



Gestaltung: Stefan Witschi
Foto: Philippe Leroyer | Flickr

Schwerpunkte dieser Ausgabe

Atomenergie

- 22** Wie gefährlich sind Kernkraftwerke für die Gesundheit?
Interview mit Claudio Knüsli (Ruedi Spöndlin)

Migration

- 31** Ein Trauma kann mal als Erdbeben im Kopf umschreiben
Gespräch mit Daniela Heimberg und Lenka Svejda (Daniel Gelzer, Ruedi Spöndlin)

Erwachsenenschutz

- 41** Gewalt entsteht dort, wo man ihr Raum lässt
Gespräch mit Daniel Rosch und Gabriela Stoppe (Ruedi Spöndlin)
- 48** Die dunkle Geschichte der Fürsorglichkeit
Ruedi Spöndlin
- 50** Von der Vormundschaft zum Erwachsenenschutz
Christoph Häfeli, Peter Mösch Payot, Daniel Rosch, Diana Wider

Krankenversicherung

- 58** Kein Mensch würde dieses komplizierte System neu schaffen
Ruedi Spöndlin

Magazin & Rubriken

- 4** Kurznachrichten
- 5** Kooperation statt Integration
Riccardo Bonfranchi
- 6** Kolumne: Enthüllung
Dani Winter
- 7** Wer kommt in den Genuss von Case Management?
Ruedi Schläppi
- 9** Zwangsausstaffungen und medizinische Ethik
Helene Vermeulen, VUA*
- 10** Med in Switzerland: Kampf gegen Mangel- und Unterernährung
Martin Leschhorn Strebel
- 12** Die eidgenössische Gesundheitskasse
Jacqueline Fehr
- 14** Infos aus der Genwelt
Basler Appell gegen Gentechnologie
- 16** Bhopal – 25 Jahre nach der Chemiekatastrophe
Alex Schwank
- 17** Das Buch ‚Falsches Spiel‘ von Martin Forter
Alex Schwank
- 19** Ein geistig behindertes Kind am Wachstum hindern?
Riccardo Bonfranchi
- 25** Wieviel Demokratieverlust erträgt das Gesundheitswesen?
Remo Gysin
- 27** Neue Wege in Somalia
Interview mit Mohamad Roble (Heinrich Frei)
- 30** Erfolgreiche Klage von Frauen gegen Novartis
Alex Schwank
- 34** Mittelseiten: Flutkatastrophe in Pakistan
- 64** Rezensionen und Veranstaltungen
- 67** Inserate
- 68** Die Schweinegrippe ist vorbei
Ruedi Spöndlin

• • • • •

Roger Sablonier verstorben:

Ein Aufklärer unheilvoller Geschichte

rsp. Am 8. Juni ist der emeritierte Geschichtspräsident Roger Sablonier im Alter von 69 Jahren verstorben. In den 1990er Jahren leitete er die Aufarbeitung der unheilvollen Geschichte des Hilfswerks «Kinder der Landstrasse», das während Jahrzehnten Jenischen die Kinder weggenommen hatte (vgl. Soziale Medizin 4/98 S. 17 ff.). Selbst jenseitiger Herkunft, war Sablonier für diese Aufgabe besonders legitimiert. Sabloniers angestammtes Tätigkeitsfeld war die Geschichte des Mittelalters. So bemühte er sich um ein kritisches und unideologisches Bild der frühen Schweizergeschichte und wagte auch einmal die provokative Aussage, der legendäre Bundesbrief von 1291 sei eine Fälschung. Lesenswert, wenn auch anspruchsvoll, ist diesbezüglich sein vor 2 Jahren erschienenes Werk «Gründungszeit ohne Eidgenossen».

• • • • •

Managed Care:

SGSG fordert Korrekturen

Kein Aufpreis für Versicherte, welche die freie Arztwahl beibehalten. Sondern höchstens ein Rabatt für diejenigen, die darauf verzichten. Diese Stellungnahme zu Managed Care hat die SGSG an ihrer Generalversammlung vom 15. Juni beschlossen. Ebenfalls ab lehnt die SGSG die Budgetmitverantwortung der an Managed Care-Netzwerken beteiligten ÄrztInnen.

