenüber, welche neue inakzeptable Stigmatisierungen nach sich ziehen wird. Mehr denn je ist es wichtig, sich zusammen zu schliessen, um die Sache der Menschen mit Beeinträchtigungen zu verteidigen und Aktionen zu starten, um die Bevölkerung davor zu warnen und darüber aufzuklären, welche Risiken mit den letzten in Bern ausgearbeiteten Massnahmen und Plänen einhergehen.

Bericht aus dem ZV

Rapport du comité central

Rapporto del comitato centrale

Die Sitzungen des Zentralvorstands beginnen meist mit einem Austausch aus den Regionen – einer sozialpsychiatrischen Standortbestimmung gewissermassen. Oft dominieren kritische Anmerkungen, so beschäftigt auch uns z.B. das Verschwinden der sozialpsychiatrischer Lehrstühle und die Frage, wie und wo Sozialpsychiatrie in Zukunft gelehrt werden wird. Daneben stehen aber auch Hinweise, dass es vielerorts und oft wenig wahrgenommene Initiativen und Projekte gibt, die eine subjektorientierte, vernetzte und recoveryorientierte Arbeit fördern, Projekte, welche die Beziehung zum Gegenüber ins Zentrum stellen.

Der ZV möchte Austausch und Vernetzung unter seinen Mitgliedern und mit anderen an sozialpsychiatrischem Handeln interessierten Personen fördern. Dazu gehört auch die Mitarbeit in anderen Organisationen, wie dem Stiftungsrat der Pro Mente Sana, die mit einem neuen Geschäftsführer neue Dynamik entfaltet. Das Aktionsbündnis psychische Gesundheit – ein Zusammenschluss von gesamtschweizerisch tätigen Organisationen mit dem Ziel einer gemeinsamen Vertretung zentraler Anliegen zu Gunsten der psychischen Gesundheit startete eine gesamtschweizerische Petition. Der ZV lädt alle Mitglieder ein, die Petition „Für uns alle – gegen Ausgrenzung“ zu unterzeichnen (www.aktionsbueundnis.ch).

Direkter und rascher seine Mitglieder informieren zu können, ist ein weiteres Anliegen. Vernetzung anstossen bedeutet, Personen direkt anzusprechen. Interessiert aufgenommen wurden darum Erfahrungen aus der Romandie, wo sich zu verschiedenen Themen lokale Austauschgruppen gebildet haben. Die Sektionen werden aufgefordert, die e-mail-Adressen ihrer Mitglieder zu erfassen, damit rascher und kostengünstiger in-

La plupart des réunions du comité central débutent par un échange entre les sections régionales, une sorte d'état des lieux de la psychiatrie sociale. Souvent s'expriment alors des constats critiques, nous sommes p.ex. préoccupés par la disparition de la chaire de psychiatrie sociale et nous nous demandons comment et où la psychiatrie sociale peut être enseignée à l'avenir. Mais, nous y relevons également les indications d'initiatives et de projets qui existent dans divers endroits sans être véritablement connus et qui stimulent le travail en réseau et de réseautage, qui sont orientés sur le sujet et dont la stratégie place la relation à l'autre au centre.

Le comité central souhaite favoriser les échanges et la mise en réseaux entre ses membres et avec d'autres acteurs intéressés par les pratiques de psychiatrie sociale. La collaboration avec d'autres organisations en fait aussi partie, telle celle avec le conseil de fondation de Pro Mente Sana, qui développe une nouvelle dynamique avec un nouveau directeur. L'Alliance Santé Psychique Suisse, une coalition d'organisations de portée nationale et dont le but est une représentation commune des revendications centrales en faveur de la santé psychique initia une pétition nationale. Le comité central invite tous les membres à signer la pétition « Pour nous tous- contre la marginalisation » (www.aktionsbueundnis.ch)

Une autre intention consiste à informer de manière plus efficiente et plus rapide nos membres. Encourager le réseautage implique de s'adresser aux personnes de manière plus directe. C'est pourquoi, nous avons accueilli avec intérêt des expériences menées en Romandie, où se sont constitués des groupes locaux d'échanges sur des thèmes divers. Les sections sont invitées à saisir les adresses internet de leurs

La maggior parte delle riunioni del comitato Centrale inizia con uno scambio d'informazioni e suggestioni che arrivano dalle nostre tre sezioni che costituisce un bilancio aggiornato della situazione in psichiatria sociale. Spesso vengono espresse preoccupazioni e in particolare per la soppressione delle cattedre universitarie ci si chiede come potranno essere insegnati in futuro i principi psichiatrico sociali. D'altra parte elementi positivi sono dati da numerose iniziative e progetti, forse non abbastanza conosciuti, che esistono in ambito riabilitativo e interdisciplinare e sono centrati sull'utente e riconoscono grande importanza alla relazione intersoggettiva.

Il comitato centrale desidera implementare gli scambi e la messa in rete dei saperi e dei progetti in cui sono attivi i suoi soci nonché favorisce il coinvolgimento e il dialogo con tutti coloro che sono attivi e interessati alla cultura psichiatrico sociale. In tal senso promuoviamo fattivamente la collaborazione con il Consiglio di fondazione di Pro Mente Sana (in questo periodo in una fase di rinnovamento dinamico con un nuovo direttore) e con l'Alliance Santé Psychique Suisse; organizzazione nazionale mantello che si propone di rafforzare attraverso rivendicazioni comuni coordinate le azioni in favore della salute psichica. A questo proposito il Comitato Centrale vi invita a firmare la petizione nazionale « Pour nous tous- contre la marginalisation » (www.aktionsbueundnis.ch)

Fra le altre questioni sul tappeto vi è l'intenzione per il futuro d'informare i nostri soci con maggiore efficienza e rapidità. Avvicinare le persone alla nostra società implica, infatti, trovare metodi per comunicare più diretta-

formiert und vernetzt werden kann. Eine Arbeitsgruppe erarbeitet auch einen Vorschlag für ein neues nationales WEB-Portal als Einstieg zu den Webseiten der Sektionen, so dass andere Interessierte sich besser orientieren können.

Änderungen zeichnen sich auch beim INFO ab. In der Deutschschweiz liegt das Info der ‚Sozialen Medizin‘ bei, die auch das INFO produziert. Diese Zeitschrift wird nur noch bis Ende Jahr in Papierform erscheinen. Der ZV prüft, ob das INFO auch 2012 – nun wieder unabhängig – in der gewohnten Form erscheinen kann. Parallel werden aber auch wir uns alternative Formen – sei es als elektronisch verbreitete Zeitschrift oder als kontinuierlich aktualisierter Newsletter sowie andere Varianten überlegen.

Traditionelle Aufgabe der SGSP im Bereich Anstoss und Vernetzung sind immer wieder Tagungen zu aktuellen Themen. „Andere Vorstellungen – Transkulturelles in der Sozialpsychiatrie“ ist das Thema der gesamtschweizerischen Tagung an der UPK in Basel am 11.11.2011. Beiträge in allen Landessprachen (und Simultanübersetzung) spiegeln Transkulturelles auch in der Schweiz.

Auch 2012 steht eine Grenzen überschreitende Veranstaltung an. Die SGSP wird in Genf eine europäische Tagung in Zusammenarbeit mit der *World Association of Social Psychiatry (WASP)* organisieren. Wir haben bereits im letzten Bericht davon gesprochen. Yasser Khazaal und François Ferrero werden bei der Planung inzwischen auch von Norman Sartorius aktiv unterstützt. Geplant ist eine Tagung, die konkrete Handlungsimpulse geben soll. Wir laden alle Mitglieder ein, das Datum vom 5./6. Juli 2012 bereits zu reservieren. Die Jahrestagung 2013 wird dann – mit leicht verschobenem Rhythmus – im Tessin stattfinden.

THOMAS RÜST, AKTUAR

membres, afin de pouvoir communiquer avec eux de manière plus rapide et moins coûteuse. Un groupe de travail est également mandaté pour élaborer une proposition d'un nouveau portail internet national et dont les entrées vers les sites des sections seraient facilitées, afin d'y orienter plus directement les visiteurs intéressés.

Des changements sont également annoncés du côté du journal INFOS. En Suisse alémanique, le bulletin est publié dans le magazine Soziale Medizin, qui ne sera diffusé en version papier que jusqu'à la fin de cette année. Le comité central évalue la justification de revenir en 2012 à une diffusion autonome et en format papier. Nous devons aussi étudier en parallèle l'opportunité de formes alternatives, notamment celles d'un journal diffusé plus largement de manière électronique ou la publication continue de newsletters actualisées ou d'autres variantes encore.

La mission traditionnelle de la SSPS dans le domaine de la promotion et du réseautage se concrétise aussi par l'organisation de journées annuelles sur des thèmes d'actualité. « Autres représentations- la dimension transculturelle en psychiatrie sociale » est le thème de la journée nationale qui aura lieu le 11.11.2011 à Bâle, à la polyclinique universitaire.

En 2012, aura lieu une manifestation allant également au-delà de nos frontières. La SSPS organise en effet à Genève, en collaboration avec la World Association of Social Psychiatry (WASP), un colloque européen. Nous en avons déjà parlé dans le précédent bulletin d'information. Yasser Khazaal et François Ferrero sont activement soutenus dans cette organisation par Norman Sartorius. Le colloque prévoit de donner des impulsions concrètes pour les pratiques. Nous invitons tous les membres à réserver dès maintenant les dates des 5 et 6 juillet 2012. La journée annuelle 2013 aura lieu, avec un léger décalage dans le rythme annuel, au Tessin.

THOMAS RÜST, ACTUAIRE.

mente ed é stata in tal senso valutata con interesse l'iniziativa romanda di istituire gruppi d'interesse tematico rivolti a persone attive in affini ambiti d'interesse. Le sezioni sono state invitate ad aggiornare il più possibile il proprio indirizzario internet dei soci al fine di comunicare meglio e con meno costi. Un gruppo di lavoro si occuperà inoltre di rinnovare il portale internet centrale armonizzandolo con quelli delle sezioni linguistiche.

Un altro cambiamento di rilievo riguarda il nostro giornale che nella versione tedesca veniva inserito come inserto nel periodico Soziale Medizin che cesserà la pubblicazione cartacea a fine 2011. Il comitato Centrale ha deciso che l'INFO uscirà per il 2012 come di consueto in edizione cartacea mentre in contemporanea la redazione e il Comitato Centrale valuteranno le opzioni future per la sua distribuzione, fra cui quella della forma elettronica, la spedizione di newsletter ecc.

Quest'anno nell'ambito delle nostre attività tradizionali segnaliamo la giornata nazionale SSPS organizzata dalla Sezione tedesca su un tema particolarmente attuale quale quello della transculturalità in psichiatria sociale. Il convegno avrà luogo l'11.11.2011 a Basilea, presso il policlinico universitario.

Nel 2012, infine, un altro appuntamento importante e di dimensioni internazionali avrà luogo a Ginevra: La SSPS organizza in collaborazione con la World Association of Social Psychiatry (WASP), il convegno europeo come avevamo preannunciato nel numero precedente. Yasser Khazaal et François Ferrero si avvalgono del prezioso aiuto di Norman Sartorius per la sua organizzazione. Questo importante appuntamento si propone di fornire ai partecipanti idee e impulsi positivi per la loro pratica quotidiana. Il Comitato Centrale vi invita a riservare fin d'ora le date del 5 e 6 luglio 2012. In ragione di quest'appuntamento europeo la giornata nazionale inizialmente prevista in Ticino per l'anno prossimo si svolgerà nella Svizzera italiana nel 2013.

THOMAS RÜST, VERBALISTA.

Jahrestagung der SGSP 2011 | Journée annuelle de la SSPS 2011 Convegno annuale de la SSPS 2011

«Andere Vorstellungen – Transkulturelles in der Sozialpsychiatrie»

« Conceptions différentes – Le trans-culturelle dans la psychiatrie social »

11. November 2011, UPK Basel | Vorträge und Workshops
09.00 bis 17.00 Uhr

mit u.a. PD Dr. med. Roland Vauth, Basel,
Dr. med. Jean Claude Metraux, Lausanne,
Dr. med. Gea Besso Sgarbossa, Lugano

Details siehe www.sgsp.ch

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-Informationen (Jahresabonnement: Fr. 20.-)

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

Senden an / Envoyer au / Spedire a:

Sekretariat AKI5, Juravorstadt 42, 2503 Biel
Sekretariat SSPS, p.a. Association Pro Mente Sana, Rue des Vollandes 40, 1207 Genève
Società Svizzera di psichiatria Sociale, c/o studio Dr. G. Enderlin, via Piotta 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



“ Ich denke, es wäre wichtig, positive Vorbilder von alten Menschen zu schaffen. Barbara Hiss

Fortsetzung von Seite 28

Alte Menschen werden in unserer Gesellschaft abgewertet, etwa durch die Diskussion über die Gesundheits- und Sozialkosten. Unsere Gesellschaft nimmt kaum wahr, was ältere Menschen alles leisten, an ehrenamtlicher Tätigkeit, Enkelbetreuung, Nachbarschaftshilfe, politischem Engagement, im Gemeinwesen und in der gegenseitigen Unterstützung/Pflege des Partners/der Partnerin. Andere Kulturen sind eher achtsamer gegenüber dem Alter, obwohl sich auch da Veränderungen zeigen. Wir betonen Leistungsfähigkeit und Status sehr stark, was für alle Men-

schen jung und alt, die nicht so leistungsfähig sind, zur Belastung und zur Entwertung führt.

Hiss: Hier sehe ich ebenfalls einen Mangel unserer Gesellschaft, dass sie den Wert des Menschen vorwiegend über die Leistung definiert. Positive Altersrollen gibt es wenige. Wenn an einen Menschen keine Anforderungen gestellt werden, wird er in unserer Gesellschaft entwertet. Ich denke, es wäre wichtig, positive Vorbilder von alten Menschen zu schaffen.

Saner: Die Problematik von Leistungsfähigkeit und Selbstwert beschäftigt viele psychisch kranke Menschen ja schon vor Erreichen des Pensionsalters,

weil sie schon dann oft von einer Invalidenrente leben und sich ausgeschlossen fühlen.

Spöndlin: Wie schon gesagt, wird heutzutage aber auch das Bild des fitten alten Menschen hoch gehalten, der aktiv ist. Dieses ist doch positiv besetzt?

Saner: Das ist richtig. Unsere Gesellschaft schätzt die alten Menschen vor allem als Konsumenten. Sie sind insgesamt meist eine kaufkräftige Bevölkerungsgruppe. Zum Teil wird da allerdings ein etwas aufgesetzter Jugendwahn zelebriert, etwa wenn Rentnerinnen und Rentner auf den trendigsten Skateboards davon brausen oder an sehr anspruchsvollen Leistungswettbewerben wie etwa einem Marathon teilnehmen.

Spöndlin: Aber es gibt doch die Möglichkeit, dass sich ältere Menschen beispielsweise ehrenamtlich betätigen?

Saner: Das gibt es durchaus. Und solche Tätigkeiten gäben vielen Menschen tatsächlich die Möglichkeit, soziale Kontakte zu pflegen, Beziehungen einzugehen und über eine Tagesstruktur zu verfügen. Sie täten etwas, würden Erfolgserlebnisse haben, positive Feedbacks, Wertschätzung und Dankbarkeit erfahren und wären abends müde und zufrieden.

Hiss: Andererseits befinden sich viele in einem Dilemma. Sie wollen sich nach der Pensionierung möglichst alle Optionen offen halten und vermeiden es deshalb, Verpflichtungen einzugehen. Wer keine Verpflichtungen eingeht, hat aber oft auch keine Energie mehr, um in seiner Freizeit Aktivitäten zu entwickeln.

Spöndlin: Kommen wir auf das Angebot zurück, das die Stiftung Melchior jetzt neu aufgebaut hat. Wie werden die möglichen Nutzerinnen und Nutzer auf dieses aufmerksam?

Saner: Wir nutzen die unterschiedlichsten Informationskanäle. Die meisten werden wohl durch zuweisende Stellen kommen, etwa durch Hausärzte, Psychiater, Spitex, Sozialdienste der Kliniken, Wohnheime, Beschäftigungs- und Seniorenangebote, Mund zu Mund Werbung und vieles mehr. Wir wollen das Angebot breit bekannt machen und hoffen das es an Betroffene weiter empfohlen wird. Zudem werden wir das An-

gebot in drei Quartiertreffpunkten und in diversen persönlichen Gesprächen mit Fachpersonen vorstellen.

Spöndlin: Was umfasst das Angebot genau?

Saner: Es handelt sich um eine Tagesstätte, die während vier Tagen pro Woche (Montag, Dienstag und Donnerstag, Freitag) jeweils fünf Stunden pro Tag offen sein. Dabei bieten wir viele Möglichkeiten, welche die Nutzerinnen und Nutzer zum grossen Teil selbst bestimmen können. Einige werden Lust haben, aktiv zu sein und möchten vielleicht etwas dazu lernen, dass sie zu Hause nutzen können. Andere werden vielleicht nur dasitzen und zu hören mögen. Auch das bringt etwas, indem die Betreffenden feststellen, dass andere mit ähnlichen Problemen zu kämpfen haben. Das Tagesprogramm hängt auch vom Alter und Gesundheitszustand der Nutzerinnen und Nutzer ab. Unter Umständen ist eine Mittagssiesta angesagt. Sicher vorgesehen ist eine Nachmittagsaktivität mit dem Ziel, Fähigkeiten zu fördern und zu erhalten und positive, ermutigende Erlebnisse zu machen. Das können kreative Aktivitäten, allenfalls Ausflüge, kognitive Herausforderungen wie Gedächtnisspiele oder Bewegungsübungen und vieles mehr sein. Viele Menschen betätigen sich sehr gerne kreativ, andere finden „Basteln“ ganz grässlich. Sie alle haben Platz, wir wollen uns auf die individuellen Interessen und Vorlieben einstellen. Einen hohen Stellenwert wird das gemeinsame Kochen und Essen einnehmen. Im Idealfall lernen die Nutzerinnen und Nutzer dabei auch, sich zu Hause neue Menüs zuzubereiten. Das Wesentliche ist, die Nutzerinnen und Nutzer aus ihren oft negativen Gedankenspiralen heraus zu holen, Anregungen an sie heranzutragen und Unterstützung zu geben, damit sie am Ende des Tages entspannter und ermutigt wieder gehen können. Wir wollen das Verhalten der Nutzerinnen und Nutzer spiegeln und ihnen nötigenfalls zeigen, wo sie sich Hilfe holen können. Wir hoffen, damit auch präventiv zu wirken, bevor jemand beispielsweise in eine psychotische Situation gerät.

Spöndlin: Werden in der Tagesstätte immer Betreuungspersonen anwesend sein?

Saner: Ja, und zwar Personen mit psychiatrischer oder sozialpädagogischer Ausbildung, die bereits über eine grosse Erfahrung verfügen.

Spöndlin: Dieses Angebot ist ja nicht kostenlos. Wer darf es nutzen? Kann jede und jeder kommen, nach Belieben?

Saner: Zur Nutzung unserer Tagesstätte ist eine ärztliche Zuweisung nötig. Die Tagesstätte 65+ wird nach dem gleichen Prinzip wie die Tagespflegeheim finanziert. Einen Teil der Kosten übernimmt der Kanton, einen anderen die Klientin oder der Klient. Zudem stehen wir in Verhandlung mit den Krankenkassen, ob sie einen Beitrag daran bezahlen. Das ist aber auf jeden Fall nur möglich, wenn eine ärztliche Zuweisung vorliegt. Ich finde das auch richtig. Denn unser Angebot ist auf Menschen mit einer ernsthaften psychischen Erkrankung ausgerichtet, die beispielsweise Mühe haben, sich in einer Gruppe zu bewegen, und für die deshalb die Angebote von Pro Senectute zu hohe Hürden aufweisen. Für gesunde alte Menschen gibt es zahlreiche andere Angebote, etwa die verschiedenen Seniorentreffpunkte.

Spöndlin: Kommen wir nochmals auf die Finanzierung zurück. Ist es nicht so, dass Angebote für Menschen im Ren-

tenalter ein Stiefkind unseres Sozialstaats sind? Die Invalidenversicherung ist ja nur für Menschen zuständig, die das Rentenalter noch nicht erreicht haben.