Mitte Juni hat der Nationalrat beschlossen, dass jede Krankenkasse eine Versicherungsvariante mit Managed Care-Netzwerk anbieten muss, in welchem eine eingeschränkte Arztwahl gilt. Wer weiterhin die freie Arztwahl will, soll eine höhere Selbstbeteiligung (ver-

mutlich maximal 1'700 Franken statt 1'000 Franken pro Jahr) bezahlen. Die ÄrztInnen in den Managed Care Netzwerken sollen eine Budgetmitverantwortung tragen, also mehr verdienen, wenn sie weniger Kosten verursachen.

Noch ist jedoch kein abschliessender Entscheid gefallen. Der Ständerat muss der Vorlage auch noch zustimmen. Dies wird er voraussichtlich im Dezember tun. Noch nicht ganz fest steht zudem, wie hoch der maximale Selbstbehalt sein soll, den Versicherte zu tragen haben, die nicht auf die freie Arztwahl verzichten. Bundesrat Didier Burkhalter hat nach dem Entscheid des Nationalrats durchblicken lassen, er könne sich unter Umständen eine tiefere Limite als die bisher erwarteten 1'700 Franken vorstellen. Diese festzulegen, liegt in der Kompetenz des Bundesrats.

Verschiedene Patientenorganisationen und Berufsverbände des Gesundheitswesens fordern, die Krankenkassen sollten nicht bestimmen können, welche Ärztenetze ihren Versicherten zur Verfügung stehen. Die Zulassung der Netzwerke solle vielmehr Sache einer öffentlichen Stelle sein. Den Versicherten, die sich für die Versicherungsvariante mit eingeschränkter Arztwahl entscheiden, sollten unter allen von dieser Stelle zugelassenen Netzwerken auswählen können.

Mehr dazu unter <http://www.sozialemedizin.ch/?p=1266>

• • • • •

Hilfe zur Selbsttötung:

Bundesgericht kippt Vereinbarung

Die rechtlichen Grenzen der organisierten Freitodhilfe in einer Vereinbarung mit der Staatsanwaltschaft festzulegen, ist laut einem neuen Urteil des Bundesgerichts nicht zulässig. Am 16. Juni hat das Bundesgericht entschieden, die im Jahr 2009 zwischen der Sterbehilfeorganisation Exit und der Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich abgeschlossene Vereinbarung über das Vorgehen bei der Hilfe zur Selbsttötung sei nichtig. Die Strafbarkeit der Suizidhilfe

werde im Strafgesetzbuch abschliessend geregelt, und das Vorgehen in solchen Fällen halte die Strafprozessordnung fest. Da bestehe kein Raum mehr für weitere Regelungen. Mehr dazu unter <http://www.sozialemedizin.ch/?p=1301>

• • • • •

Bevölkerungspolitik

Pillenknick und Kinderkrippen

Dank des grösseren Angebots von Kinderkrippen würden in der Schweiz wieder mehr Kinder geboren. Darauf deutet eine anfangs Juli bekannt gewordene Studie der Universität Lausanne hin. Vor sechs Jahren bezweifelte der Soziologie Beat Fux in einem Interview mit der Sozialen Medizin (Soziale Medizin 2.04) einen solchen Effekt allerdings. Aus Gerechtigkeitsgründen befürwortete er familienpolitische Massnahmen wie Tagesbetreuung, Kinderzulagen und eine Mutterschaftsversicherung trotzdem. Ein Mythos ist übrigens auch der legendäre Pillenknick.

Mehr dazu unter: <http://www.sozialemedizin.ch/?p=1314>

• • • • •

Deutschland:

Bundesgerichtshof erlaubt Präimplanta- tionsdiagnostik

Am 6. Juli hat der deutsche Bundesgerichtshof in Leipzig die Präimplantationsdiagnostik (PID) überraschenderweise für zulässig erklärt. In unserem nördlichen Nachbarland wird es künftig somit zulässig sein, im Reagenzglas gezeugte Embryonen vor der Einpflanzung in den Mutterleib genetisch zu untersuchen. In der Schweiz ist die PID gesetzlich verboten. Das Parlament hat

Fortsetzung auf Seite 6



Kooperation statt Integration

Was bleibt nach dem Rückzug des sonderpädagogischen Konzepts im Kanton Zürich? Dessen Stossrichtung war, Kinder mit einer geistigen Behinderung in die Regelschule zu integrieren. Über diese Form von Integration haben wir in der Sozialen Medizin intensiv diskutiert (Ausgabe 1.09 und 3.09). Der Autor des vorliegenden Kommentars hat sich dabei kritisch geäußert.

Nachdem sowohl politische wie auch pädagogische Stellen das neue sonderpädagogische Konzept des Kantons Zürich, aus unterschiedlichen Gründen, massiv abgelehnt haben, ergibt sich die Frage, was von der Integration behinderter Kinder in die Volksschule bleiben wird. Tatsache ist, dass die Strukturen der Volksschule nicht für eine solch gross angelegte Integration geeignet sind. Dies wurde von Seiten der Volksschule immer wieder betont. Eine heilpädagogische Unterstützung von einigen wenigen Stunden pro Woche und pro Kind kann einfach nicht ausreichend sein, um einerseits die Förderung des betreffenden behinderten Kindes zu gewährleisten und andererseits die Regelschule vor Überforderung zu schützen. Tatsache ist aber auch, dass der Kanton hier eine Sparübung auf Kosten sowohl der behinderten Kinder wie der Regelschulen der Gemeinden veranstalten wollte, was ebenfalls bei allen Beteiligten sehr schlecht angekommen

men ist. Bleibt letztendlich die Frage, wie ein solches Konzept überhaupt hat entstehen können bzw. wie weit die heutige Bildungsdirektion von den Realitäten sowohl des heilpädagogischen wie regelpädagogischen Alltags entfernt ist? Da waren die Vorstellungen eines früheren Erziehungsdirektors (Buschor) ja geradezu realistisch.

Nachhaltiger Kontakt ist zu befürworten

Nun besteht die Gefahr, dass man insbesondere von (rechter) politischer Seite 'Ende Feuer' ansagt, weil die Integration versucht worden sei und nicht geklappt habe. Das darf nicht sein. Niemand war und ist gegen das Anliegen, dass Kinder mit und ohne Behinderung nachhaltig miteinander in Kontakt kommen. Wieso diese Kontaktaufnahme allerdings in schulischen Fächern stattfinden soll, war und ist schon wesentlich weniger einsichtig. Dazu muss man sich nur überlegen, was Schule und was z. B. geistige Behinderung bedeuten. Dass insbesondere Kinder mit einer geistigen Behinderung nur wenig von einem Sozialkontakt profitieren konnten, ist unter Fachleuten unbestritten.

Trotzdem können aber die Schulen sehr wohl Vehikel für eine kooperative Integration sein. Darunter könnte u.a. Folgendes verstanden werden. Behinderte und nicht-behinderte Schüler führen gemeinsame Lager durch. Dabei sind insbesondere die vorbereitenden Aktivitäten von besonderer Bedeutung. Ebenso können solche Klassen ein Stück (Theater, Musical usw.) gemeinsam planen und zur Aufführung bringen. Sinnvoll erscheint auch die Form der Teil-Integration zu sein, bei der behinderte

Kinder halb- oder ganztagsweise die Regelschule besuchen. Die spezifische Förderung sowie Therapien usw. werden nach wie vor an der Sonderschule durchgeführt. Die Integration steht hierbei ganz in einem sozialen Kontext. Diese Form der Teil-Integration wird z. B. seit 2001 an der Heilpädagogischen Schule Zürich-Schwamendingen der RGZ-Stiftung erfolgreich durchgeführt.

Sonderklassen im Regelschulhaus

Auch ist zu fragen, weshalb behinderte Kinder in eigenen Häusern gefördert und betreut werden. Dies muss nicht sein und es ist deshalb zu fragen, inwieweit nicht auch ganze Klassen von Kindern mit einer Behinderung in Regelschulhäusern untergebracht werden. Dies würde eine Reihe von Berührungspunkten ergeben, die sich pädagogisch äusserst wertvoll auf eine Kooperation auswirken würden.