Saner: Die Invalidenversicherung ist tatsächlich eine Erwerbsausfallsversicherung und ab Erreichen des Rentenalters grundsätzlich nicht mehr zuständig. Im Rahmen der neuen Finanzordnung ist die Verantwortung auf den Kanton übergegangen. Die kantonalen Mittel für die Behindertenhilfe sind für Menschen unter 65 bestimmt. Ältere können nur davon profitieren, wenn sie bereits vor 65 eine psychische Krankheit entwickelt und bereits eine IV-Rente bezogen haben. Nur dann können sie über das Rentenalter hinaus in den Angeboten der Behindertenhilfe verbleiben. Für Menschen, die erst im Rentenalter psychisch krank werden, gibt es ausser der medizinischen Hilfe durch Arzt oder Klinik keine geeigneten Angebote. Die üblichen Seniorenangebote sind mit Menschen, die psychisch krank sind rasch überfordert. Die Angehörigen leisten oft sehr lange Unterstützung, geraten aber verständlicherweise auch oft auch an den Rand ihrer Kräfte. Dieser unbefriedigende Zustand war der Grund, dass wir unser Angebot entwickelt haben. Und es ist uns auch gelungen, vom Kanton finanzielle Mittel für eine zweijährige Pilotphase zu erhalten. Das Angebot

Die Stiftung Melchior

Die Stiftung Melchior ist eine seit 1990 im Handelregister eingetragene Organisation. Ihre Hauptaufgabe ist die Unterstützung und Begleitung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sowie deren Angehörigen.

Zu den Angeboten der Stiftung gehört das Wohnheim Phönix, die bereits bestehende Tagesstätte für Personen bis 65 Jahre, neu die Tagesstätte 65+, die ehrenamtlich geführte Angehörigen-Selbsthilfe mit Selbsthilfegruppen für Erwachsene und dem Begleitangebot für Kinder und Jugendliche.

Wir sind auf Spenden angewiesen und für jeden Betrag dankbar. Spenden ab Fr. 100.- können von den Steuern abgezogen werden.

Basler Kantonalbank, 4002 Basel
IBAN: CH12 0077 0016 0564 1742 5

Stiftung Melchior, Thiersteinallee 51 / Postfach, 4018 Basel
061 206 97 60 | Fax 061 206 97 69
www.stifutngmelchior.ch | info@stifutngmelchior.ch



swansea / flickr

wird als Tagespflegeheim mit psychiatrischem Schwerpunkt geführt. Wesentlich ist, dass die Mittel nicht aus dem Budget der Behindertenhilfe (Wirtschafts- und Sozialdepartement), sondern aus demjenigen des Gesundheitsdepartements für den Alterspflegebereich stammen. Zudem versuchen wir die Agglomerationsgemeinden des Kantons Basel-Landschaft zur Zusammenarbeit zu gewinnen, da der Bedarf klar auch in den Nachbarkantonen gegeben ist.

Spöndlin: Ist diese Tagesstätte etwas Neues in der Schweiz?

Saner: Ja, diesen Eindruck habe ich. Bei meinen Internetrecherchen habe ich nichts Gleichartiges gefunden. Was es schon gibt, sind Tageskliniken. Diese sind einer Klinik angegliedert, bieten zeitlich befristet Tagesstruktur und als ein Schwerpunkt regelmässige ärztliche und therapeutische Unterstützung.

Spöndlin: Frau Hiss, Sie sind ja leitende Ärztin in der psychiatrischen Uniklinik. Haben Sie dort ähnliche Angebote wie die Tagesstätte für ältere Men-

schen mit einer psychischen Erkrankung?

Hiss: Nein, eigentlich nicht. In Ausnahmefällen haben wir schon Tages- beziehungsweise Nachtpatienten aufgenommen. Dies aber eher im Sinne einer Übergangslösung nach einer stationären Behandlung. Dabei hatten wir jedoch immer Probleme mit der Finanzierung, weil das Kosten-Nutzen-Verhältnis sehr ungünstig ist, wenn man Tagesstrukturen innerhalb des teuren Klinikbetriebs ansiedelt. Wenn wir Tagesplätze anbieten, müssen wir dazu auch Personal zur Verfügung stellen, dass uns im therapeutischen Bereich fehlt. Für eine eigentliche Tagesstätte fehlen uns in der Klinik also die personellen und finanziellen Mittel. Was wir hingegen anbieten, sind therapeutische Gruppen sowohl für stationäre als auch für ambulante Patienten. In diesen treffen sich die Teilnehmenden aber nur für ein bis zwei Stunden pro Woche. Das ist kein Ersatz für eine Tagesstruktur. Die psychiatrischen Kliniken haben sich in den letzten

Jahrzehnten generell auf Akutpatienten konzentriert. Die Aufenthaltsdauer ist abgesehen von ganz wenigen Ausnahmefällen kurz, im Durchschnitt beläuft sie sich in Basel auf 30 Tage, die wenigen Langzeitpatienten eingerechnet. Das Zeitalter der langjährigen, chronischen Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken liegt 20–30 Jahre zurück. Und das ist auch richtig. Langfristig sind psychisch beeinträchtigte Menschen ausserhalb der Klinik besser aufgehoben. Deshalb ist die Tagesstätte der Stiftung Melchior ein wichtiges Angebot.

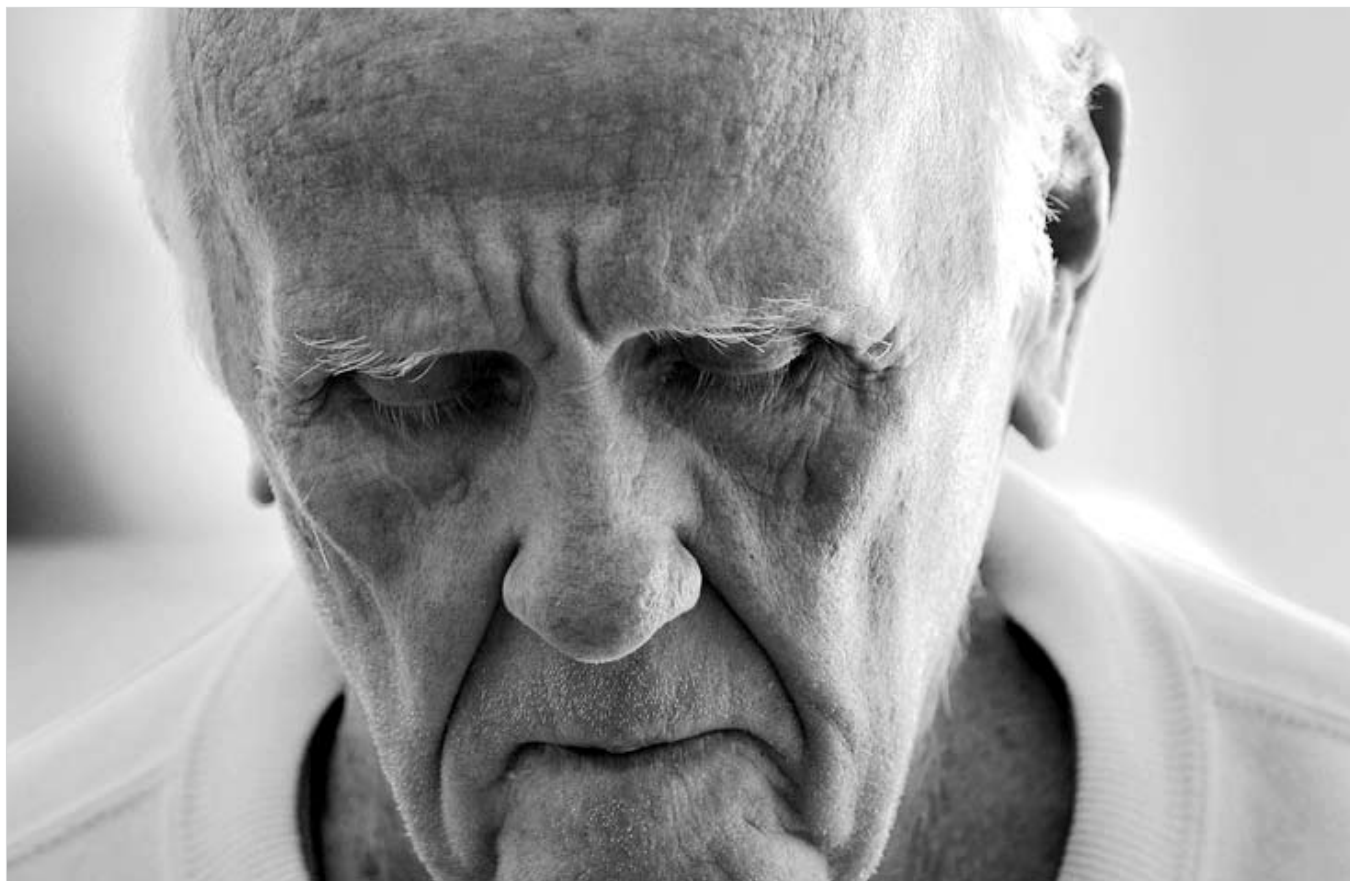
Spöndlin: Kann die geplante Tagesstätte Klinikeintritte verhindern?

Saner: Ganz verhindern wohl nicht. Ich denke, dass wäre eine etwas unrealistische Erwartung. Aber aufgrund der bisherigen Beobachtungen denken wir schon, dass die Tagesstätte ermöglicht, dass die guten Phasen zwischen den Klinikaufenthalten länger werden, ein Aufenthalt evt. vermieden oder zumindest hinaus geschoben werden kann.

Hiss: Bei vielen alten Menschen mit psychischen Schwierigkeiten treten im Laufe der Zeit auch körperliche Beeinträchtigungen auf und die Gedächtnisleistung lässt nach. Dann müssen sie irgendwann in eine Institution eintreten und können auch keine Tagesstätte mehr aufsuchen. Ich denke jedoch auch, dass die geplante Tagesstätte gewisse Krisen verhindern oder auffangen kann.

Saner: Ebenfalls ein wichtiges Ziel unserer Tagesstätte ist die Entlastung der Angehörigen. Denn diese gelangen zu oft an ihre Grenzen und sind somit selbst gefährdet, z.B. an einer Erschöpfungsdepression zu erkranken. Die Angehörigenarbeit ist deshalb ebenfalls ein Schwerpunkt der Stiftung Melchior, wie auch unser Angebot für Kinder mit einem psychisch kranken Eltern, das die Soziale Medizin schon einmal vorgestellt hat (vgl. Soziale Medizin 3.07 S. 59 ff.).

Spöndlin: Barbara Hiss, Martina Saner, vielen Dank für das interessante Gespräch.



striderp64 / flickr

Die Schweiz hat immer noch Berührungängste

Volkskrankheit Depression: Neue repräsentative GfS-Umfrage

Die Schweizer Bevölkerung weiss immer noch sehr wenig über Depression. Dabei leiden über 20 Prozent der Menschen an Depressionen. Das zeigt eine im Auftrag der Werner Alfred Selo Stiftung durchgeführte, repräsentative Umfrage.

Psychoische Belastungen entstehen vor allem im Arbeitsumfeld, aber auch bei älteren Menschen und bei Jugendlichen. Um der Stigmatisierung der Betroffenen entgegen zu

wirken, fordert die Stiftung im Rahmen einer Motion von Nationalrat Andy Tschümperlin (SP) die Entstigmatisierung psychischer Krankheiten. Ziel ist eine nationale Aufklärungskampagne zu psychischer Gesundheit.

Die wichtigsten Erkenntnisse aus der Umfrage sind:

- **Kaum Tiefenwissen:** Obwohl Depression in aller Munde ist, kennen Herr und Frau Schweizer Depression meist nur als schwammiges Schlagwort, wissen aber nichts Genaueres über Ursachen, Symptome und Verläufe der immer weiter verbreiteten Volkskrank-

heit. Über 10 Prozent der Schweizer Bevölkerung – ca. 800'000 Menschen – wissen nicht einmal, was Depression ist.

- **Männer und Ältere haben Berührungängste:** Männer und ältere Menschen schweigen das Thema Depression häufiger tot, während Frauen und Jüngere offener darüber sprechen und auch besser informiert sind. Generell gilt: Je jünger die Menschen sind, desto offener gehen sie mit dem Thema Depression um.

- **Arbeitsbelastung steigt:** Unter den Ursachen für Depression haben Stress, Arbeitsbelastung und eine gefühls-kalte Umwelt massiv zugenommen.

- **Romandie in Abwehrhaltung:** Die Westschweizer zeigen sich dem Thema Depression gegenüber generell verschlossener als die Deutschschweizer. Sie zeigen weniger Verständnis für das Erleben von Betroffenen und nennen Willensschwäche, Verweichlichung und Stoffwechselstörungen öfter als Ursachen.

Unter dem Joch des Stigmas

Dr. Hans Kurt, Psychiater und Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, stellt klar: «Depression kann jeden treffen und ist kein Zeichen von Willensschwäche. Psychische Erkrankungen gehören in den Bereich der Medizin. Es braucht Wissensvermittlung und Sensibilisierung, damit die Depression erkannt, rechtzeitig behandelt und so Schlimmeres verhindert werden kann.» Jährlich sterben in der Schweiz an die 1'400 Menschen durch Suizid, davon zwei Drittel Männer. Wie eine Studie des Bundesamtes für Gesundheit belegt, leiden 90 Prozent aller Menschen, die Suizid begehen, an einer Depression oder einer anderen psychischen Störung.

Appell an die Politik – Schulterschluss für die «Motion Tschümperlin»

«Aufgrund der Umfrageergebnisse tut eine breite Aufklärung der Schweiz dringend not, um Vorurteile abzubauen», betont Stiftungsratspräsidentin Marylou Selo. Ihre Stiftung fordert von Bund und Kantonen konkrete Massnahmen zur Aufklärung und Entstigmatisierung im Bereich psychischer Erkrankungen sowie Hilfestellungen mit besonderem Fokus auf ältere Menschen, Jugendliche und das Arbeitsumfeld. Gehört findet die Selo-Stiftung bei Nationalrat Andy Tschümperlin (SP), dessen Motion mit dem Ziel einer nationalen Aufklärungskampagne über psychische Krankheiten in der Sommersession im Nationalrat behandelt wird. Auch FDP-Ständerat Rolf Schweizer unterstützt ihn: «Mit unserem Schulterschluss betonen wir die Dringlichkeit der Thematik über die Parteigrenzen hinweg», so Schweizer.

Depression ist heikles Thema im Alter

Depression ist nach wie vor ein Vertrauensstigma, das man fast nur seiner Familie anvertrauen würde. Besonders Männer und ältere Menschen zeigten sich verschlossener und weniger informiert. «Gerade das Alter mit seinen tiefgreifenden

Veränderungen wie Ausstieg aus dem Arbeitsleben, Krankheit und sozialer Isolation, birgt viele Risiken für Depression. Ältere Menschen verschweigen ihre Not oft, um niemandem zur Last zu fallen», weiss John Kummer, Vizepräsident der Selo-Stiftung. «Darum ist es wichtig, Seniorinnen und Senioren gezielt zum offenen Dialog zu ermutigen.»

Arbeitsbelastung als zunehmender Auslöser für Depressionen

Im Vergleich mit einer früheren Umfrage von 1995 sticht ins Auge, dass heute das Arbeitsumfeld und die wirtschaft-

Probleme sprechen würde. Marylou Selo: «Dies legt die Vermutung nahe, dass Depression als Schwäche gesehen wird, die man am Arbeitsplatz nicht zeigen darf. Hier liegt ein schwerwiegendes Problemfeld mit dringendem Handlungsbedarf.»

Unsicherheit im Umgang mit Betroffenen

Unsicherheiten und diffuse Ängste sind wie bereits vor 15 Jahren die am Häufigsten genannten Gründe, weshalb Leute Mühe im Umgang mit depressiven Menschen bekunden. «Unwissen schafft Distanz und Vorurteile», bedau-



**Jährlich sterben in der Schweiz
an die 1'400 Menschen durch Suizid, davon
zwei Drittel Männer.**

liche Situation am Häufigsten als vermutete Ursache für Depression angegeben werden. Vor 15 Jahren wurde dieses Thema noch gar nicht erwähnt. Zugleich fällt auf, dass praktisch niemand mit Arbeitskollegen über psychische

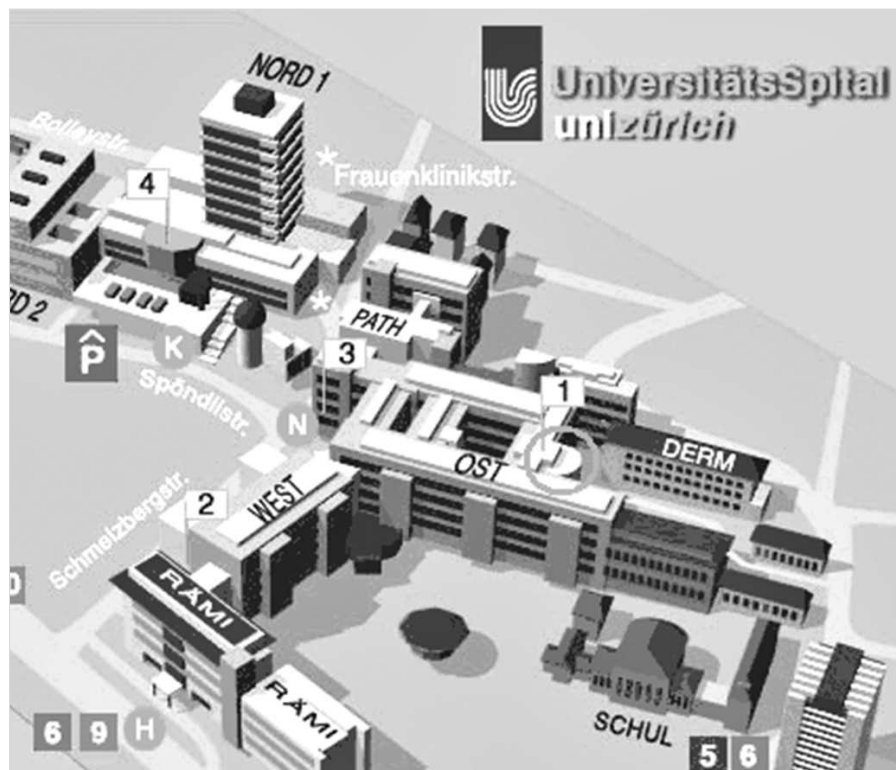
ert Marylou Selo. Um dieses gesellschaftliche Tabu zu brechen, braucht es Sensibilisierungsmassnahmen wie Aufklärung an den Schulen und eine nationale Entstigmatisierungskampagne. (pd Selo-Stiftung)

Über die Werner Alfred Selo Stiftung

Die 1994 gegründete Werner Alfred Selo Stiftung (WASS) engagiert sich seit über 15 Jahren für die Erforschung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in den Bereichen Kopfschmerz, Depression und affektive Störungen. Ein besonderer Fokus liegt auf dem Zusammenhang zwischen Depression und Kopfschmerz (Komorbidität). Die Stiftung fördert Initiativen, die Betroffenen und ihrem Umfeld Hilfe zur Selbsthilfe bieten. Durch Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit leistet sie zudem einen wichtigen Beitrag zur Entstigmatisierung dieser weit verbreiteten Krankheitsbilder. Die in Zug und New York City wohnhafte Diplomdolmetscherin Marylou Selo gründete die Stiftung in Gedenken an

ihren Vater, den Schweizer Erz- und Metallhändler Werner Alfred Selo (1908 – 1993), der nach einem lebenslangen Leidensweg mit chronischer Migräne und Depression Suizid beging. Um anderen Betroffenen zu helfen, beschloss Marylou Selo – die selber an manisch-depressiven Störungen leidet – sich in der Schweiz für die Forschungsförderung auf dem Gebiet der Depression einzusetzen. Aus ihrem Anliegen, der Marginalisierung von psychisch Kranken entgegenzutreten und ihnen Gehör zu verschaffen, wurde ein Lebenswerk mit viel untentgeltlichem Engagement.

www.selo.foundation.ch



Die Verselbständigung am Beispiel des Universitätsspitals Zürich

Unternehmerische Freiheit als Zauberformel

Gegenwärtig wird im Kanton Basel-Stadt über die Ausgliederung der öffentlichen Spitäler aus der staatlichen Verwaltung entschieden. Die meisten anderen Kantone haben diesen Schritt in den letzten Jahren bereits vollzogen. Hier ein Bericht über die Erfahrungen mit der Verselbständigung des Universitätsspitals Zürich.

Im Kanton Zürich wurde das Universitätsspital im Jahr 2006 verselbständigt. Begründet wurde der Schritt nicht mit dem Hinweis auf folgenschwere Mängeln, wie etwa überdurch-

schnittliche operationelle Kosten, fragwürdige Qualität der Leistungen oder einen unattraktiven Forschungsstandort. Im Gegensatz zur gegenwärtigen Debatte im Kanton Basel-Stadt wurde auch kein gesetzlichen Zwang konstruiert, um die Verselbständigung zu rechtfertigen. Die Massnahme sei notwendig, hiess es damals von Seiten des Regierungsrats und im Speziellen der grünen Gesundheitsdirektorin Verena Diener, denn die Eingliederung des Spitals in der Verwaltung sei nicht mehr zeitgemäss. Kein lösungsorientiertes Vorhaben also, denn nennenswerte Probleme gab es keine. Es handelte sich vielmehr um ein reines Modernisierungsprojekt, das auf dem naiven Glauben gründete, wonach Neues per se besser ist als Al-

tes. Unternehmerische Freiheit lautete die Zauberformel. Im Rahmen der Abstimmungskampagne wurde das Spital als konventionelle Verwaltungseinheit dargestellt, obwohl dieses bereits seit der Einführung der Globalbudgets einige Jahre zuvor über eine prospektive Finanzierung durch Budgetverantwortung ergebnisorientiert gesteuert wurde. Durch die Verselbständigung sollte der öffentlich-rechtliche Status beibehalten werden, das Spital zusätzlich aber neu verhandlungs- und kapitalfähig gemacht werden. Wie in der gegenwärtigen Basler Vorlage ebenfalls vorgesehen, ist die Spitalleitung ausserdem befugt, Spital-einheiten und -kliniken zu veräussern, was eine selektive Privatisierung möglich macht.

Zunächst ändert sich nichts

Aufgrund der Erfahrungen in Zürich lässt sich das Geschehen nach der Verselbständigung eines Spitals folgendweise beschreiben. Nach der Abstimmung bleibt mal zunächst alles beim Alten. Als ob nichts passiert wäre, mindestens nichts Wesentliches. Es werden höchstens hier und da eine Klinik neu strukturiert, ein Bereich neu aufgeteilt, jedoch ohne dass dabei eine bestimmte Logik, eine halbwegs umrissene Absicht zu erkennen wäre.

Dann werden die Instrumente des Controllings aufgebaut. Im Sinne einer Verbesserung der Qualitätsförderung wird ein Fehlermeldesystem eingeführt und alle MitarbeiterInnen dazu eingeladen, unter Wahrung der Anonymität Fehler und Versorgungsmängel anzuzeigen. Die Berichte werden ausgewertet und den anderen MitarbeiterInnen zugänglich gemacht. Mit diesen Informationen kann die Leitung einschätzen, ob die Fehlerquote im tolerierbaren Bereich liegt. Sollte dies nicht der Fall sein, kann sie die als notwendig erachteten Massnahmen ergreifen. Qualitätsziele werden somit auf keine Weise mehr zwischen Personal und PatientInnen im Rahmen des Behandlungs- bzw. des Pflegeprozesses definiert, sondern als Führungsziele am Bürotisch festgesetzt. Dabei muss die Qualität nicht gut sein. Absolut gesehen muss sie gut genug sein, so dass eine gefährliche Pflege vermieden werden kann, da dies straf-

rechtlich relevant ist. «Sicher» muss also die Pflege sein, mehr nicht. Ansonsten ist das Qualitätsverständnis der Spitalführung relativ: Die Qualität soll lediglich besser als diejenige der Konkurrenz sein. «Angepasste Pflege», um von «optimaler Pflege» nicht zu sprechen, ist zu aufwändig und damit zu teuer. Wenn sie weiterhin erbracht werden soll, dann als Extraleistung zum Extratarif. Das Personal wird aufgefordert – dafür bietet das MitarbeiterInnengespräch durchaus den passenden Rahmen – von seiner obligaten professionellen Perfektionitis zu Gunsten von mehr Realismus endlich Abstand zu nehmen. Gleichzeitig wird aber die Kommunikation über Qualität verdichtet: der jährliche Geschäftsbereich (Jahresbericht) wird durch einen Qualitätsbericht ergänzt. Im Universitätsspital Zürich seit 2008.

Was passiert dann?

Dann wird die Führungsstruktur auf Klinikebene geändert. Neben der ärztlichen Leitung wird eine administrative Leitung eingeführt. Die neue Stellen werden vorzugsweise jungen Leute angeboten – ausgebildeten VerwalterInnen, BetriebsökonomInnen und BankerInnen, welchen die Welt des Spitals fremd ist. Was auf den ersten Blick als Inkompetenz erscheinen mag, erweist sich als wahre Tugend, denn Ahnungslosigkeit ist eine günstige Voraussetzung für die angestrebten Reformen: keine innovationsfeindliche Routine und Gewissheiten, keine lähmende Verbundenheit mit einem geschichtsträchtigen Bereich, keine explizit auf den Mitmenschen gerichtete berufliche Sozialisierung. Die Neuankömmlinge sind die ideale Stütze eines Paradigmawechsels, der gerade darauf abzielt, die besonderen Züge der Arbeit im Spital und den Leistungen am Menschen auszublen- den.

Das Spital wird allmählich anhand von betriebswirtschaftlichen Indikatoren geführt, die für jegliche Form der Professionalität unsensibel sind. Das heisst aber nicht bloss, dass das Personal nicht mehr im Stande ist – etwa weil der Zeitdruck weiter erhöht wurde – seine Arbeit fachgerecht auszuüben. Dieses Problem besteht bekanntlich schon

lange. Das heisst vielmehr, dass Fachlichkeit keine grosse Relevanz mehr hat: Wer gute Arbeit leisten will, erscheint als ein altes Semester, das nicht richtig auf dem Boden der Realität steht. Mit diesem Abweisen der professionellen Eckwerte, wird ein grundsätzlicher Kompetenzverlust des Gesundheitspersonals eingeleitet. Der/die VerwalterIn kann nun allein die Parameter definieren, die zur Lenkung und Prüfung der Spitalaktivität dienen.

selbständig ausführen darf, unter Aufsicht desjenigen Personals ausführen, die sie zwar ausführen darf, aber nicht mehr ausführt, dafür aber unter Aufsicht Handlungen ausführt, für die es nicht qualifiziert ist. Abdelegieren nennt sich dieser bemerkenswerte Prozess, wodurch diejenigen, die tatsächlich etwas tun, dies im Prinzip nicht dürfen, und diejenigen, die es im Prinzip tun dürften, praktisch nicht tun.

Spitalreferendum Basel-Stadt

Am 15. Mai findet im Kanton Basel-Stadt eine Volksabstimmung über die Verselbständigung der öffentlichen Spitäler statt. Als diese Ausgabe der Sozialen Medizin in Druck ging, kannten wir das Ergebnis noch nicht. Ein Teil der AbonnentInnen wird diese kurz vor, ein anderer Teil gerade nach dem Abstimmungswochenende erhalten.

Die SGSG, die Herausgeberin der Sozialen Medizin, hat das Referendum gegen die Spitalverselbständigung in Basel unterstützt und auf ihrer Website auch Unterschriften dafür gesammelt. Die Argumente dafür finden sich ebenfalls auf der Sozialen Medizin-Webiste (<http://www.sozialemedizin.ch/?p=1657>).

Dieser Bedeutungsverlust der fachlichen Kompetenz kommt auch bei der Entlohnung professioneller Arbeit zum Ausdruck, denn es werden nicht mehr Qualifikationen, sondern Funktionen honoriert. In einer Institution, in der das «lebenslange Lernen» so gross geschrieben wird, werden lediglich die Kompetenzen entlohnt, die ausdrücklich von der Spitalführung gefragt sind. Und diese geht restriktiv vor. Ein Grossteil des Personals wird unter seinem tatsächlichen Kompetenzniveau angestellt. Im verselbständigten Spitalwesen hat Überqualifizierung System. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Kompetenzen eines/r Mitarbeiters/in, die über sein/ihr Pflichtenheft hinaus gehen, einfach brach liegen. Diese dürfen wohl weiter eingesetzt werden, aber umsonst, als dieses kleine Etwas, das jede engagierte Mitarbeiterin, jeden engagierten Mitarbeiter, so wertvoll macht. Zudem wird die Anzahl der Stellen auf jedem Qualifikationsniveau zu Gunsten derjenigen auf dem nächst tieferen Qualifikationsniveau knapp gehalten. Das Personal soll die Handlungen, die es nicht

Öffentliche versus private Gesundheitsgüter

Aber die Auswirkungen der Verselbständigung sind nicht immer so diskret, so leise. Sie können auch für die breite Öffentlichkeit unübersehbar sein. So hat die Spitalleitung Anfang Jahr im Einvernehmen mit der kantonalen Gesundheitsdirektion ein Sparprogramm gebündelt, welches sie selber als ambitioniert erachtet. Sie strebt innerhalb von einem Jahr die Streichung von rund 150 Vollzeitstellen an, was rund 3 % aller Vollzeitstellen entspricht. Die Sparbemühungen werden tautologisch durch eine postulierte Sparnotwendigkeit begründet, obwohl der Kanton 2010 mit einem Gewinn von rund 600 Millionen abschliessen konnte. Auch die vom Spitalrat beschlossene Schaffung eines Herzzentrums und die damit verbundene Privatisierung der kardiologischen und der herzchirurgischen Kliniken wird die Zürcher Gesundheitsversorgung nachhaltig prägen.

In einem Radiointerview von Radio DRS Ende Januar 2011 begründete

Rita Ziegler, die umstrittene Verwaltungsdirektorin des Universitätsspitals Zürich und vormalige Direktorin der Universitätsspitals Basel, den anvisierten Personalabbau damit, dass gemessen an der Wirtschaftlichkeit Basel an erster und Zürich an zweiter Stelle unter den fünf Schweizer Universitätsspitalern stehe (abrufbar unter www.drs.ch/www/de/drs/nachrichten/regional/zugast-im-studio/174790.239958.rita-ziegler-gruende-fuer-stellenabbau-am-unispital-zuerich.html). Das Beispiel, soweit es nicht reine persönliche Imagepflege ist, zeigt, dass die Verselbständigung der Spitäler nicht einmal in betriebswirtschaftlicher Hinsicht notwendig ist. Sie stellt in erster Linie die Weiterführung eines politischen Projektes dar, das darauf abzielt, die wirtschaftlich rentablen Spitalleistungen – damit sind die Leistungen gemeint, die sich weitgehend wie Industriegüter verhalten – abzusondern und auf einen Markt zu werfen, der ausschliesslich von einer noch entwicklungsbedürftigen privaten Spitalindustrie kontrolliert wird, während die weitgehend nicht vermarktbarsten Leistungen weiterhin vom Staat erbracht werden sollen. Somit gelten diese Güter als privat. Es liegt auf der Hand, dass auch deren Finanzierung in Zukunft privat erfolgen und damit nicht mehr von der Grundversicherung bezahlt werden soll.

Wer sich gegen eine Verselbständigung ausspricht, betrachtet alle Leistungen im Gesundheitswesen, seien sie marktfähig oder nicht, als öffentliche Güter, als Güter also, die dem Markt grundsätzlich entzogen sein sollen. Nur so kann der Aufbau eines Quasimonopols der privaten Spitalindustrie in einem wesentlichen Teil der Gesundheitsgüterproduktion vermieden werden. Nur so werden kranke und pflegebedürftige Mitmenschen nicht an einen an hohe Margen gewöhnten Industriezweig ausgeliefert.

PIERRE GOBET

Aktiv bei der Aktion Gsundi Gesundheitspolitik (AGGP) Zürich, Professor an Fachhochschule für Soziale Arbeit in Lausanne, Gründungsmitglied des CESCAP (Forschungszentrum für Capabilities im Sozial- und Gesundheitswesen)

Echo aus der Leserschaft:

Betrugsbekämpfung in der IV

Betrifft den Artikel „Betrugsbekämpfung in der IV“ in der Dezember-Ausgabe der Zeitschrift „Soziale Medizin“, Nummer 4.10, Seite 15

Unter dem Titel „Da hat der Berg eine Maus geboren“ macht David Winizki sehr kritische Bemerkungen zur Betrugsbekämpfung in der IV und bezeichnet den Erfolg als „mickrig“. Seiner Meinung nach bekämpft die IV den Rentenbetrug aus ideologischen Gründen, nicht um Geld zu sparen.

Die Fakten, die in der zitierten Medienmitteilung vom 5. November dargelegt sind, zeigen eindeutig ein anderes Bild:

- Die IV hat im Jahr 2009 240 Betrüger überführt
- 120 ganze und 120 Teilrenten, die entzogen, erschlichen, ergaunert oder erschwindelt wurden, werden nicht mehr ausbezahlt
- Die IV spart dadurch einen Betrag in der Grössenordnung von etwa 90 Millionen Franken, denn eine Rente in der IV wird im Durchschnitt etwa 20 Jahre lang ausgerichtet. Hinzu kommen die Einsparungen bei den IV-Renten der 2. Säule, die häufig höher sind als jene der IV, sowie bei den Ergänzungsleistungen
- Der (einmalige) Aufwand der IV für eigenes Personal und Detektive betrug knapp 7 Millionen Franken.

Von einem „mickrigen“ Ergebnis kann hier offensichtlich nicht gesprochen werden. Selbstverständlich bringt die Betrugsbekämpfung den Fehlbetrag der IV nicht zum Verschwinden. Sie ist tatsächlich nicht primär ökonomisch motiviert. Sie trägt aber dazu bei, dass die ehrlichen Versicherten und die Steuerzahler das Vertrauen in die IV nicht verlieren. Für die wichtigste unserer Versicherungen im Dienste der Benachteiligten ist das zentral.

Rolf Camenzind, Leiter Kommunikation, Bundesamt für Sozialversicherungen

Replik von David Winizki

Das Ertrügen, Erschleichen, Ergaunern oder Erschwindeln einer IV-Leistung finde ich nicht toll, um das mal vorzuschicken. Es schädigt die ehrlichen BeitragszahlerInnen. Das ist durch nichts zu rechtfertigen, auch nicht durch die Wut auf den oft unverschuldeten sozialen Abstieg zur IV-Rente. Es gibt andere Formen des Widerstandes.

Ökonomisch durch nichts zu rechtfertigen ist allerdings auch diese Betrugssuche der IV. Auch wenn die jährlich viereinhalb Millionen Franken zwanzig Jahre lang gespart werden, was übrigens in der Pressemitteilung vom 5.11.2010 nirgends erwähnt wird, so ergibt das heute bei einem Milliarden-Jahresdefizit 4,5 Promille und in zwanzig Jahren unter gegenwärtigen Bedingungen arithmetisch ganze 5 Promille. Ökonomisch also Peanuts – eben mickrig!

Auch wenn die IV dafür „nur“ 7 Millionen ausgegeben hat und wir ihr dies abnehmen, trägt die Betrugsbekämpfung weniger dazu bei, „... dass die ehrlichen Versicherten ... das Vertrauen in die IV nicht verlieren ...“, als vielmehr dazu, ihnen in ihrer ebenfalls oft prekären sozialen Situation ein Feindbild vorzusetzen: Die Rentenbetrüger. Viele ehrliche IV-RentnerInnen hingegen fühlen sich von der IV-Betrugsbekämpfung pauschal diskriminiert und als Sündenböcke missbraucht.

Teile und herrsche (und schüchtere ein)! Das ist der – ideologische – Nutzen dieser Kampagne die „... tatsächlich nicht primär ökonomisch motiviert ...“ sein kann, wie Herr Camenzind selber treffend bemerkt.



Entschädigung der Asbestopfer

Verjährung verletzt das Gerechtigkeitsempfinden

Wer in der Schweiz unter Spätfolgen von gesundheitsschädigenden Einflüssen leidet, hat Pech. Kürzlich hat das Bundesgericht Schadenersatzansprüche eines Asbestopfers infolge Verjährung abgelehnt. Immerhin bereitet das Bundesamt für Justiz zurzeit eine Gesetzesänderung zur Verlängerung der Verjährungsfristen bei Spätschäden vor.

Ein Arbeiter kommt in der Maschinenfabrik Oerlikon zwischen 1966 und 1978 mit Asbest in Kontakt. 2004 erkrankt er an Brustfellkrebs, ein Jahr später verstirbt

er daran. Schadenersatzansprüche gegen den Arbeitgeber lehnen das Aargauer Obergericht und jetzt auch das Bundesgericht jedoch ab, weil die zehnjährige Verjährungsfrist im Zeitpunkt zu laufen begonnen habe, als der Mann dem Asbest ausgesetzt war. Dieser Grundsatzentscheid des Bundesgerichts (Urteil 4A_249/2010 vom 16.11.10) macht Schadenersatzansprüche für alle Opfer von Gesundheitsschädigungen mit Langzeitfolgen zur Illusion. Eine Ausnahme gilt lediglich für Schäden durch die Kernenergie, wo eine 30jährige Verjährungsfrist gilt.

Stossende soziale Ungleichheit

Formal gelten die Gesetze in der Schweiz selbstverständlich für alle gleichermas-

sen. Diese Verjährungsregelung trifft aber vor allem Menschen, die ohnehin schon auf der Schattenseite des Lebens stehen. Denn es sind meistens nicht die besser Gestellten, die mit gefährlichen Substanzen arbeiten oder an Orten wohnen, die gesundheitsschädigenden Immissionen ausgesetzt sind. Aus Gründen der Gerechtigkeit drängt sich somit eine Anpassung der Verjährungsregeln für Schadenersatzansprüche und des Haftpflichtrechts auf. Das Bundesamt für Justiz bereitet zurzeit eine Vorlage zur Verlängerung der Verjährungsfristen vor. Noch dieses Jahr will es das Vernehmlassungsverfahren dazu eröffnen.

In Wirtschaftskreisen wird eine Verlängerung der Verjährungsfristen aber auf Widerstand stossen. Die Unternehmen wollen ihre Bilanzen nicht jahrzehntelang mit Rückstellungen für Spätschäden belasten, da sie dies in ihrer Handlungsfähigkeit stark einschränken würde. Es gibt Konzerne, die das verkraften würden. Andere Betriebe wären dadurch jedoch in ihrer Existenz bedroht. In vielen Fällen gingen die Opfer somit trotz längerer Verjährungsfristen leer aus, sofern nicht eine Versicherung im Hintergrund bereit steht.

Erschwingliche Versicherungsmöglichkeit

Realistisch ist eine Besserstellung von Langzeitgeschädigten deshalb nur, wenn sich die entsprechenden Risiken zu erschwinglichen Bedingungen versichern lassen. Voraussetzung dafür ist, dass möglichst viele Unternehmen, und nicht nur wenige Hochrisikobetriebe in den Prämientopf einzahlen. Bei der Re-

vision der Verjährungsfristen ist deshalb zwingend auch über versicherungsrechtliche Fragen nachzudenken, etwa über den Ausbau des so genannten Regressprivilegs der Arbeitgeber bei Betriebsunfällen, das auf Anfang 2003 abgeschwächt wurde.

Das Regressprivileg bedeutet, dass die obligatorische Unfallversicherung (die auch für Berufskrankheiten aufkommt) höchstens dann auf die Arbeitgeberfirma Rückgriff nehmen kann, wenn deren Verantwortliche die Schädigung eines Arbeitnehmers grobfahrlässig oder absichtlich verschuldet haben (bis Ende 2002 bestand sogar ein so genanntes Haftungsprivileg, d.h. Geschädigte konnten in einem Versicherungsfall keine weiteren Schadenersatzansprüche stellen, selbst wenn sie von der Unfallversicherung nicht vollumfänglich entschädigt worden waren). Bei leichter Fahrlässigkeit hat die Arbeitgeberfirma heutzutage also zumindest keinen Rückgriff der Unfallversicherung zu befürchten, bis Ende 2002 war sie sogar vor allen finanziellen Forderungen aufgrund des betreffenden Ereignisses sicher. Die Berufsunfallversicherung ist somit gleichsam eine Art Haftpflichtversicherung der Arbeitgeber. Dies erscheint aus sozialer Sicht zunächst unbillig, macht aber Sinn. Erstens lässt es sich so besser rechtfertigen, dass die Arbeitgeber die Prämien der Berufsunfallversicherung nicht vom Lohn abziehen dürfen. Zweitens steigt die Akzeptanz der Unfallversicherung in Wirtschaftskreisen.