Es wäre sehr bedauerlich, wenn durch das Scheitern der viel zu hoch und auch falsch gesteckten Ziele nun das Kind mit dem Bade ausgeschüttet würde. Die Frage nach der Integration, die durch vielfältige Formen der Kooperation zu ersetzen wäre, darf nicht einfach vom Tisch gewischt werden. Es scheint allerdings, dass die Bildungsdirektion und auch die Hochschule für Heilpädagogik in Zürich erneut über die Bücher müssen. Dabei könnte es durchaus sinnvoll sein, wenn diese Institutionen sich durch Fachleute aus der Praxis beraten liessen. Möglich, dass man, wenn man dies bereits in der Vergangenheit getan hätte, nicht so ins Abseits gelaufen wäre.

Riccardo Bonfranchi, Dr. phil.,
Sonderpädagoge, Redaktionsgruppe
Soziale Medizin

Fortsetzung von Seite 4

den Bundesrat aber bereits im Jahre 2005 beauftragt, einen Vorschlag für deren Zulassung auszuarbeiten.

Gegen die PID spricht die Befürchtung, Elternpaare könnten sich extra für eine Reagenzglas-Befruchtung entscheiden, um unter verschiedenen Embryonen den mit den passendsten Eigenschaften auszuwählen. Um das zu verhindern, lässt der deutsche Bundesgerichtshof die PID nur zu, um schwere Krankheiten des Kindes oder Eigenschaften, die zum Absterben des Embryos führen, festzustellen. Ähnliche Einschränkungen fordern diejenigen, welche die PID in der Schweiz zulassen wollen.

Die Soziale Medizin hat sich bereits ausführlich mit dem Pro und Contra zur PID auseinandergesetzt. Sie publizierte dazu unter anderem in ihrer Ausgabe 2.05 (Juni 2005) zwei ausführliche Interviews, die unter folgenden Links zur Verfügung stehen.

Soll die PID zugelassen werden? Gespräch mit den Nationalrätinnen Maya Graf und Maria Roth-Bernasconi: <http://www.sozialemedizin.ch/?p=1338>

PID in der Praxis. Interview mit dem Reproduktionsmediziner Christian de Geyter: <http://www.sozialemedizin.ch/?p=1336>

• • • • •
Sondage Santé 2010:

Hohe Erwartungen an integrierte Versorgung

69 Prozent der Schweizerinnen und Schweizer sehen durch die integrierte Versorgung (Managed Care) die Versorgungsqualität erhöht, 65 Prozent erachten sie als wichtige Massnahme, um im Gesundheitswesen Kosten zu sparen. Mehr als die Hälfte der Befragten will allerdings lieber eine höhere Prämien bezahlen, statt die mit Managed Care verbundenen Einschränkungen der freien Arztwahl in Kauf zu nehmen. Siehe:

<http://www.santesuisse.ch/datasheets/files/201008301102493.pdf>

Enthüllung

Der Basler Erziehungsdirektor musste sich in diesem Sommer mehrfach mit der Schwimm- und Badeproblematik befassen. Zum einen wurden die ersten muslimischen Eltern gebüsst, die ihren Kindern die Teilnahme am Schwimmunterricht untersagten. Damit die Bussen «spürbar seien», legte Erziehungsdirektor Christoph Eymann die Höhe auf 350 Franken pro Kind und Elternteil fest. Eine Familie mit zwei Eltern und einem Kind zahlt demnach 1050 Franken.

Integrationsunwillige Muslime erhalten so nicht nur Gelegenheit, die Folgen ihrer Verweigerung zu überdenken. Sie lernen auch gleich, was Gleichstellung bedeutet. Denn die Frau, die auf der Strasse zehn Meter hinter ihrem Mann herlaufen muss, zahlt ja genauso viel wie der uneinsichtige Patriarch. Vielleicht gibt ihr die Busse Motivation, sich zu emanzipieren. Vielleicht auch nicht, denn zahlen wird vermutlich doch der Mann, weil sie ja nicht arbeiten darf und folglich kein Einkommen hat.