Kommt die obligatorische Unfallversicherung für Schadenersatzansprüche von Arbeitnehmern mit Langzeitschädigungen auf, bleibt der Versicherungsschutz am erschwiegendsten, weil eine hohe Anzahl von Unternehmen in den Prämientopf einzahlt. Das bedeutet aber auch, dass indirekt die gesamte oder zumindest ein grosser Teil der Bevölkerung die Risiken von Langzeitschäden mitträgt. Denn die Unternehmen werden die Prämienbelastung weitgehend über die Preise auf ihre Kunden abwälzen. Diese Abwälzung des Risikos auf die Allgemeinheit lässt sich aber nur rechtfertigen, wenn die Versicherer (als Treuhänder der Allgemeinheit) den Umgang mit Risiken in den Betrieben wirkungsvoll beaufsichtigen und die Einhaltung von Sicherheitsstandards durchsetzen.

Beweisregeln lockern

Langzeitgeschädigten widerfährt allerdings nur dann wirklich Gerechtigkeit, wenn ihre Entschädigungsansprüche nicht am Beweis scheitern. Da gesundheitsschädigende Auswirkungen auf den menschlichen Körper nicht einer simplen Kausalität folgen, lassen sie sich fast nie abschliessend nachweisen. Belegen lässt sich immer nur eine mehr oder weniger hohe Wahrscheinlichkeit. Somit muss eine einigermaßen plausible Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs zur Begründung

prägt. Daran etwas zu ändern, wird allerdings schwierig sein, solange das Schlagwort des Sozialmissbrauchs die öffentliche Diskussion dominiert.

Keine Innovation ohne Risiko

Will eine Gesellschaft innovative Technologien entwickeln, kann sie das Risiko von Spätschäden nie ganz ausschliessen. Niemand kann heute beispielsweise sicher voraussagen, wie sich die in ihren Anfängen steckende Nanotechnologie auf den menschlichen Körper aus-



Das bedeutet aber auch, dass indirekt die gesamte oder zumindest ein grosser Teil der Bevölkerung die Risiken von Langzeitschäden mitträgt.

eines Entschädigungsanspruchs genügen. Eine entsprechende Anpassung des Haftpflichtrechts stand vor einigen Jahren zur Diskussion, versandete dann aber. Die Gerichte könnten in dieser Frage aber auch ohne Gesetzesänderung zu sachgerechteren Beweisregeln übergehen. Auch das lässt sich allerdings nur rechtfertigen, wenn für das betreffende Risiko ein Versicherungsschutz besteht. Ein einzelnes Unternehmen ohne absolut schlüssigen Beweis zu Millionenzahlungen zu verurteilen, geht nicht an. Dass die Kasse einer versicherten Solidargemeinschaft aufgrund von blossen Wahrscheinlichkeitsüberlegungen angezapft wird, erscheint hingegen als vertretbar, weil dabei nicht die Existenz einer Firma auf dem Spiel steht. Die betreffenden Gelder sind bereits zurück gestellt.

Ebenfalls gewährleistet werden muss, dass die Ansprüche von Geschädigten von den Unfallversicherern (insbesondere von der SUVA) fair und unvoreingenommen geprüft werden. Heute sind die Begutachtungsverfahren zu einseitig von einer Abwehrhaltung ge-

wirken wird. Ein sozialer Rechtsstaat muss jedoch gewährleisten, dass die Opfer von Technologieschäden anständig versorgt und entschädigt werden. Zudem ist dafür zu sorgen, dass technologische Entwicklungen abgebrochen oder zumindest vorübergehend gestoppt werden, wenn sich Zweifel an ihrer Unbedenklichkeit aufdrängen. Im Fall von Asbest war das gerade nicht der Fall. Die vielfältig einsetzbare Mineralfaser wurde weiter produziert und verwendet, obwohl sich ihre verheerenden gesundheitlichen Auswirkungen deutlich abzeichneten. Noch heute wird Asbest produziert, einfach in Schwellenländern wie China, wo Menschenleben leider noch weniger zählen als bei uns.

RUEDI SPÖNDLIN

Mehr zu diesem Thema: Alex Schwank in *Soziale Medizin* 4.08 S. 24 f., abrufbar unter <http://www.sozialemedizin.ch/?p=1585>

«Wichtiger finde ich den Kommunikationsprozess...»

Gesetzliche Leitplanken für Heilversuche?

Wieweit unerprobte medizinische Behandlungen gesetzlichen Einschränkungen unterliegen sollen, ist umstritten. Der Nationalrat hat sich im März dafür ausgesprochen, diese nicht dem neuen Humanforschungsgesetz zu unterstellen. Was der Ständerat entscheiden wird, bleibt abzuwarten. Wir haben mit einem bekannten Gesundheitspolitiker und Patientenvertreter darüber gesprochen.

Interview: Ruedi Spöndlin

Frage: Eine umstrittene Frage ist, ob das im Parlament hängige Humanforschungsgesetz auch Regeln zu individuellen Heilversuchen enthalten soll. Der Nationalrat hat im März entschieden, Heilversuche nicht dem Humanforschungsgesetz zu unterstellen. Welche Haltung sich im Ständerat durchsetzt, bleibt abzuwarten. Welche Meinung vertrittst du dazu?

Jean-François Steiert: Zunächst stellt sich die Frage, was überhaupt ein Heilversuch ist. Die Erfahrungen von Patientenvereinigungen zeigen, dass es Ärzte gibt, die im Einzelfall neue Behandlungswege ausprobieren. Dafür braucht es Regeln. Die nationalrätliche Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur (WBK) ist aber praktisch ohne Gegenstimme zum Schluss gekommen, dass das Humanforschungsgesetz nicht der geeignete Ort dafür ist. Ausschlaggebend war die Überlegung, dass ärztliche Handlungen, welche eine Heilung zum Hauptzweck haben, nicht in ein Gesetz passen, das zum Hauptzweck hat, Forschung zu reglementieren. Der Nationalrat ist diesem Vorschlag in der Frühlingssession gefolgt. Er hat gleichzeitig aber eine Motion der WBK überwiesen, die den Bundesrat beauftragt, eine Regelung der Heilversuche ausser-

halb des Humanforschungsgesetzes vorzuschlagen (siehe Box).

Frage: Worin liegt die Problematik der Heilversuche?

Steiert: Sie stellen eine Grauzone dar. In gewissen Fällen kann unter dem Etikett der medizinischen Praxis Forschung betrieben werden. Andererseits

Unser Gesprächspartner

Jean-François Steiert, SP-Nationalrat aus dem Kanton Freiburg, Vizepräsident des Dachverbands Schweizerischer Patientenstellen

kommt es vor, dass ein Vorhaben als Forschung ausgegeben wird, das in erster Linie der Heilung eines bestimmten Menschen dient. Dabei steht nach Erfahrung der Patientenvereinigungen meistens nicht die klassische Forschungsproblematik im Vordergrund, dass die Erkenntnis dem Wohl des Patienten vorgeht. Zu Fragen Anlass gibt bei Heilversuchen hingegen oft die Information der Patientinnen und Patienten. Häufig werden diese nicht ausrei-

chend darüber aufgeklärt, dass die betreffende Behandlung unerprobt ist, und welche Risiken sich daraus ergeben – obwohl dies gesetzlich festgelegt ist.

Frage: Welches sind Grenzfälle zwischen Heilversuch und Forschung?

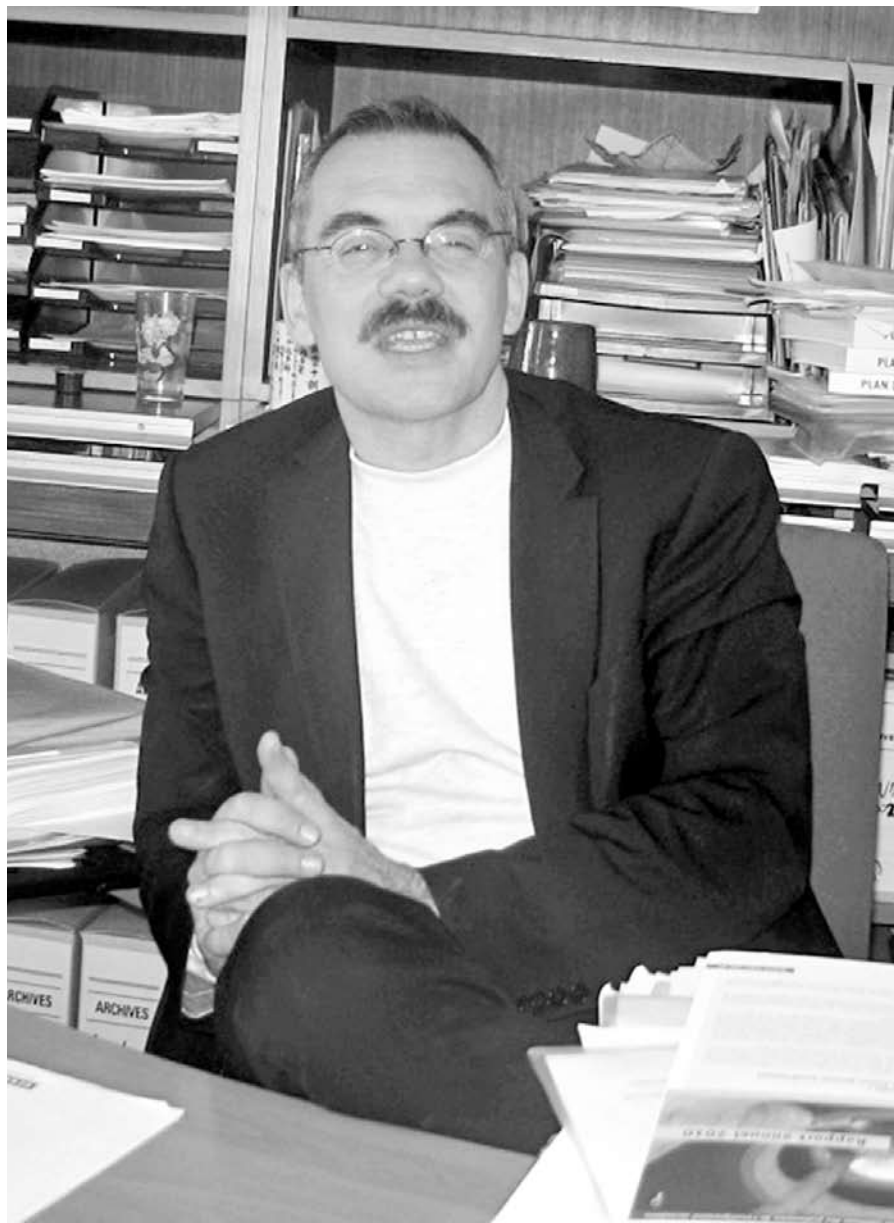
Steiert: Ein Beispiel sind praktizierende Ärztinnen und Ärzte, die beim regelmässigen Zusammentreffen im Qualitätszirkel beschliessen, ihre Therapien zu evaluieren. Sie wollen Erfolge und Misserfolge vergleichen, mit dem Ziel, möglicherweise weniger und günstigere Medikamente zu verschreiben. Das ist ein spannendes und sinnvolles Projekt, das zu weniger Nebenwirkungen und Kosteneinsparungen führen kann. Es weist durchaus einen Aspekt von Forschung auf, da zehn oder mehr Ärzte ihre Therapien im Interesse eines Erkenntnisgewinns potentiell modifizieren. Trotzdem handelt es sich nicht um ein eigentliches Forschungsvorhaben, da die Heilung der Patienten und die Verbesserung der Behandlung im Vordergrund steht.

Frage: Was sollte in Bezug auf Heilversuche geregelt werden?

Steiert: Die Motion der WBK enthält einen umfangreichen Katalog von Problemen aus der Praxis, zu welchen der Bundesrat Lösungsvorschläge vorbringen soll (siehe Box). Klar gestellt werden muss beispielsweise, dass Heilversuche nur nach ausreichender Aufklärung des Patienten zulässig sind. Dabei sollte die Aufklärung schriftlich erfolgen und dokumentiert werden, sonst sind allfällige Forderungen einer Patientin oder eines Patienten gegenüber der Haftpflichtversicherung oder allenfalls auch vor Gericht kaum durchsetzbar. Einige der bekanntesten Fälle, die öffentlich als Problemfälle bekannt wurden, sind auf Gesetzesübertretungen zurückzuführen. Es fehlte also hier nicht an Gesetzesvorgaben, sondern an der Einhaltung desselben und an den notwendigen Beweisen, um die Nichteinhaltung nachzuweisen.

Frage: Ist die schriftliche Aufklärung nicht ein lästiger Formalismus?

Steiert: Es ist eine Frage der Verhältnismässigkeit. Gerade in Grenzbereichen liegt diese Formalität im Interesse aller Beteiligten und der Qualität des Systems. Die schriftliche Aufklärung



stellt eine Absicherung der Ärztinnen und Ärzte dar. Ich weiss natürlich, dass viele Patientinnen und Patienten nichts lieber wollen, als so schnell wie möglich behandelt zu werden und wieder gesund zu sein – oder den letzten Strohhalm, der ein Heilversuch sein kann, zu ergreifen. Je aussichtsloser ihr Gesundheitszustand ist, desto eher sind sie zweifellos auch dazu bereit, Risiken in Kauf zu nehmen. Wenn ich jemandem sage, du hast noch 6 Monate zu leben. Ich kann mit dir aber einen Versuch unternehmen, bei dem du mit einer 70-prozentigen Wahrscheinlichkeit sofort stirbst.

Mit einer Wahrscheinlichkeit von 30 Prozent ermöglicht dir mein Versuch aber, weitere 10 Jahre zu leben. Ein sehr grosser Anteil der Patienten wird mit einem solchen Versuch einverstanden sein, was durchaus nachvollziehbar ist. Trotzdem befinden sie sich in einer Abhängigkeitssituation. Und das Gesetz ist eben dazu da, Menschen in Abhängigkeitssituationen zu schützen.

Frage: Viele Patienten sind aber gar nicht in der Lage, eine Information über das Behandlungsrisiko richtig einzuordnen.

Steiert: Die Information per se finde ich nicht unwichtig, wobei ich mir der Fragwürdigkeit des Quantifizierens von Risiken in Prozentzahlen durchaus bewusst bin. Wichtiger finde ich jedoch den Kommunikationsprozess, den diese Information zwischen Arzt und Patient auslöst und der auch das für eine solche Behandlung notwendige Vertrauen schafft. Dass dieser Kommunikationsprozess wirklich zustande kommt, setzt voraus, dass die Ärztinnen und Ärzte über die nötigen sozialen Kompetenzen verfügen und in der Aus- und Weiterbildung für das Bedürfnis nach Kommunikation sensibilisiert wurden.

Frage: Oft fühlen sich die Patienten durch die Formulare verunsichert, mit welchen sie beispielsweise vor einer Operation über alle möglichen Risiken informiert werden.

Steiert: Es gibt zweifellos Patientinnen und Patienten, die von einer schriftlichen Information nichts wissen wollen. Deshalb sollen die Ärztinnen und Ärzte einen relativ grossen Spielraum haben, wie sie die Information hinüber bringen. Sie dürfen und sollen sich dabei dem Patienten anpassen. Das Recht dient ja vor allem dazu, nachträglich Fälle zu lösen, die sich nicht so abgespielt haben, wie sie sich hätten abspielen sollen. Die Motion der WBK enthält einen relativ grossen Katalog von Fragen, die der Bundesrat klären soll. Damit ist noch nicht gesagt, dass diese alle gesetzlich geregelt werden müssen. Dies ist zu entscheiden, wenn der Bundesrat seinen Bericht vorgelegt hat.

Frage: Würde eine allzu restriktive Regelung der Heilversuche nicht die therapeutische Freiheit aushöhlen und einer „Kochbuchmedizin“ Vorschub leisten?

Steiert: Die therapeutische Freiheit finde ich als Patientenvertreter sehr wichtig. Sie liegt auch im Interesse der Patientinnen und Patienten, sofern im Gegenzug auch eine umfassende Aufklärung des Patienten stattfindet. Diese muss nicht immer mit einer grossen Bürokratie verbunden sein, sondern kann sachgerecht auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnitten erfolgen. Je weniger erprobt eine therapeutische Massnahme ist, umso mehr muss das Gesetz die Aufklärung über die Risiken jedoch

durch möglichst klare Regeln gewährleisten. Der Dachverband schweizerischer Patientenstellen hat zudem vorgeschlagen, dass bestimmte Heilversuche gemeldet werden müssen, damit sie ausgewertet werden können.

Frage: Führt die Reglementierung der Heilversuche tendenziell zu einer defensiven Medizin?

Steiert: Das ist nicht die Absicht der WBK. So verlangt die Motion beispielsweise eine Stellungnahme des Bundesrats zum Einsatz von Medikamenten, die in der Schweiz für die betreffende Anwendung noch nicht zugelassen sind. Hier geht es darum, solche Anwendungen so unkompliziert wie möglich zu-

zulassen. Wenn gewisse Erfahrungswerte zeigen, dass ein Medikament einen klaren Mehrnutzen bringt, obwohl es für die betreffende Indikation nicht zugelassen ist, sollen es die Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich kassenpflichtig verschreiben dürfen.

Frage: Lässt die schweizerische Heilmittelgesetzgebung diesen Off-Label-Use nicht ohnehin zu?

Steiert: Die Heilmittelgesetzgebung schon. Das Problem ist jedoch die Finanzierung. Die Krankenversicherer müssen grundsätzlich nur für Medikamente aufkommen, die für eine bestimmte Anwendung in der so genannten Spezialitätenliste verzeichnet sind.

Auftrag an den Bundesrat

Am 10. März hat der Nationalrat anlässlich der Beratung des Humanforschungsgesetzes folgende Motion seiner Kommission für Wissenschaft Bildung und Kultur gutgeheissen.

Der Bundesrat wird beauftragt, für den Bereich der Heilversuche die geltenden Bestimmungen in der Schweiz aufzuzeigen, allenfalls bestehende rechtliche Graubereiche zu erfassen, den Handlungsbedarf zu bestimmen und gegebenenfalls Vorschläge zur sachgerechten Ergänzung geltender Bestimmungen im Bereich der Heilversuche ausserhalb des Rahmens des Humanforschungsgesetzes, z. B. im Rahmen von Verordnungen, Weisungen, Standesrichtlinien oder der Revision des Heilmittelgesetzes, zu unterbreiten. Insbesondere:

a. Die Unterscheidung von Forschung und Heilversuchen allgemeinverständlich zu klären, die Trennung von Studien für Heilversuche und Studien für die Forschung verständlich darzulegen.

b. Fragwürdige Heilversuche, die zum Nachteil und ohne Aufklärung und Einwilligung des Patienten ausgelegt sind, auszuschliessen.

c. Heilversuche an Schwerstkranken mit in der Schweiz noch nicht zugelassenen Medikamenten ohne Bewilligungs- und Bürokratiehindernisse und die vereinfachte Kostennübernahme (unter Auflagen?) zu ermöglichen.

d. Heilversuche so zu regeln, dass sie im Rahmen internationaler Vereinbarungen effizient, sachgerecht und transparent durchgeführt werden können.

e. Heilversuche so zu regeln, dass die administrativen Hürden, die notwendigen Versicherungen und die Kosten für die Standarddiagnostik nicht behindernd sind.

f. Entscheidungswege risikogerecht und effizient zu gestalten.

g. Die Bedeutung von Zweitmeinungen zur Vermeidung von Unsicherheiten und Unklarheiten im Vorfeld von schwereren Eingriffen zu klären.

h. Heilversuche, die im Rahmen von klinischen Studien an Schwerstkranken durchgeführt werden, angesichts der Dringlichkeit in einem Schnellverfahren bewilligen zu können.

An der Patientenstelle Freiburg beispielsweise hatten wir kürzlich mit dem Fall eines Menschen mit einem schweren Tumor zu tun, dem der Arzt zwei ergänzende Medikamente verschrieben hatte. Das eine war listenkonform und wurde von der Krankenkasse problemlos bezahlt. Das andere wollte sie hingegen nicht übernehmen, weil es gemäss Liste nicht für die Behandlung des betreffenden Tumors zugelassen war. Der betreffende Arzt hatte sich alle Mühe gegeben, den Einsatz des betreffenden Medikaments zu begründen. Er hatte dazu ein umfassendes, Evidenz-basiertes Dossier zusammengestellt. Den Vertrauensarzt der Krankenkasse konnte er damit überzeugen, dieser gab das Plazet. Die Kasse leitete den Fall aber an eine Zentralstelle weiter, welche sich gegen eine Bezahlung aussprach. Das Entscheidungsverfahren dauerte letztlich über 10 Wochen, was therapeutisch eigentlich nicht zu verantworten war.

Frage: Hätte man nicht trotz ausstehender Kostengutsprache mit der Therapie beginnen können?

Steiert: Ja, aber das wäre für den Patienten mit einem finanziellen Restrisiko verbunden gewesen. Letztlich wurde die Therapie trotzdem finanziert. Der Arzt konnte über gute Beziehungen zur Basler Pharmaindustrie erreichen, dass der Hersteller die Kosten übernahm. Damit war das Problem für den betreffenden Patienten individuell gelöst. Diese Möglichkeit hätte aber nicht jeder Arzt gehabt. Es gibt auch Ärztinnen und Ärzte, die eine solche Kontaktaufnahme mit der Pharmaindustrie grundsätzlich ablehnen. Dann hätte der betreffende Patient mehrere zehntausend Franken aus eigener Tasche bezahlen oder auf das Medikament verzichten müssen. Der Zugang zu einer Behandlung im Grenzbereich zum Experimentellen ist jedenfalls nicht für alle gewährleistet, selbst wenn der Arzt diese gestützt auf Erkenntnisse der Evidence based Medicine als die best geeignete ansieht. Deshalb muss die Finanzierung in diesen Grenzbereichen gesetzlich geregelt werden. Es wäre stossend, wenn die Heilungschancen in solchen Fällen von der Grösse des Portemonnaies abhingen. Abklären soll der Bundesrat auch die Dimension dieses Problems, wie viele Menschen davon betroffen sind. Bei den

Patientenstellen sehen wir meistens nur Einzelfälle. Um die Finanzierung zu lösen, muss man darüber einen Überblick haben.

Frage: Gewisse Vertreterinnen von Patienteninteressen haben sich vehement dafür eingesetzt, Heilverversuche im Humanforschungsgesetz zu verankern. Steht der Dachverband schweizerischer

viduellen Heilverversuch jedoch nicht angemessen.

Frage: Bist du mit dem Humanforschungsgesetz in der gegenwärtigen Fassung also rund um zufrieden?

Steiert: Wie gesagt, im Grossen und Ganzen finde ich es ein gutes Gesetz. In einzelnen Punkten sind wir mit unseren Forderungen allerdings nicht durchge-



Mir scheint, mit dem Humanforschungsgesetz in der jetzigen Fassung haben wir eine gut austarierte Lösung.

Patientenstellen, dessen Vizepräsident du bist, hinter der Lösung der nationalen WBK, Heilverversuche ausserhalb des Humanforschungsgesetzes zu regeln?

Steiert: Wir haben das im Dachverband der Patientenstellen intensiv diskutiert und uns für diese Lösung ausgesprochen. Im Patientenschutz gibt es immer ein Spannungsfeld zwischen den Interessen des individuellen Patienten und kollektiven Patienteninteressen – was zur Konsequenz hat, dass man bei grundsätzlich gleichen Zielen zu verschiedenen Einschätzungen über die beste Gewichtung kommen kann. Der echte medizinische Fortschritt im kollektiven Interesse der betroffenen Patientinnen und Patienten kann durch allzu rigide und schwerfällige Verfahren beim Schutz des Einzelnen beeinträchtigt werden. Mir scheint, mit dem Humanforschungsgesetz in der jetzigen Fassung haben wir eine gut austarierte Lösung. Das Humanforschungsgesetz sieht für Forschungsprojekte aufwändige Genehmigungsverfahren vor, unter anderem den Entscheid einer Ethikkommission. Genehmigt werden dürfen nur Forschungsprojekte, die einem gesellschaftlichen Bedürfnis entsprechen. Forschungsprojekte, die nicht auf echten medizinischen Fortschritt ausgerichtet sind, können somit nicht zugelassen werden. Die Beurteilungslogik des Humanforschungsgesetzes ist einem indi-

drungen. Ich hoffe, der Ständerat wird diese noch korrigieren. So haben wir beispielsweise gefordert, dass den Ethikkommissionen auch Patientenvertreterinnen und -vertreter angehören sollen. Das wurde aber abgelehnt, die Kantone sollen darüber entscheiden. Gewisse Ethiker sprachen sich mit dem Argument gegen den Einsitz von Patientenvertretern aus, diese seien einseitig motiviert und hätten nicht die nötige kritische Distanz. Die Patienten sollen eo ipso Interessenvertreter sein, Ärzte aber nicht. Das finde ich grotesk. Ich gebe zu, dass ein einzelner Patient aus seiner eigenen Pathologie heraus mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eine einseitige Sicht einnehmen kann, die nicht mit dem gesellschaftlichen Interesse übereinstimmt. Und es mag auch zutreffen, dass die Exponenten kleiner, monopathologischer Organisationen, die nur die Interessen von Patienten mit einer bestimmten Diagnose vertreten, eine zu enge, zum Teil an die Interessen einzelner Pharmaunternehmen gekoppelte Sicht einbrächten. Vertreterinnen und Vertreter von grossen, öffentlich anerkannten Patientenvereinigungen die nötige kritische Distanz und Professionalität abzusprechen, finde ich jedoch weder zutreffend noch angebracht.

Jean-François Steiert, ich danke dir für dieses interessante Gespräch.

Diversity

Schlüsselbegriff für den kompetenten Umgang mit Vielfalt im Gesundheitsbereich?

In vielen Feldern der klinischen und sozialen Arbeit gibt es heute einen weit reichenden Organisationswandel. Zahlreiche Berufsgruppen sehen sich neben den Bevölkerungsentwicklungen gefordert vom allgemeinen Wertewandel, den veränderten Geschlechterrollen und neuen Generationenmodellen. Neue Formen der Arbeitsplanung und -durchführung sind gefragt. Gesellschaftliche und wirtschaftliche Prozesse sind globalisiert; und mit ihnen haben sich auch neue Hierarchien entwickelt und etabliert. Ein positiver Zugang ist mehr den je gefragt am Arbeitsplatz und im Berufsalltag hinsichtlich des Umgangs mit Vielfalt.

von Rebekka Ehret

Rebekka Ehret ist Dozentin und Projektleiterin im Bereich Migration und Integration und Studienleiterin für den Masterstudiengang «Managing Diversity» an der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit. Sie ist zudem Lehrbeauftragte am Institut für Soziologie der Universität Basel (NDS Conflict Analysis and Management) für den Bereich Interkulturelle Konflikte.

Man kann im Umgang mit Vielfalt grob zwei Zugänge beobachten. Der erste kommt tendenziell eher aus der Privatwirtschaft. Im Zuge der Globalisierung stellen sich die Unternehmen auf neue Märkte ein oder möchten solche für sich neu erschliessen. Um neuen Marktbedürfnissen zu entsprechen, versucht man die „Kultur“ potenzieller Konsumentinnen und Konsumenten zu ergründen. Mit dem Verständnis für und dem Wissen um das „Wesen“ solcher neuer Absatzmärkte erhofft sich das Unternehmensmanagement ein entscheidendes Anpassungsinstrument für die Ausrichtung der Produktion und Vermarktung.

Zwei grundsätzlich verschiedene Zugänge zu Diversity

Auf der anderen Seite zeigen Bevölkerungsentwicklungen, dass sich in Zukunft die Zusammensetzung von Abteilungen und Arbeitsteams verändern wird; ein innovativer und reibungsloser Umgang innerhalb vielfältiger, interkultureller Teams soll möglichen Konflikten präventiv entgegenwirken und eine reibungslose Zusammenarbeit sichern. In diesem ertragsorientierten, privatwirtschaftlich ausgerichteten Zugang werden Unterschiede in der Regel als gegeben, fix und konstant wahrgenommen.

Der zweite Zugang kommt eher aus der Gleichstellungs- und Integrationspolitik und findet eher Anwendung in staatlichen Verwaltungen, öffentlichen Institutionen und Nichtprofitorganisationen. Oft entspringt dieser Typ einem Anspruch der Anerkennung auf Differenz, der Förderung von Minderheiten und den Forderungen der Antidiskriminierung. Die Konzepte, die hier zu mehr Gerechtigkeit am Arbeitsplatz und zu sensibler Klienten- und Klientinnenorientierung führen sollen, haben eher eine theoretische Basis, die besagt, dass Unterschiede nicht fix und gegeben sind, sondern je nach Situation und Kontext als Unterscheidungen innerhalb eines Rahmens gemacht werden, der durch gewisse Machtpositionen geprägt ist.

Der Begriff Diversity

Zum ersten Mal verschriftlicht findet sich der englische Begriff um 1340 und bedeutet von dort an mehrheitlich die Bedingung und die Beschaffenheit des Andersseins. Nicht also das abstrakt andere oder einfach die Vielfalt als solche sind hier gedacht; es wird eigentlich schon hier auf die Beziehung zwischen dem einen und dem anderen sowie auf die Machtverhältnisse hingewiesen, innerhalb deren soziales Handeln passiert und sich gesellschaftliche Beziehungen

positionieren. Im 15. und 16. Jahrhundert gibt es Hinweise auf eine ausschliesslich negative Bedeutung des Wortes im Sinne des Perversen, des Bösen, des Unangenehmen. Unterdessen hat sich Diversity eingedeutscht und wird wie ein deutsches Wort verwendet. Wenn es übersetzt wird, dann mit Vielfalt, Diversität, Mannigfaltigkeit oder Verschiedenartigkeit, wobei damit nicht unbedingt viel an Klärung gewonnen ist. Es geht immer um anders und gleich, Vielfältiges und Einheitliches, um Trennen und Verbinden. Wir haben also mit „Diversity“ noch keinen Inhalt gegeben, sondern eher Hinweise auf Konzepte, die in den Zusammensetzungen mit Managing oder Management zeigen, dass es unterschiedliche Umgangsmöglichkeiten mit Vielfalt gibt (vergl. dazu auch Hafen und Gretler Heusser 2008:229-230).

In der folgenden Darstellung soll aufgezeigt werden, wie Diversity im Gesundheitswesen verstanden und positiv genutzt werden könnte und wo sich dabei auch tückische Fallen befinden.

Rechtliche und wirtschaftliche Herausforderungen

Die rechtlich und ökonomisch begründete Herausforderung an die Unternehmen, die zunehmende Vielfalt „an die Hand zu nehmen“ und mit der notwendigen Publizität bekannt zu machen, stellt sich heute auch dem Gesundheits- und Sozialwesen. Die aus den Bürgerrechts- und Frauenrechtsbewegungen entstandene Antidiskriminierungs- und Chancengleichheitsdebatte der 60er und 70er Jahre wurde überlagert und teilweise auch abgelöst von einer Managementideologie, die unter anderem mithilfe des Diversity-Vehikels nutzenbringend die Entwicklung in gesundheitsrelevanten Organisationen steuern sollte. Diese hatte sich gut einnisten können, denn die Idee, es liesse sich alles managen („Managerialismus“), so auch Diversity, war auch in Deutschland, Österreich und der Schweiz anschlussfähig und konnte sich neben der Unternehmenswelt auch die Welt der sozialen Institutionen, staatlichen Verwaltungen, Nichtregierungsorganisationen, etc. aneignen (vergl. Purtschert 2007). Das Aneignungsverfahren wur-

de - wie früher in den USA, nur zum Teil in umgekehrter Reihenfolge - unterstützt durch die Einführung neuer Strafnormen wie beispielsweise diejenige gegen Rassismus und Diskriminierung in der Schweiz (in Kraft getreten 1995), dem Artikel über die Rechtsgleichheit in der Bundesverfassung (in Kraft 1.1.2000), den Antidiskriminierungsrichtlinien der Europäischen Union, die seit 2000 in allen Ländern gültig sind (European Agency for Fundamental

nicht mehr wegen ihr selbst lohnt, sondern weil sie sich auszahlt. Die Banalität des Ökonomischen zeigt sich beispielsweise darin, dass die fundamentale Angestelltenunzufriedenheit in den Kliniken erst dann zum Politikum wird, wenn hohe Fluktuationen und frühzeitigen Pensionierungen unverhältnismässig teuer zu stehen kommen, und dass in der Sozialen Arbeit Tätige im Bereich „case-management“ ausgebildet werden, weil der einst aktive, unter-



Relativ selbstverständlich nehmen wir die Tatsache hin, dass sich selbst grosse Themen wie Gerechtigkeit, Gleichbehandlung, Chancengleichheit oder Emanzipation ökonomisieren lassen sollen.

Rights), etc. Wir beobachten also ein doppeltes Aneignungsverfahren, die Managerialisierung von Non-Profitorganisationen einerseits sowie die Aneignung ehemals emanzipatorischer Terminologie vornehmlich aus feministischer und eher linker Gleichstellungspolitik durch wertschöpfungsorientierte Unternehmen andererseits, aus dem ein „Produkt“ entsteht mit der Etikettierung Diversitykonzept, das den Weg „zurück“ in die sozialen und gesundheitsrelevanten Arbeitsfelder findet.

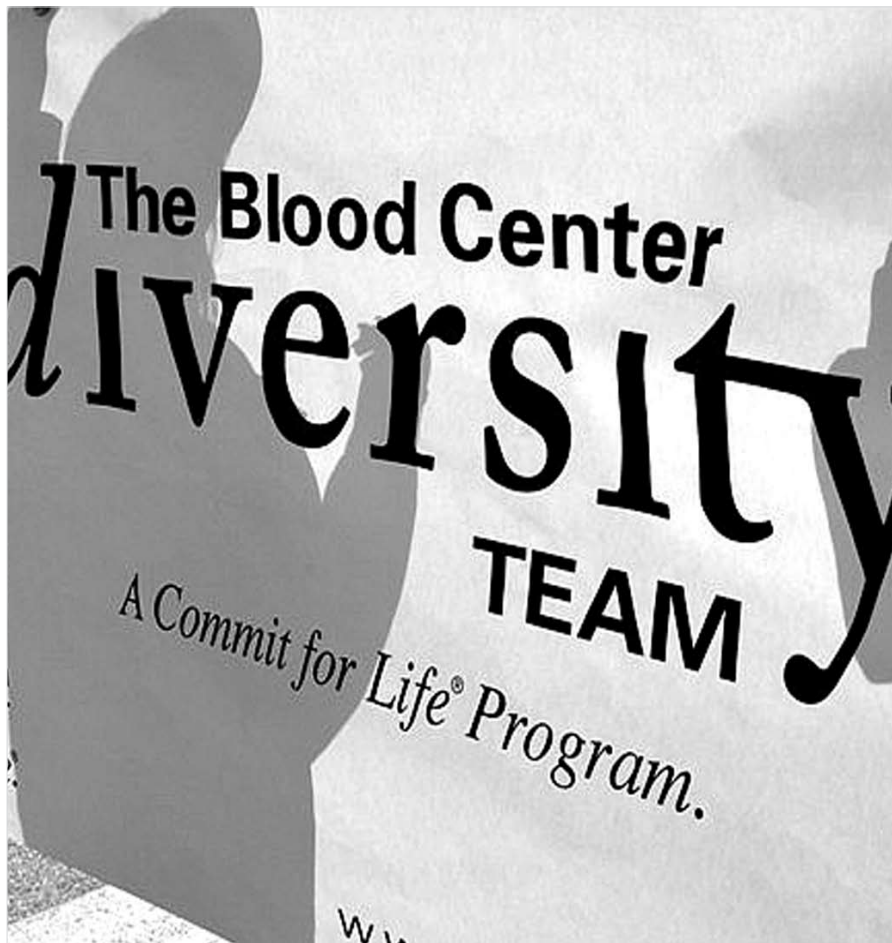
Diversity zwischen ökonomischen und emanzipatorischen Erwägungen

Die Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie generell die medizinischen und sozialen Arbeitsfelder haben in den letzten Jahren einen drastischen „economic turn“ oder auf Deutsch eine drastische ökonomische Wende erfahren. Relativ selbstverständlich nehmen wir die Tatsache hin, dass sich selbst grosse Themen wie Gerechtigkeit, Gleichbehandlung, Chancengleichheit oder Emanzipation ökonomisieren lassen sollen und dass sich die Überwindung von Diskriminierung

stützende Staat ein eher aktivierender, auf Anreiz setzender geworden ist und sie nun ihre Klienten und Klienten verwalten und – auch hier - managen müssen. Im Zusammenhang mit Diversity passiert etwas, das dazu passt. Der Diversity-Begriff und damit einhergehend Konzepte wie Diversity-Management, Diversity-Marketing, Diversity-Initiative etc sind Teil der Alltagssprache geworden und halten Einzug auch in die Arbeitsfelder der traditionell nicht auf Profitmaximierung ausgerichteten Einrichtungen. Diese Entwicklung gälte es zünftig so zu steuern, dass die emanzipatorischen Überlegungen des Gender-Mainstreaming, der prinzipielle Grundsatz der Nichtdiskriminierung und die Kritik am Multikulturalismus strategisch und inhaltlich wieder vermehrt ins Zentrum rücken. Und da die Welt so ist wie sie ist, ist es sicherlich positiv, wenn sich dieser Steuerung auch nachhaltig ökonomisch für alle Beteiligten lohnt.

Lehren aus der Diskussion um Geschlecht

Aus den theoretisch fundierten Feminismuskussionen und den Entwicklungen von Gleichstellungspolitik und



Gulf Coast Regional Blood Center | Flickr

Gender Mainstreaming haben wir gelernt, dass Männer und Frauen zwar in den meisten Fällen über den Körper als solche erkennbar sind, dass aber gleichzeitig im Alltag ständig Geschlecht sozial hergestellt wird (doing gender). Es gibt „das“ universell gültige und in allen Lebenslagen anerkannte Verständnis von Geschlecht nicht. Das soziale Geschlecht bleibt ein Konstrukt, das sich auch unter dem Diversity-Aspekt nicht auflösen darf. Wichtige Impulse dazu kamen aus den Frauenbewegungen ausserhalb von Europa oder den USA. Nichtweisse Frauen zeigten, dass solange mit der Unterdrückung der Frau implizit immer die weisse, heterosexuelle, europäische, christliche Mittelklassefrau gedacht ist, die „neue“ Identität als Selbst und Subjekt wieder aufgrund einer Unterdrückung und Objektivierung der „anderen“ stattfindet. Mit dem Hinweis auf den Begriff der Intersektionalität soll die Komplexität der Verhältnisse, innerhalb deren Unterscheidun-

gen gemacht werden, und die Strategien, mit denen eine Hierarchisierung hergestellt und aufrechterhalten wird, in den Vordergrund gerückt werden. In ihren Ausführungen zu den „Verschränkungen vielfältiger Unterschiede“ (Purtschert 2007:93) verweist die Autorin auf die Schriftstellerin Audre Lorde, die 1934 geboren als Tochter aus der Karibik stammender Eltern in New York aufwuchs und sich als homosexuelle, schwarze Frau ein Leben lang kritisch mit der Frage der Normsetzung auseinandersetzte. Lorde beschreibt diese Norm als mythisch, also schlussendlich gar nicht real existent, aber die Wahl des Adjektivs „mythisch“ zeigt auch, dass es Kräfte gibt, die den Mythos des Normalen lebendig behalten: „In Amerika versteht man unter dieser Norm meistens: weiss, dünn, männlich, jung, heterosexuell, christlich und finanziell gesichert. Mit Hilfe dieser mythischen Norm bleiben die Fallstricke der Macht in unserer Gesellschaft erhal-

ten“ (Lorde 1993:202f. zitiert in Purtschert 2007:93).

Die Gleichheit der andern

Wie an der Diskussion um Geschlecht aufgezeigt besteht das Risiko, dass durch die „eingeredete“ Einheit der Frauen (ich als Frau spreche für alle Frauen) ein vergleichbares Hegemonialverhältnis entsteht, wie dasjenige, von dem „wir Frauen“ uns befreien wollen. Die Lehre aus der Problematisierung von Herstellung von (Geschlechter)-Differenz heisst also in Weiterführung des oben genannten Sachverhalts, dass es „die“ Differenz, „das“ andere, „das“ Besondere“ nicht gibt, sondern dass Differenz – ganz egal welcher Gestalt – immer gesellschaftlich und unter gewissen Hegemonialverhältnissen hergestellt und aufrechterhalten wird. Die Ökonomin Gertraude Krell entwickelt ihren Zugang zum Management der Vielfalt konsequent aus den Lehren des Gender Mainstreaming und betont die (menschen-)rechtlich orientierte „Equity-Perspektive“ (im Zusammenhang von Diversity bedeutet „equity“ etwa Unparteilichkeit, Gleichbehandlung und kommt aus der juristischen Sprache, nicht der Finanzsprache) ohne die ökonomisch-orientierte „Business-Perspektive“ aus den Augen zu verlieren (Krell 2009). Sie unterstreicht in ihren Texten, dass ohne Vielfaltsmanagement die dominante Gruppe eine Organisation implizit oder explizit prägt und plädiert deshalb für die „Vernunftfe“ von Gender Mainstreaming und Diversity Management und zwar unter pragmatischen Gesichtspunkten, da sie Gemeinsamkeiten haben und kombiniert werden können.

Die Grundsätze der Nichtdiskriminierung beziehen sich auf die unterdessen rechtlich gebotene Maxime, dass niemand aufgrund der Herkunft, der Rasse, des Geschlechts, des Alters, der Sprache, der sozialen Stellung, der Lebensform, der religiösen, weltanschaulichen oder politischen Überzeugung oder wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung diskriminiert werden darf (aus Art. 8 der Schweizerischen Bundesverfassung). Diese Grundsätze müssen deshalb so explizit genannt werden, weil sie zu den

Fundamenten des liberalen Rechtsstaates gehören und weil es niemals mehr passieren darf, dass Individuen aufgrund einer kollektivistischen Identitätszuschreibung stigmatisiert, ausgeschlossen oder gar verfolgt werden. Im Alltag funktionieren meist viel diffusere und implizit gemachte Ausschlussmechanismen, deren wir uns oft gar nicht bewusst sind. Am Beispiel der Migration lässt sich schön zeigen, dass schon aufgrund der rechtlich-politischen Grundbedingung die Migranten und Migrantinnen ihres Status als Subjekt beraubt sind. Automatisch werden sie als Gruppe definiert: Niedergelassene, Asylsuchende, Drittstaatsangehörige, Sans-Papiers, etc. In einem Diversitätsansatz, der sich aus der Sensibilisiertheit der Genderdebatten und den individu-

halten. Dass dieser Mechanismus nicht zuletzt dem Ausschluss der „anderen“ bei wichtigen Bestimmungen, Entwicklungen oder Kommunikationsvorgängen zudient und der Machterhaltung der „eigenen“, diskursbestimmenden Gruppe, zeigt sich besonders deutlich bei der Verwendung von Kultur im Umgang mit Migrantinnen und Migranten. Dabei handelt es sich um die Dimension Kultur, die im Diversitykontext meist als Herkunftskultur d.h. als national oder ethnisch geprägte Kultur verstanden wird. In diesem Kontext herrscht meist ein Verständnis von Kultur vor, bei dem die Zuschreibekategorien auch kollektivistisch funktionieren. Kultur wird zudem als etwas Statisches, Gegebenes, praktisch Natürliches und Fixes gesehen. Kultur erscheint als eine Art

Prozess zu verstehen ist (vergl. Wicker 1996, Ehret 2009). Somit sollte auch hier nach dem Kontext kultureller Praktiken gefragt werden und wie sich diese auswirken als Repräsentationen von Macht und sozialer Ungleichheit. Kultur kann man nicht „haben“, sondern Kultur drückt sich im Handeln (im weitesten Sinne gemeint) aus. So wie sich Kultur ausdrückt ist nicht immer gleich. Wir kennen das alle von uns selbst; es ist dies ein umstrittener und oft auch widersprüchlicher Prozess um Bedeutungen und Identitäten. Diversitykonzepte können diese Erkenntnisse zu Kultur und kultureller Vielfalt einbauen. Um die andere oder den anderen in der kulturellen Andershaftigkeit zu erkennen, ist es sinnvoll sich der eigenen Lebenswelt und ihrer Vielgestalt bewusst zu werden. Denn jeder Mensch vereint in sich vielfältigste, zum Teil auch widersprüchliche und brüchige soziokulturelle Wertesysteme. Dies macht die Komplexität einer Persönlichkeit, eines Verhaltens und dessen Unvorhersehbarkeit aus. Versuche ich also immer wieder von der Prämisse der Unvorhersehbarkeit auszugehen und mein Gegenüber (Klientin, Klienten, Patientin, Patienten) als normal- und nicht übersozialisiert zu deuten, dann schreibe ich ihm nämlich auch die Fähigkeit zu, sein Verhalten, seine Werte- und Normvorstellung zu reflektieren, und gehe ebenso davon aus, dass er sich gegebenenfalls dazu äussern kann. Vermag ich es zudem, den von ihm gegenwärtig verkörperten Beitrag zur Diversität als Resource zu sehen, dann kann ich bei ihm selbst „Kulturwissen“ abfragen und die von ihm geäußerte Betrachtung über sich selbst und sein persönliches Wertesystem als nützliche Information ohne meine essentialistischen Spekulationen über diesen „anderen“ bei der Arbeit einbeziehen.

“

Jeder Mensch vereint in sich vielfältigste, zum Teil auch widersprüchliche und brüchige soziokulturelle Wertesysteme.

umsorientierten Forderungen der Antidiskriminierung speist, spiegelt sich der beständige Versuch, quasi hinter die bestimmenden Normverhältnisse zu schauen und ein subjekterhaltendes Verhalten zu begünstigen. Es geht also einerseits um die strukturellen Verhältnisse und andererseits um das konkrete Verhalten der beteiligten Personen.

Diversity im Zusammenhang mit Migration

Das „Anderssein“ der anderen (der Frauen, der Homosexuellen, der Angehörigen von Minoritätengruppen, aber auch der Migranten und Migrantinnen, der Behinderten, etc) ist also immer als eine Kategorisierung in einem bestimmten sozialen Zusammenhang zu sehen; auch diese „konstruierte“ Kategorie wird unter ganz bestimmten Machtverhältnissen geschaffen und am Leben er-

Wesenszug, von dem aus gewissermaßen das Verhalten einer Person, die zu dieser Gruppe gehört, vorausgesagt werden kann. In der Fachliteratur ist hier von einem essentialistischen Verständnis von Kultur die Rede, das typischerweise auf Migrantinnen und Migranten angewendet wird. Eigenartigerweise beweisen im Zusammenhang mit Migration Kulturbegriffe eine hartnäckige Beständigkeit, die Formen von Gesetzmässigkeiten aufbauen, welche den überindividuellen Wesenheiten Ausdruck verleihen. Ist diese Kulturalisierung nicht auch ein Hinweis dafür, dass durch die rechtliche-politischen Verhältnisse und durch das konkrete Verhalten Migranten und Migrantinnen zu „anderen“ und Objekten gemacht werden? Die Kritik am Kulturalismus und insbesondere am Multikulturalismus der 90er Jahre hat gezeigt, dass ein neues, dynamisches Kulturverständnis von Flexibilität geprägt und als

Diversitykompetenz

Um Diversity im Sinne einer Erhöhung der Chance für einen strukturellen Wandel und als Kompetenzerweiterung umzusetzen, mögen drei Leitlinien wegweisend sein.

Erstens gilt es einen klaren ressourcenorientierten Ansatz zu verfolgen. Wir haben gesehen, dass mit Diversity-

Programmen sehr viel Geld gemacht werden kann. Hier darf keine prestigeträchtige Imagepflege oder -verbesserung mit grossen und aufwendigen Programmen betrieben werden, die faktisch keine Veränderung bringen. In vielen Arbeitsfeldern gibt es eigene Initiativen in der passenden Richtung, bestehende Errungenschaften, Ideen und Ressourcen (Personal, Projekte, Institutionen, Organisationen, Erfahrungen, etc.), auf die aufzubauen ist. Oft kann das Potenzial der durch Vielfalt gekennzeichneten Belegschaft wirkungsvoll genutzt und dadurch wertgeschätzt und honoriert werden.

Zweitens sollten in erster Linie die strukturellen Barrieren und Reglementierungen innerhalb der Institutionen identifiziert werden, die den gleichberechtigten Zugang für alle nichtmännlichen, nichtheterosexuellen, nichtchristlichen, nichtdeutschsprachigen, nichtbehinderten Personen ohne Migrationshintergrund jenseits des mittleren Alters zu begehrten Gütern und interessanten Positionen behindern. Da – wie wir gesehen haben – viele Ausschlussmechanismen ganz subtil und unbewusst funktionieren und zudem diejenigen, die in einer Position stehen, etwas zu verändern, verborgen bleiben, lohnt es sich, immer wieder nach den determinierenden Verhältnissen zu fragen, sie auf ihr Wirken hin zu hinterfragen und sie dann gegebenenfalls neu zu gestalten.

Drittens kann bei jeder einzuführenden Massnahme überprüft werden, ob die explizit gemachten oder die implizit angenommenen Unterschiede zwischen gleich und anders aufgrund essentialistischer Differenzansätze („wir, die Normalen“ und „die, die anders sind und bleiben“) durchgeführt werden. Hier lohnt es sich auf eine Kultur der „Unterscheidungen, nicht Unterschiede“ (Krell) hinzuarbeiten, und Unterschiede nicht als gegebene Grössen zu akzeptieren.

Abschluss

Zum Schluss sei zu betonen, dass Fachpersonen, die in klinischen und sozialmedizinischen Arbeitsfeldern tätig sind, neben ihrer fachlichen eine weitere, ganz spezifische Anforderung an ihre

Übung

Sammeln Sie während etwa eines Jahres Äusserungen, Sätze, Bemerkungen (geschriebene oder gesprochene) und stellen Sie diese zusammen. Bitten Sie Ihr Publikum, in Gruppen zu viert oder fünft zusammenzusitzen und solange die Sätze umzuformulieren, bis alle mit der Schlussformulierung einverstanden sind.

Teil meiner Sammlung (einige als Übersetzung aus dem Englischen):

1. Die Tatsache, dass der erste Mann auf dem Mond ein Amerikaner war, beweist die technische Überlegenheit der USA.
2. Alle sollten Englisch lernen, da dies diejenige Sprache ist, die vereint.
3. Muslime sind sehr empfindlich, wenn es um den Einfluss der Internationalen Gemeinschaft geht.
4. Tamilische Mütter haben eine sehr altmodische Vorstellung von Kindererziehung
5. Jüdische Menschen bleiben gerne unter sich.
6.

Profession erleben. Sie haben es immer mit Menschen zu tun, die sich als Individuen auszeichnen und denen sie sich auch als Individuen zuwenden. Die Zuwendung spielt sich jedoch in einem institutionellen Rahmen ab, in dem Kategorien und kollektive Zuschreibungen spielen, ja spielen müssen, damit die Institution oder die Organisation funktioniert. Sie haben es also mit einer sozialen Realität zu tun, die so komplex ist, dass es oft sinnvoll ist, diese Komplexität zu reduzieren und in Kategorien zu denken und somit bedürfnisgerechte Handlungsmöglichkeiten abzuleiten. Damit haben sie es wieder mit Gruppen und Gruppenzugehörigkeiten zu tun. Sie arbeiten dann in der Tat mit HIV-Positiven, mit Migrantinnen, Erwerbslosen, Behinderten, etc. wollen aber dadurch den oder die einzelne nicht abstempeln oder gar auf das HIV-Positiv-Sein, das Migrantinnen-Sein, etc reduzieren, denn der einzelne setzt sich erfahrungsgemäss aus vielfältigen Zugehörigkeiten zusammen. Diese Tatsache macht den feinen, doch bedeutenden Unterschied zu einem Ansatz, der vor allem zu Wettbewerbsvorteile verhelfen soll. In den hier genannten Arbeitsfeldern befinden wir uns immer in einer Machtungleichheitssituation, in der das Ziel des Empowerment als Erhöhung der Selbstdefinitions- und Handlungskompetenz des Gegenübers dazugehört. In der Auseinandersetzung mit den „anderen“ geht diese grundlegende Rahmung definiert durch Machtasymmetrie auf gesellschaftlicher, institutioneller und

interpersonellen Ebene oft in Vergessenheit und wird durch eine Überhöhung der angenommenen kollektiven kulturellen Unterschiede ersetzt. Zu diesem gängigen Prozess des „anders machen“ stellt der hier vorgeschlagene Diversityzugang eine Alternative dar.

Zu diesem Beitrag vergleiche auch: Ehret, Rebekka, 2010: Diversity - Modebegriff oder eine Chance für den strukturellen Wandel? In: van Keuk, Eva et al. (Hrsg.): Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern. Stuttgart, Kohlhammer Verlag: 43-65

Literaturverzeichnis

- Ehret, R. (2009). Die Kulturfalle. Plädoyer für einen sorgsamsten Umgang mit Kultur. In: Golsabahi, Solmaz et al. (Hrsg.). Jeder ist weltweit ein Fremder. Beiträge zum 2. Kongress des DTPPP in Wien 2008. (S. 47-55). VVB Verlag für Wissenschaft und Bildung Berlin.
- Hafen, M. & Gretler Heusser, S. (2008). Diversity Management – Mittel zur Anti-Diskriminierung, neoliberales Phänomen oder alter Wein in neuen Schläuchen? Gruppendynamik und Organisationsberatung, 39(1), S. 225-237.
- Krell, G. (2009). Gender und Diversity: Eine 'Vernunftfele' – Plädoyer für vielfältige Verbindungen. In Andresen, S., Koreuber M., & Lüdke, D. (Hrsg.), Gender und Diversity: Albtraum oder Traumpaar? Interdisziplinärer Dialog zur 'Modernisierung' von Geschlechter und Gleichstellungspolitik. (S.133-153). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Purschert, P. (2007). Diversity Management: Mehr Gewinn durch weniger Diskriminierung? Von der Differenz im Umgang mit Differenzen. Femina Politica 1. Von Gender zu Diversity Politics? (S. 88-96). Berlin: Femina Politica
- Wicker, H.-R. (1996). Von der komplexen Kultur zur kulturellen Komplexität. In Wicker, Hans-Rudolf et al. (Hrsg.), Das Fremde in der Gesellschaft. Migration, Ethnizität und Staat (S. 373-392). Zürich: Seismo

Literaturtip

- Eicke, M. & Zeugin, B. (2007). Transkulturell handeln – Vielfalt gestalten. Zur Bedeutung der transkulturellen Kompetenzen in einer Gesellschaft der Diversität. Luzern: Caritas Verlag.



Wie ist der Tod festzustellen?

Kritische Anmerkungen zu neuen medizinisch-ethischen Richtlinien

Darfeine Organentnahme vorbereitet werden, solange der Organspender noch lebt? Das ist eine der brisanten Fragen in Zusammenhang mit dem Entwurf für neue medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften.

Bis Ende März befanden sich die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zur «Feststellung des Todes mit Bezug auf die Organtransplantation» in Vernehmlassung. Die SAMW folgt

mit der Schaffung dieses Regelwerks einem in der Verordnung zum Transplantationsgesetz festgelegten Auftrag. Darin unterstellt der Gesetzgeber nicht die Definition des Todes, jedoch die Bestimmungen, wie dieser lege artis festzustellen ist, dem Stand der medizinischen Wissenschaften. Die nun vorliegenden Richtlinien geben nicht nur Empfehlungen, wie der Tod festzustellen ist, sondern auch unter welchen Bedingungen Organe entnommen und vorbereitende medizinische Maßnahmen dazu durchgeführt werden können. Dies gestützt auf das Rechtsgutachten ‚Vorbereitende medizinische Maßnahmen im Hinblick auf die Organentnahme‘ von O. Guillod und M. Mader vom März 2010 (www.transplantinfo.ch oder bag.admin.ch).

Bei der Beurteilung der vorliegenden Richtlinien sind vor allem zwei Situationen grundsätzlich zu unterscheiden:

1. Organentnahme nach dem Eintreten eines primären Hirntodes
2. Organentnahme nach dem Entscheid zum Therapieabbruch bei aussichtsloser Prognose mit kontrolliertem Herzstillstand und dem erst sekundär eintretenden Hirntod.

Organentnahme nach Eintritt des primär eingetretenen Hirntodes

Neu soll beim primär eingetretenen Hirntod auf eine zweite Hirntoddiagnostik verzichtet werden. In Zukunft soll es nur noch einen Todeszeitpunkt geben. Die erste Hirntoddiagnose wird als ausreichend angesehen. Nicht aufgenommen wird in den vorliegenden Richtlinien die erneut entstandene Kontroverse um das Hirntodkriterium. Dabei wird dieses aufgrund von neuen Erkenntnissen insofern in Frage gestellt, als man nicht einfach davon ausgehen könne, dass mit dem Hirntod die Koordinationsfunktion des Hirns für die Organe ausfalle. Es wird denn unter anderem auch dafür plädiert, bei einer Organentnahme stets eine Anästhesie durchzuführen, wie dies in der Schweiz tatsächlich geschieht.

Das Hirntodkriterium wurde 1968 als neues Todeskriterium eingeführt, um Menschen vom Beatmungsgerät befreien zu können (Harvard-Bericht der Harvard Medical School), wenn nur noch ihre Organe funktionstüchtig erhalten werden ohne Aussicht darauf, dass sie je wieder in irgendeiner Weise mit ihrer Umwelt in Kontakt treten können. Das Hirntodkriterium wurde also 1968 im Interesse des künstlich beatmeten Menschen eingeführt. Gleichzeitig ermöglichte dieser Entscheid auch die Organspende. Denn beim Hirntoten sind die Organe in unversehrtem Zustand. Der Körper des Hirntoten ist beatmet und durchblutet. Weltweit unterschiedlich geregelt ist, unter welchen Bedingungen dem Hirntoten Organe entnommen werden dürfen. Es existieren folgende Varianten:

- Direkte Zustimmungslösung: Nur wenn die betreffende Person explizit ihre Zustimmung gegeben hat.
- Erweiterte Zustimmungslösung:

Nur wenn die Angehörigen über den Willen der betroffenen Person informiert haben (gilt u.a. in der Schweiz).

- **Widerspruchslösung:** Immer, wenn kein expliziter Widerspruch vorliegt.

Organentnahme nach dem Entscheid zum Therapieabbruch

Der zur Vernehmlassung vorgelegte Entwurf fordert eine weitgehende Änderung, die gut bedacht sein will: Die Organentnahme nach dem Entscheid zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen bei aussichtsloser Prognose mit kontrolliertem Herzstillstand. Diese

Da die Organentnahme nach dem Entscheid zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen beim kontrollierten Herzkreislaufstillstand jedoch nie Thema der Debatten zum Transplantationsgesetz war, kann nicht davon ausgegangen werden, dass diejenigen, welche zu einer Spende bereit sind, dies auch unter den nun vorgeschlagenen neuen Bedingungen wären und auch vorbereitenden Maßnahmen zustimmen würden. Als Folge des TPG wurde diese Form der Organentnahme in der Schweiz zuerst gestoppt.

Im März 2010 hat das besagte juristische Gutachten von O. Guillod und

aussichtsloser Prognose vorgenommen werden. Dies stellt eine vollumfängliche Instrumentalisierung der urteilsunfähigen Patientin oder des Patienten mit aussichtsloser Prognose dar.

Heikle Fragen

Mit der Zulassung dieser Form der Organspende stellen sich Fragen sowohl grundsätzlicher Natur als auch hinsichtlich möglicher Folgen:

- Inwieweit ist diese Form der Organspende mit dem durch die Menschenwürde verbrieften Abwehrrecht in der Bundesverfassung vereinbar, bei der ein urteilsunfähiger Mensch stellvertretend und in Unkenntnis seines mutmaßlichen Willens - und sogar ohne explizite Beauftragung durch Angehörige - zur Spende freigegeben werden darf, wobei mit den vorbereitenden medizinischen Maßnahmen seine Integrität verletzt und er so instrumentalisiert werden kann?

- Entscheide zum Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen bei einer aussichtslosen Prognose werden nachgewiesenermaßen sehr unterschiedlich getroffen. Es gibt keine verbindlichen Standards. Wie also können Menschen so ungefragt zur Spende freigegeben werden?

Folgendermaßen:

- Wie kann verhindert werden, dass der Entscheid, die Therapie abzubauen, mit der Möglichkeit einer Organspende vermischt wird? Zu bedenken ist dabei, dass die Trennung der Prozesse des Therapieabbruchs einerseits und der Organentnahme andererseits, wie sie bis anhin verlangt wird, kaum mehr möglich wäre.

- Soll in Zukunft auch die Organentnahme bei geplanten Suiziden zulässig sein? Die jetzigen Formulierungen würden auch diese Form der Organspende möglich machen.

PIA HOLLENSTEIN

ehem. Nationalrätin (Grüne/St. Gallen), Pflegefachfrau und Berufsschullehrerin im Gesundheitswesen, Master of Applied Ethics Universität Zürich, Herausgeberbeirätin Soziale Medizin



Das Hirntodkriterium wurde 1968 im Interesse des künstlich beatmeten Menschen eingeführt. Gleichzeitig ermöglichte dieser Entscheid auch die Organspende, denn beim Hirntoten sind die Organe in unversehrtem Zustand.

stellt einen viel weitergehenden Eingriff als die Organentnahme nach einem primär eingetretenen Hirntod dar.

Begründung: Beim urteilsunfähigen und noch lebenden Menschen mit aussichtsloser Prognose könnten (neu) im Interesse von Organempfängerinnen und Organempfängern

1. der Entscheid zur Organentnahme getroffen und
2. noch zu Lebzeiten vorbereitende medizinische Maßnahmen zur Organerhaltung vorgenommen werden.

Bei der Abstimmung zum Transplantationsgesetz (TPG) (http://www.admin.ch/ch/d/sr/c810_21.html) wurde nur die Organspende nach bereits eingetretenem Hirntod thematisiert. Nach Artikel 8 und 10 des gültigen TPG darf erst nach dem eingetretenen Hirntod bei den Angehörigen nach dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen gefragt werden. Und vorbereitende medizinische Maßnahmen dürfen nur dann vorgenommen werden, wenn der potenzielle Spender nach umfassender Aufklärung zugestimmt hat.

M. Mader dann aber festgehalten, dass sowohl die Anfrage an die Angehörigen als auch die vorbereitenden medizinischen Maßnahmen durchgeführt werden könnten, wenn nach dem mutmaßlichen Willen des noch lebenden, jedoch urteilsunfähigen Patienten gefragt werde. Im Anschluss an dieses Gutachten wurde das betreffende Spenderprogramm in der Schweiz wieder aufgenommen. Die medizin-ethischen Richtlinien der SAMW beschreiben nun das genauere Vorgehen und gehen dabei sogar noch weiter. Auf Seite 10 letzter Absatz von Abschnitt 3.2. steht: «Ist der mutmaßliche Wille des Patienten nicht bekannt, können vorbereitende medizinische Maßnahmen nur durchgeführt werden, wenn sie für den Erfolg der Transplantation erforderlich sind, den Patienten einem minimalen Risiko aussetzen und die Angehörigen ihre Einwilligung erteilt haben.» Medizinische Maßnahmen dürfen also bereits vor dem Tod und sogar ohne Kenntnis des mutmaßlichen Willens des urteilsunfähigen potenziellen Organspenders mit

«Sie erinnern uns an unsere eigene Unvollkommenheit»

Warum tut sich unsere Gesellschaft schwer, Menschen mit einer geistigen Behinderung zu integrieren? 2. Teil eines zweiteiligen Schwerpunktbeitrags

Seit einigen Jahren findet eine intensive Diskussion darüber statt, wie sich Menschen mit einer Behinderung integrieren können bzw. inwieweit die Gesellschaft bereit ist, sich in den Bereichen Schulen, Arbeit, Wohnen und Öffentlichkeit ihnen gegenüber zu öffnen. Schaut man näher hin, muss man allerdings feststellen, dass es bei diesen Bemühungen zumeist um die Integration von Menschen mit einer Körper- oder Sinnesbehinderung geht. Geistig behinderte Menschen werden kaum einmal in diese Überlegungen miteinbezogen.

von Riccardo Bonfranchi

Dr. phil., Sonderpädagoge/Master in Advanced Studies in Applied Ethics (Uni Zürich), Redaktionsgruppe Soziale Medizin

Der erste Teil dieses Beitrags ist Anfang Februar in Soziale 1.11 S. 52 ff. erschienen, abrufbar unter <http://issuu.com/sozmed/docs/111.issuu>

Fragen wir uns nun nach dem Stellenwert behinderter Menschen in calvinistisch geprägten Zeiten, scheint ohne Wenn und Aber klar zu sein, dass ihnen die Rolle der Unbegnadigten, zur Verdammnis Prädestinierten zufiel: Die Möglichkeit zu lebenslanger, gewinnbringender Tätigkeit blieb den meisten verwehrt - d. h., sie konnten die Grundbedingung, zu den Auserwählten zu gehören, gar nicht erfüllen, wurden also chancenlos geboren.

Es ist anzunehmen, dass diese in unseren hochindustrialisierten Gesellschaften verinnerlichte Haltung nicht ohne Auswirkung auf unsere Einstellung gegenüber behinderten Menschen bleibt. Arbeit ereignet sich z. B. für Geistigbehinderte im beschützenden Rahmen einer Werkstatt, und wird in der Regel schlecht entlohnt - stellt also keinen «echten» Broterwerb dar. Schwerstbehinderten bleibt ausserdem jegliche Möglichkeit, eine Tätigkeit auszuführen, versagt.

Calvins Idee, durch Gottes Gnade zur Heiligkeit emporgehoben oder als Unbegnadete verdammt zu werden, entspricht sicherlich nicht mehr dem heutigen Weltbild. Die Meinung der «Minderwertigkeit» gegenüber Menschen, welche keine «richtige» Arbeit vollbrin-

gen, zieht sich aber - einem roten Faden gleich - bis heute durch die Geschichte: So wurden Behinderte z. B. während des Nationalsozialismus als «Ballastexistenzen» systematisch vernichtet, von «volkskörperbelastenden Schmarotzern» ist und war die Rede. Vor allem in Zeiten wirtschaftlicher Rezession, erhöhter Arbeitslosigkeit und allgemeinen Sparbemühungen nimmt die Akzeptanz gegenüber Menschen, die nicht in der Lage sind zu arbeiten, drastisch ab (vgl. BONFRANCHI 1997, 55-56).

Die Geschichte der Hilfsschulen, der Schule für Lernbehinderte entstand dort, wo es Industrie gab. Ihr wurden Schüler zugewiesen, die für die Ausführung einfachster (niedrigster) und un(an-)gelernter Erwerbsarbeiten vorbereitet werden sollten. In Zeiten der Hochkonjunktur hatten und haben die «Leistungsstärkeren» unter ihnen eine Chance, in dieser Weise auf dem Arbeitsmarkt eingesetzt zu werden. Ihr Risiko, arbeitslos zu werden, ist aber enorm hoch.

Die zunehmende Industrialisierung schraubte also das Niveau in den Elementarschulen hinauf. In der Folge entstand ein Abdrängungsprozess, wobei die Schwächeren auf der Strecke blieben. Dies war der eigentliche Beginn der



bis heute gültigen Forderung von Staat und Wirtschaft an das Schulsystem nach bestqualifizierten Arbeitskräften. Daraus ergibt sich die aus derselben Zeit stammende allgemeine Aufgliederung (Separierung) des Schulsystems: Als ‚niedrigere Volksschule‘ für Handwerker entstand die Realschule, die Sekundarschule widmete sich dem kaufmännischen Ausbildungsbereich und das Gymnasium bzw. die Mittelschulen boten zukünftigen Akademikern Zugang (vgl. BONFRANCHI 2000).

Die immer weiter fortschreitende Aufsplitterung der Arbeitstätigkeiten in kleine Teilbereiche, hervorgerufen durch immer extremer betriebene Arbeitsteilung, reduziert den Arbeiter auf die Ausführung immer wiederkehrender, gleichförmiger Bewegungsabläufe. Dadurch verschwindet allmählich die Kompetenz zur Ausführung ganzheitlicher Arbeitsvorgänge und eine Beteiligung an derer Planung bleibt

völlig ausgeschlossen. Die Möglichkeit, sich mit den eigenen Aufgaben zu identifizieren wird dadurch entscheidend beeinträchtigt, was logischerweise eine geschmälerte Arbeitszufriedenheit nach sich zieht.

Die Arbeitstätigkeit im Bereich der Werkstatt für Behinderte ist grösstenteils genauso beschaffen. Eigentlich sollte als positiver Aspekt der Technisierung eine verminderte Arbeitsbelastung, v. a. auch körperliche Entlastung hervorgehen. Entsprechende Analysen zeigen aber, dass nebst nach wie vor starker körperlicher Beanspruchung vieler Arbeitskräfte Belastungsfaktoren wie Konkurrenzdruck, Zeitdruck, Stress u. a. dazugekommen sind. Dadurch ist anzunehmen, dass sich die Qualität der Arbeitsbedingungen eher verschlechtert hat. Ein Zeichen dafür sind vermehrte Ausfallquoten durch Krankheit und Fluktuation (Arbeitskräfte suchen sich neue Stellen).

Wertigkeit der Arbeit

Die Wertigkeit der Arbeit wird einerseits durch das Mass der Entlohnung definiert. Ermöglicht wird diese jedoch nur durch eine florierende, produktorientierte Wirtschaft; indem ein Arbeitsprozess zu verkauf- und konsumierbaren Erzeugnissen führt, wird Reproduktion und Identitätsbildung der Arbeitskraft erst gewährleistet. Dabei ergibt sich von alleine, dass die Produktivität, d. h. die Leistungsfähigkeit des Einzelnen massgeblich zum Ertragserfolg beiträgt. Aufgrund solcher Überlegungen wird uns schnell bewusst, welche Wertigkeit folglich der Arbeitsverrichtung eines geistigbehinderten Menschen zukommen wird. Die meisten SonderschulabsolventInnen werden in eine geschützte Werkstatt oder eine Beschäftigungsstätte aufgenommen. Gerade Beschäftigungsstätten funktionieren aber nicht ertragsorientiert und Werkstätten

erzeugen oft nur einen Minimalgewinn von vielleicht 15%. Die Problematik solcher Institutionen liegt einerseits sicher darin, lukrative Aufträge überhaupt zu erhalten und andererseits, diese allenfalls termingerecht ausführen zu können. Dort wo Menschen nicht zeiteffizient agieren, also zeitlicher Aufwand und Erzeugnis nicht miteinander korrelieren, wendet sich ein Auftraggeber der freien Wirtschaft zu. Daraus resultiert letztlich der symbolische Betrag von etwa siebzig Franken im Monat, welcher den Arbeitskräften in geschützten Werkstätten ausbezahlt wird.

Dass unter solchen Umständen der Wert verrichteter Arbeit sehr niedrig ist, versteht sich von selbst. Es handelt sich hier nicht mehr grundsätzlich um das Produkt, sondern eben um die ‚Beschäftigung‘ von Menschen, die für das Bestehen in der freien Wirtschaft zu wenig belastbar sind und dort erstrebenswerte Leistung nicht vollbringen können. Als logische Konsequenz ist unbestreitbar, dass zentrale Funktionen der Arbeit wie die Befriedigung von persönlichen Bedürfnissen (z. B. Kleiderkauf oder Kultur) und Identitätsbildung grösstenteils verloren gehen.

Zusammenfassend ausgedrückt garantieren Intelligenz und Arbeitsfleiss eine angesehene, entsprechend bezahlte Tätigkeit. Eine intellektuell und kreativ bestqualifizierte ‚Elite‘ wird somit sehr gut bis überbezahlt sein und als Folge immer reicher und besitzender werden. Arbeit fungiert somit als Ressource von Reichtum und Besitz. Reich- und Besitztum vermitteln Unabhängigkeit und ein nicht zu unterschätzendes wirtschaftliches und soziales Machtpotential. Macht bedeutet (selbst)bestimmen, aber v. a. auch ‚herrschen‘ über Andere – der ‚Mächtige‘ übt Macht in der Regel zu seinem Vorteil aus. Hier scheint uns wiederum ein Hinweis auf Max Webers Überlegungen angebracht: Erschaffener Reichtum ergibt Kapital und Kapital ist letztendlich der Motor unserer konsumorientierten Gesellschaft. Nur wer diesen unmittelbar zu steuern vermag, verschafft sich auch Zutritt in machtausübende und beeinflussende Systeme wie Wirtschaft und Politik. Sicher sind wir heute nicht mehr dem christlichen Glauben und Calvins Vorstellungen untertan, sondern identifizieren uns eher mit einer weltlichen Lebensphilosophie. Die

Machtgierde einiger weniger, ihr Bedürfnis zu (be)herrschen und vielleicht sogar ‚Gott ähnlich sein zu wollen‘, lässt aber doch Parallelen zum Bestreben nach ‚Gottes Wohlgefallen‘ der frühen Kapitalisten vermuten.

Die gegebenen Umstände, in denen erwachsene Geistigbehinderte zu leben und zu arbeiten haben, verunmöglichen ihnen, durch Arbeit zu Reichtum und Besitz zu gelangen. Dies, obwohl viele unter ihnen nicht weniger Arbeitsstunden vorzuweisen haben als die meisten ‚Normalbegabten‘; ihre verrichtete Tä-

Nichtbehinderte wollen Menschen mit einer Behinderung nicht sehen. ‚Der Schönheitswahn ist zum Massenphänomen geworden‘ (BONFRANCHI 1997, 58) – die Schönheit des menschlichen Körpers hat in unserer Gesellschaft Kult-Status erreicht. Gleichzeitig leben aber auch Menschen ohne oder mit einer Behinderung unter uns, welche nicht dem allgemeinen Schönheitsideal entsprechen. Schenken wir der Aussage ‚Es ist unbestritten, dass wir immer stärker vom äusseren Schein eines Eindruckes bestimmt werden‘ (HAUG 1972 in:



Dort wo Menschen nicht zeiteffizient agieren, also zeitlicher Aufwand und Erzeugnis nicht miteinander korrelieren, wendet sich ein Auftraggeber der freien Wirtschaft zu.

tigkeit ist jedoch zu wenig oder überhaupt nicht ertragreich, ein Gewinn bleibt aus. Unter diesen Bedingungen ergibt sich die Machtlosigkeit behinderter Menschen als logische Konsequenz aus dem bisher Gesagten.

Schönheit - Begriff der Ästhetik und geschichtlicher Hintergrund

‚Wer von Schönheit hingerissen ist, übersieht Schwächen und verzeiht alles‘ (GOGOL in: GUGGENBERGER 1995, 71). ‚Als meine Mutter mir den Toaster als Spielzeug für die Badewanne gab, wusste ich, dass ich ein hässliches Baby war...‘ (RIVERS in: NEWMAN 2000, 147). Joan Rivers, eine amerikanische Comedy-Diva erzählte dies zwar als Witz – trotzdem, oder gerade deshalb steckt ein wahrer Kern in dieser lustig gemeinten Aussage. Anhand geschichtlicher und kultureller Hintergründe zur Ästhetik lässt sich aufzeigen, was ‚Schön sein‘ oder eben ‚Hässlich sein‘ in unserer Gesellschaft bedeutet und mit welchen Auswirkungen die ‚Betroffenen‘ zu leben haben.

BONFRANCHI 1997, 58) Glauben, müssen wir uns fragen, wie wir ‚Nichtbehinderten‘ überhaupt Behinderung wahrnehmen. erinnert sei dabei an ein schon Jahre zurückliegendes Frankfurter Gerichtsurteil: Damals erhielt nämlich eine Klägerin recht, als sie ihr Reisebüro auf Schadenersatz verklagte, weil sie ihre Ferien in einem Hotel verbringen musste, in dem gleichzeitig 25 geistig und körperlich Behinderte weilten. In der Urteilsbegründung hiess es u. a. ‚es ist nicht zu verkennen, dass eine Gruppe von Schwerstbehinderten bei empfindsamen Menschen eine Beeinträchtigung des Urlaubsgenusses darstellen kann... dass es Leid auf der Welt gibt, ist nicht zu ändern, aber es kann der Klägerin nicht verwehrt werden, wenn sie es jedenfalls während des Urlaubs nicht sehen will‘ (BONFRANCHI 1997, 58). In der Annahme, dass dieser Gerichtsfall die heutige Meinung der Gesellschaft grösstenteils widerspiegelt, wird klar, dass Nichtbehinderte Menschen mit einer Behinderung nicht sehen, sich durch ‚diesen Anblick‘ ästhetisch nicht beeinflussen lassen wollen. Vermittelt wird uns das ‚Aestheti-

sche» - auch «stilvoll Schöne», Geschmackvolle» oder «Ansprechende» (DUDEN 1997, 89) - v. a. durch beeinflussende Medien wie Fernsehen, Illustrierte oder Internet. Die in der Werbung vorherrschenden Motive Leistung, Erfolg, Karriere, Sexappeal, usw. werden mit Attributen wie «schön», «gut», «gesund» und «dynamisch» umgesetzt - es besteht also ein «ästhetischer Stereotyp», welcher immer wieder Verwendung findet (vgl. BONFRANCHI 1997, 57-58).

Die platonische Philosophie Im Mittelpunkt steht der Begriff «Ästhetik» - die «Wissenschaft vom Schönen» und die «Lehre von der Gesetzmässigkeit und Harmonie in Natur und Kunst» (DUDEN 1997, 89). Wie unschwer zu erkennen ist, können wir das Bild einer Behinderung nicht mit unserem ästhetischen Empfinden in Einklang bringen und verdrängen es deshalb. Es ist anzunehmen, dass Behinderung gegen ästhetische Normen verstösst, die wir seit Jahrtausenden verinnerlicht haben - die Diskussion um das Schöne ist demnach alt und nimmt von der platonischen Philosophie herkommend ihren Ausgang (vgl. BONFRANCHI 1997, 59ff).

Eine gewisse Bedeutung kann dem Wort «kalos» (= schön) zugesprochen werden, welches jedoch auch für die Begriffe «das Brauchbare» und «das Zweckdienliche» eingesetzt wurde (ZIMMERMANN in: MARTENS 1991 in: BONFRANCHI 1997, 59). Sokrates unterschied zwei Beurteilungsmaßstäbe: Intelligenz und Schönheit. Er zog die Möglichkeit in Betracht, das Schöne als eine Empfindungsqualität zu verstehen, wie wir eben einen Menschen, ein Kunstwerk oder Musik «schön» finden. Da ihn diese Möglichkeit jedoch nicht weiterführte, gestand er schliesslich, nicht zu wissen, was das Schöne eigentlich sei.

Platon hingegen ging davon aus, dass es ein absolut Schönes gibt, eine Idee des Schönen, von der aus wir bemessen, was weniger schön ist. Platon bringt aber auch das Schöne mit dem Wahren und Guten in Verbindung - eine in Bezug auf eine Behinderung zweifelsohne folgenschwere Kombination. Diese Einstellung wird uns nebst Medien und Werbung auch sehr stark durch Filme suggeriert - d. h. der/die FilmheldIn ist gut und fast ausnahmslos schön. Wei-

ter stellt Platon eine Verbindung zur Definition der «Harmonie» her. Er sagte: «Jede Zusammensetzung ohne Mass und Proportion muss unweigerlich völlig misslingen, sowohl im Detail wie auch als Gesamtkomposition...Rechtes Mass aber und Proportionalität ergeben stets Schönheit und Vollkommenheit»



somesmedicina | flickr

(vgl. PLATON, Philebos 64d ; 4. Jh. v. Chr., in : MUELLER 1992 in: BONFRANCHI 1997, 59).

Wie hat nun - nach platonischem Gedankengut - ein schönes, harmonisches Gesicht auszusehen? Laut Judith Langlois, einer Psychologieprofessorin: «Ein symmetrisches, vor allem aber ein durchschnittliches Gesicht - durchschnittlich im Hinblick auf Position und Mass aller Züge. Einige Gesichter sind angenehmer anzusehen als andere: Das Bild eines jungen Mädchens mit weit auseinanderstehenden Augen und kleiner Nase wirkt angenehmer als ein junges Mädchen mit eng zusammenstehenden Augen und breiter Nase. Extreme Ausprägungen stossen ab und sind im Allgemeinen nicht anziehend (LANGLOIS in: NEWMAN 2000, 146).

Vollendung der Harmonielehre durch die Griechen

Die Griechen waren diejenigen, die erstmals ein Mass für die Grössen und Län-

gen der einzelnen Körperteile herstellten. Dieses Mass stand für den Begriff der Vollkommenheit; vermutlich das erste, auch schriftlich niedergelegte, von Menschen erschaffene Schönheitsideal. Dieses wurde nach dem Versuch errichtet, möglichst die «goldene Mitte» zu finden und das Extreme auf die eine oder

andere Seite zu vermeiden. Diese «goldene Mitte» garantiert jedoch nicht nur Schönheit, sondern steht auch für Gesundheit und Sittlichkeit. Somit sind wir wieder bei der Harmonie angelangt, welche als Grundlage für dieses Ideal diente.

Diese harmonische Ordnung wirkt bis heute als Massstab für unsere Urteile, was als «harmonisch» bezeichnet werden kann und was nicht - wir unterliegen ihr sogar je länger je mehr. So können wir beim Anblick eines Menschen mit angeborener Fehlbildung der Gliedmassen (= Dysmelie; z. B. durch Congeniterschädigung) diese nicht einfach feststellen und zur Tagesordnung übergehen. Wir empfinden diese «Disharmonie» als unangenehm und störend - verstanden im «Platonischen Sinne von Harmonie».

Schönheit die sich vom Unvollkommenen (Behinderung?) abhebt, hat in jeder Zeit und in jeder Kultur eine bedeutsame Rolle gespielt; ob im alten Ägypten («Nofretete» heisst «Die Schöne ist gekommen»), in der Antike, in der

sich das klassische Ideal ausprägte, im alten Testament, wo Frauen (Esther, Judith) wie Männer (Saul, David, Josef) ihrer Schönheit wegen gerühmt wurden: 'Die Schönen sind die Erwählten!' (BONFRANCHI 1997, 61). Schönheit im Sinne von Harmonie wurde also auch durch das Christentum weitertransportiert; das heisst, die Idee von Platon wird somit göttlich, 'zu Gott hin überhöht' (vgl. BONFRANCHI 1997, 59-61).

Der Gegenbegriff des Schönen: Das Hässliche

In den emotionalen Bereich gehört das Beurteilungsvermögen was schön sei und was nicht, nach der Idee von Kant. Diese Beurteilung erfolgt individuell und wird auf das Subjekt und auf das Gefühl desselben bezogen. Lust oder Unlust, Wohlgefallen oder Missfallen – etwas, das uns als Wohlgefallen er-

ertappen uns beim Gedanken, selber zum Glück nicht so zu sein; der Anblick wird als unschön, eben hässlich und mitleiderregend empfunden. Das Hässliche verletzt also einerseits unser Empfinden, muss aber allzuoft als Messmittel herhalten, Schönes noch schöner erscheinen zu lassen (vgl. BONFRANCHI 1997, 62).

Das Hässliche als moralisches Problem im Mittelalter

Vor allem im Mittelalter wurde das Hässliche zum moralischen Problem: Das Hässliche hat Schuld auf sich geladen und gilt dementsprechend als 'böse'. Ein in damaliger Zeit geborenes fehlgebildetes Kind – eine 'Missgeburt' also – musste als Produkt 'unsittlichen', 'gottvergessenen' Verhaltens von Mann und Frau herhalten (v. BINGEN in: BONFRANCHI 1997, 62- 63). Auch für Luther sind Behinderte 'vom Teufel be-

schaftliche Forschungsergebnisse zeigen deutlich, dass gutes Aussehen mit positiven Eigenschaften assoziiert wird: Betrachten LehrerInnen Bilder von hübschen oder eben weniger hübschen Kindern, werden 'die Hübschen' eindeutig als intelligenter und beliebter eingeschätzt. In simulierten Gerichtsprozessen werden gutaussehende Angeklagte weniger oft für schuldig gehalten oder erhalten zumindest niedrigere Strafen.

Als Fazit dieser Forschungsergebnisse ergibt sich für 'Gutaussehende' in unserer Gesellschaft ein grosser Vorteil – sie sind Hauptempfänger positiver Signale ihrer Umwelt: Wenn das niedliche Baby von seiner Mutter mehr Aufmerksamkeit bekommt und dem hübschen Kind leichter verziehen wird, wenn schöne Menschen leichter Freunde finden – dann entlarvt sich 'Schönheit' als soziale Macht, die nicht zu verkennen ist (vgl. BONFRANCHI 1997, 63).

Auswirkungen des 'Behinderten- Bildes' in 'Nichtbehinderten- Köpfen'

Nippert weist auf eine Textstelle Montaignes (17. Jh.) hin, worin zu lesen ist, dass 'Behinderte durch die gesellschaftliche Reaktion auf das Ungewohnte zu Aussenseitern gemacht werden' (vgl. NIPPERT in: BONFRANCHI 1997, 63). Nicht ganz so aufgeklärt gab sich 100 Jahre später Linné, der den 'Homo sapiens' vom 'Homo monstrosus' trennte: In seiner hierarchisch geordneten anthropologischen Klassifikation steht der weisse (europäische) Mensch über dem roten, gelben und schwarzen Menschen (in dieser Reihenfolge), wobei der 'monströse' Mensch allen unterliegt und somit das Schlusslicht der 'Menschenrangliste' bildet (vgl. ebd., 63).

Guggenberger (1991) spricht von beschriebener sozialer Macht der Schönheit. Dabei wird Schönheit und Ästhetik gerne mit Sympathie und Zuwendung verknüpft – eine Tatsache, die aber im Allgemeinen nicht gerne zugegeben wird und somit ein nicht irrelevantes Tabu darstellt: Wenn wir nämlich eine Person nett und sympathisch, aber auch tüchtig finden, weil sie uns gefällt, so sind wir ebenso der Meinung, unserem Empfinden nach 'hässliche' Menschen als weniger nett,



Betrachten LehrerInnen Bilder von hübschen oder eben weniger hübschen Kindern, werden 'die Hübschen' eindeutig als intelligenter und beliebter eingeschätzt.

scheint, können wir als schön bezeichnen. Was uns missfällt, ist folgedessen nicht schön und bereitet uns Unbehagen – was im Falle einer Behinderung sicher der Fall ist. Das Unbehagliche, oder als Gegenbegriff des Schönen – das Hässliche – zu sehen, versuchen wir zu vermeiden. Es verletzt unseren Sinn für das Harmonische, passt nicht ins Bild unseres harmonisch aufgebauten Ideals (vgl. BONFRANCHI 1997, 61-62).

Was bedeutet dies für Personen (z. B. Menschen mit einer geistigen Behinderung), die diesem Bild nicht entsprechen? Betrachten wir ein Bild eines z. B. durch einen Unfall entstellten Gesichts oder von verkürzten, abgetrennten Gliedmassen, entstehen unweigerlich Gefühle des Unbehagens, mit denen wir nur schwer fertig werden können. Wir

sessen oder zumindest Wechselbälger, vom Teufel anstelle eines gesunden Kindes einer nichtbehinderten Frau untergeschoben'. Im Glauben an ein 'Teufelskind' ist es natürlich einfacher, dieses nicht nur als hässlich, sondern auch als 'nicht gut' oder 'böse' zu bezeichnen. Das ein solches Kind keine Zuwendung bekam, ausgesetzt oder gar getötet wurde, war für die damalige Zeit sicherlich normal (vgl. BONFRANCHI 1997, 62-63).

Heute sprechen wir zwar nicht mehr von 'Wechselbälgern und Teufelskindern' – es ist aber erwiesen, dass ein nicht unserem Schönheitsideal entsprechender Säugling weniger Zuwendung erhält. Die Wirkung der äusseren Erscheinung darf somit auf keinen Fall unterschätzt werden. Sozialwissen-

unsympathisch und leistungsschwach einzustufen.

Folglich soll, wer schon nicht schön ist, wenigstens mehr leisten – sozusagen zur ‚Kompensation seines Makels‘. Glücklicherweise kann ‚mangelnde Schönheit‘ in der heutigen Zeit ausserdem ‚optisch korrigiert‘ werden: Nichtbehinderte sind je länger desto mehr bereit, ihren Körper oder Teile davon der Schönheitschirurgie anzuvertrauen, weil sie sonst nicht (mehr) dem gängigen ästhetischen Bild entsprechen, d. h. demzufolge auch nicht mehr ‚voll und ganz leistungsfähig‘ sind. Unser eigenes unvollkommenes Aussehen wird uns täglich durch Vollkommenheit – entsprechend dem griechischen Bedürfnis nach Harmonie – suggerierende Bilder bewusst gemacht; in‘ sind chirurgische Verschönerungen nach ‚Claudia-Schiffer-Nase-Lippen-Busen- Schnittmuster‘, ‚out‘ somit hängende Mundwinkel, Krähenfüsse und Hängebrüste.

Diese Verarbeitung des westlichen Schönheitsideals führt zu einer weltweiten Vereinheitlichung der Körperideale, die Vorstellung von Schönheit wird dadurch immer gleichförmiger (vgl. BONFRANCHI 1997, 63-64). Das Streben nach dem perfekten Erscheinungsbild ist demnach ein globales Phänomen, wobei kulturelle Unterschiede in Bezug auf die Beliebtheit einzelner kosmetischer Eingriffe feststellbar sind. So lassen sich z. B. in Brasilien die Frauen die Brüste verkleinern, weil sie kleine Brüste und üppige Hinterteile bevorzugen. Die Amerikanerinnen hingegen wählen bekanntlicherweise Silikon zur Brustvergrösserung.

Intoleranz der Gesellschaft gegenüber ‚Normabweichungen‘ Der Trend zu beschriebener ‚gleichförmiger, globaler Schönheit‘ ist natürlich in einem gesellschaftlichen Zusammenhang zu sehen. Unsere Gesellschaft zeigt sich zunehmend intolerant, d. h. sie duldet grundlegend immer weniger Abweichungen von der Norm. Wenn uns Werbung, Fernsehen, Film- und Modewelt also Vollkommenheit im platonischen Sinne als ‚Norm‘ vermitteln, wird Disharmonie und Unattraktivität keinen Platz zugesprochen. Wir wollen mit dem Nicht-Schönen, Nicht-Harmonischen und Unfunktionalen nichts zu tun haben – es erinnert uns an unsere eigene Unvollkommenheit, unser Altern, den

eigenen Tod. Behinderte und alte Menschen sind folglich in der Werbewelt der Schönen, Erotischen und Jung-Dynamischen nicht gefragt (vgl. BONFRANCHI 1997, 64).

Trotzdem sind in den letzten Jahren vereinzelt Bemühungen in gegensätzlicher Richtung unternommen worden; so ‚durfte‘ sich 1999 ein älteres, spärlich bekleidetes Liebespaar zu flippigem 80er-Jahre-Sound in sommerlicher Hitze für SWICA Versicherungen in erotischer Umarmung aufs Bett schwingen, was beim Kinopublikum Ausruf des Entsetzens aber auch Begeisterungsjauchzer auslöste. Ein Jahr zuvor ‚engagierte‘ Oliviero Toscani für den Benetton-Winterkatalog ‚die sonnenblumen‘ 1998 ausschliesslich geistigbehinderte Kinder und Jugendliche mit ihren Eltern, Geschwistern oder Betreuungspersonen als ‚Models‘. Natürlich ist die Bevölkerung auch hier geteilter Meinung, gerade bezüglich der ‚skandalträchtigen Schockwerbung‘ Toscanis – ‚skandalös und provokativ‘ mögen dementsprechend die Einen denken und vom ‚Zynismus der Werbung‘ sprechen, welche vor nichts zurückschreckt, um Staunen zu erregen und ein angepriesenes Produkt auch verkaufen zu können. ‚Eine gute Sache‘ finden die Anderen und befürworten Benettons Bestreben, eben gerade ‚die Realität zu zeigen, durch welche wir nicht gestört werden möchten‘ (vgl. TAMARO in: BENETTON 1998, 3).

Dieser Ansicht sind wir eigentlich auch, obwohl unserer Meinung nach der Katalogtitel, das im Vorwort vertretene Behinderten-Bild einer beteiligten Mutter (‚Ich glaube, alle behinderten Kinder und Erwachsenen sind Engel, denn sie kennen keine Bosheit, keine Lügen und keine Falschheit‘) (vgl. ebd., 3) und letztendlich die gezeigten Bilder eine gar allzu ‚heile Welt‘ vermitteln wollen – wobei dies ja wiederum dem Sinn von Werbung entspricht. An dieser Stelle sei bemerkt, dass es sich bei besagten geistigbehinderten Fotomodellen keinesfalls um offensichtlich schwerstbehinderte Menschen mit verkrümmten Gliedern oder ‚unharmonisch‘ verzerrten Gesichtszügen handelt. Im Gegenteil, viele sind u. E. nach sehr hübsch und werden wohl durch ihr Äusseres nicht sofort als ‚behindert entlarvt‘. Des Weiteren werden mehrmals

Kinder und Jugendliche mit Trisomie 21 gezeigt; junge Menschen also, die wir zwar ‚behindert‘ wissen, aber generell als sehr ‚herzig, lieb und fröhlich‘ wahrnehmen.

Nur wenn die Gesellschaft bereit ist, auch Menschen zu akzeptieren, die weniger intelligent, weniger arbeitsfähig und weniger schön sind, wird es möglich sein, dass diese sich auch integrieren können. Werden diese drei Bereiche weiterhin in dem Masse verabsolutiert, wie dies heute der Fall ist, werden Menschen mit einer geistigen Behinderung wenig Chancen haben, als gleichwertige Mitglieder in der Gesellschaft leben zu können. Sie werden zwangsweise weiterhin marginalisiert werden. Dies ist einer sich dem Humanitätsprinzip verschriebenen Gesellschaft aber unwürdig.

Literatur

- Barth, A.: Die Graugans lässt grüssen. In: Der Spiegel 50, 1999, 122ff
- Benetton-Winterkatalog ‚die sonnenblumen‘. Bergamo 1998
- Bonfranchi, R.: Löst sich die Sonderpädagogik auf? Luzern 1997
- Bonfranchi, R.: Integration meint das Miteinander des Verschiedenen. In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik. Luzern 12/2000, 24ff
- Bonfranchi, R.; Mayer, E.; Rupp, D.: Visueller Eindruck, Geistige Behinderung, Gesellschaftliche Bedeutung. Eine empirische Studie über visuelle Eindrucksdeutung im sonderpädagogischen Bereich. Oberhausen 2002
- Der Brockhaus: 5. aktualisierte Auflage. Leipzig 1993
- Dillinget: Klassifikation der Intelligenzminderung. WHO. 1991
- Duden: Das Fremdwörterbuch. Mannheim 1997
- Duden: Sinn- und sachverwandte Wörter. Mannheim 1997
- Erziehungsdirektion des Kantons Bern: Dokumentation ‚Anlehre – Chance für Betriebe und Jugendliche‘. Berufsberatung Bern
- Frey, S.: Die Macht des Bildes – Der Einfluss der nonverbalen Kommunikation auf Kultur und Politik. Bern 1999.
- Guggenberger, B.: Einfach schön. Hamburg 1995
- Hurrelmann, K.: Familienstress – Schulstress – Freizeitstress. Weinheim und Basel 1990
- Mäder, U.: Armut mindert das Selbstwertgefühl. In: Kindergarten, 2000, 6, 5ff
- Müller, E.: Hilfe gegen Schulstress. Reinbek bei Hamburg 1984
- Neuhaus, Ch.: Haarausfall kann Ihre noch junge Karriere gefährden. In: Der Bund, 2000, 97, 23
- Newman, C.: Die Magie der Schönheit. In: National Geographic, 2000, 1, 135ff
- Puntsch, E.: Das neue Zitatensbuch. Augsburg 1997
- Stadelmann, W.: IQ-Werte sind nicht das Mass aller Fähigkeiten. In: Der Bund – Das Rätsel im Kopf, März, 2000, 8ff

Es ist das explizite Ziel der Revision, jährlich rund 500 Millionen Franken einzusparen. Die zu erwartenden Kürzungen bringen das Risiko mit sich, dass kranke Menschen in Armut gedrängt werden.

Revision der Invalidenversicherung 6a

Spar- statt Sozialpolitik

Das eidgenössische Parlament hat im März den ersten Teil der sechsten Revision der Invalidenversicherung IV verabschiedet. Diese IV-Revision 6a besteht aus der Einführung von Massnahmen zur Schulden- und Kostenreduktion sowie des Assistenzbeitrags. Letzterer ist nicht Gegenstand dieses Textes. Vielmehr soll hier die so genannte eingliederungsorientierte Rentenreform, sprich die Sparmassnahmen, einer sozialpolitischen Einschätzung unterzogen werden. Dabei wird deutlich dass die IV-Revision 6a von finanziellen Überlegungen dominiert ist und der Schutz- und Solidaritätsgedanke verloren zu gehen droht.

Es ist das explizite Ziel der Revision, jährlich rund 500 Millionen Franken einzusparen. Dafür müssen rund 12'500 Rentnerinnen und Rentner wieder Eingang in den Arbeitsmarkt finden. Bestehende Renten werden überprüft, gekürzt oder gestrichen. Die zu erwartenden Kürzungen bringen das Risiko mit sich, dass kranke Menschen in Armut gedrängt werden.

Wirtschaftliche Absicherung gefährdet

Schon heute sind mehr als ein Drittel der IV-Rentnerinnen und -Rentner für die Existenzsicherung auf Ergänzungsleistungen angewiesen. Die IV-Revision 6a sieht nun vor, Renten aufgrund neu eingeschätzter Arbeitsfähigkeit zu kürzen. Leider ist jedoch davon auszugehen, dass viele der Betroffenen keine Arbeitsstelle finden werden, die es ihnen ermöglicht, die Rentenkürzung durch Lohn zu kompensieren. Pro Mente Sana warnt auch davor, dass in Zukunft aufgrund einer attestierten Teilarbeitsfähigkeit bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen ein fiktives Einkommen angerechnet wird. Dies dürfte dazu führen, dass die Betroffenen auf Unterstützung der Arbeitslosenversicherung oder Sozialhilfe angewiesen sein werden und ihr Einkommen im schlimmsten Fall unter die Armutsgrenze sinkt.

Anstatt die Existenzsicherung von kranken und behinderten Menschen zu verbessern, verfolgt die Revision 6b der IV einseitig finanzpolitische Ziele. Diese Tendenz wird dadurch verstärkt, dass die verschiedenen Sozialversicherungen seit einigen Jahren isolierten Reformen unterzogen werden und dabei vielmehr Spar- als Sozialpolitik betrieben wird. Sparvorgaben in den einzelnen Sozialwerken haben zu einer unkoordinierten Verschiebung der Zuständigkeiten für die Existenzsicherung geführt. Die Frage der Existenzsicherung wird durch die Einschränkung von Zugangsbedingungen und Versicherungsleistungen nicht gelöst, sondern zugespitzt. Bevor in der anstehenden Revision 6b der IV weiterer Abbau betrieben wird, ist es höchste Zeit, das soziale Sicherungssystem einer Gesamtschau zu unterziehen. Es gilt zu prüfen, ob die bestehenden Risiken mit den heutigen Instrumenten der sozialen Sicherheit adäquat abgedeckt werden und welche Änderungen notwendig sind.

Integrationsfähigkeit des Arbeitsmarktes fördern

Um das gesetzte Sparziel von jährlichen 500 Millionen Franken zu erreichen, sieht die IV-Revision 6a vor, 12 500 IV-Rentnerinnen und Rentner in den Arbeitsmarkt zu reintegrieren. Es stellt sich jedoch die Frage, ob der Arbeitsmarkt jenen Menschen, die über mehrere Jahre eine IV-Rente bezogen haben, überhaupt eine Chance gibt. Die Integrationsbemühungen vieler IV-Beziehenden scheitern weder an fehlenden Qualifikationen und Fähigkeiten noch an mangelnder Motivation, sondern daran, dass Arbeitsgebende, welche bereit sind, die Bedürfnisse von kranken und behinderten Menschen zu respektieren, immer noch eine Minderheit darstellen. Der einseitige Druck auf IV-Beziehende, unge-

achtet der Möglichkeiten des Arbeitsmarktes, ist das falsche Signal. Eine bürgerliche Mehrheit hat verhindert, dass Arbeitgebende verpflichtet werden, eine minimale Anzahl an Arbeitsplätze für Invalide anzubieten. Durch finanzielle Abgaben zur Förderung von Nischenarbeitsplätzen und Sozialfirmen müssen die Arbeitgebenden nun vermehrt in die Pflicht genommen werden. Anstatt ausschliesslich die Integrationsfähigkeit der IV-Beziehenden zu betrachten, scheint es angebracht, das Augenmerk vermehrt auf die Integrationsfähigkeit des Arbeitsmarktes zu richten. Solange nicht mehr Arbeitsplätze für leistungsschwächere Menschen geschaffen werden, ist der Eingliederungsdruck auf IV-Beziehende schlicht nicht zielführend.

Errungenschaften verteidigen und soziale Sicherheit stärken

Der wirtschaftliche und gesellschaftliche Wandel der letzten Jahrzehnte hat die Bedeutung eines solidarischen sozialen Sicherungssystems noch verstärkt. Von Arbeitnehmenden wird zunehmend Flexibilität erwartet. Die damit verbundenen Risiken können nur gesellschaftlich getragen werden. Das Individuum kann sich dahingehend nicht alleine absichern. Das Ziel der Invalidenversicherung muss die Existenzsicherung bei krankheits- und unfallbedingter andauernder Arbeitsunfähigkeit bleiben. Eine solidarische Absicherung ist sinnvoll, notwendig und stärkt den gesellschaftlichen Zusammenhalt. Sie ist jedoch durch die Revision 6a und mehr noch durch die anstehend Revision 6b der IV gefährdet. Der Schutz vor Armut bei Krankheit und Invalidität durch eine starke Invalidenversicherung ist ein zentrales Element einer solidarischen Gesellschaft. Diesen gilt es zu verteidigen und zu stärken.

REGULA HEGGLI

Leiterin Fachstelle Sozialpolitik, Caritas Schweiz