Es gibt aber auch Musliminnen, die freiwillig baden gehen. Im «Fraueli» etwa, dem für Frauen reservierten Teil in der Badi Eglise. Allerdings erdreisten sich diese, Kopftücher zu tragen und mit Leggins bekleidet in den Pool zu steigen. Was wiederum einigen Einheimischen zu weit geht. Ob es sich dabei um die älteren Damen handelt, die dick geschminkt, aber ungeduscht ins Wasser staksen, entzieht sich meiner Kenntnis. Es könnten

auch junge Mütter sein, die ihre Söhne in Strassenshorts in die Badi schicken, während sie sich im Fraueli bräunen.

Jedenfalls erhitzen sich die Gemüter derart, dass die «Basler Zeitung» von einem «Kampf der Kulturen im Frauenbad» schrieb. Wie brisant das Thema ist, zeigte sich in den Kommentaren unter dem Artikel auf baz.ch. Über hundert Wortmeldungen gab es, und zum überwiegenden Teil waren es Männer, die sich für diese Form der Personenfreizügigkeit und gegen die «schleichende Islamisierung» des Fraueli wehrten.

Nur dem schonungslosen Enthüllungsjournalismus der BaZ ist es übrigens zu verdanken, dass ich als Mann, der ja keinen Zutritt zum Fraueli hat, erfahren habe, dass der Bademeister im Fraueli durchaus ein Mann sein kann. Und auch die Sicherheitsfirma Protectas liess bisweilen männliche Mitarbeiter durch das Bad patrouillieren.

Erziehungsdirektor Eymann sah sich aufgrund des BaZ-Berichts zu einem Communiqué genötigt, in dem er klarstellte, dass die Regeln im Fraueli «unmissverständlich» seien und auch nicht geändert würden. Dazu gehört nicht nur, dass das Baden ausschliesslich in spezieller Badekleidung erlaubt ist. Sondern eben auch, dass Männer über die Einhaltung dieser Regel wachen. Alles andere wäre ja auch unemanzipiert.

DANI WINTER

• • • • •
Stationäre Psychiatrie:

9 von 10 verlassen die Klinik dauerhaft

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium hat in zwei Studien die Nutzung des stationären akutpsychiatrischen

Angebots in der Schweiz untersuchen lassen. Die Ergebnisse zeigen, dass neun von zehn Erkrankten nach einer einmaligen Krise die Klinik dauerhaft wieder verlassen können. Eine von zehn Personen befindet sich überdurchschnittlich lange oder oft in einer akutpsychiatrischen Klinik. Mehr dazu www.obsan.ch.



Wer kommt in den Genuss von Case Management?

Die Kriterien der Eignungsabklärung

Case Management steht hoch im Kurs. Vor allem die Versicherer preisen diese Dienstleistung in den höchsten Tönen. Trotzdem bieten sie diese im Schadenfall nicht jeder verunfallten oder erkrankten Person an. Hier ein Blick auf die Kriterien, nach welchen darüber entschieden wird.

Seit der Kommerzialisierung der Case Management-Systeme schiessen die Dienstleistungsfirmen in diesem Bereich wie Pilze aus dem Boden und buhlen vor allem bei den Versicherungsinstitutionen mit „wohl an-

gepasstem“ Leistungskatalog um die angeblich lukrativen Aufträge. Ob jemand nach einem Unfall- oder Krankheitsereignis in den Genuss von Case Management (CM) kommt, wird von den Versicherern aber in einem gezielten Ausleseverfahren entschieden. Worauf kommt es dabei an?

Die Erfahrung lässt erkennen, dass - im Moment noch - jede einzelne Versicherungsinstitution zuerst für sich selber und unabhängig von anderen Institutionen entscheidet, ob „der zu erledigende Versicherungsfall“ via „gesellschaftsinterner“ CM-Abteilung bearbeitet wird. Dabei gibt es Unterschiede zwischen Heilungskostenversicherern und Taggeld- oder Rentenversiche-

rn. Ebenfalls zu beobachten sind Unterschiede zwischen einer betrieblichen Kollektivversicherung und einer privaten Vorsorge (Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherung). Bei den Heilungskostenversicherern (Grund- oder VVG-Zusatzversicherung) wird die CM-Dienstleistung oft auch als Care Management bezeichnet.

Ob der Entscheid für oder gegen CM ausfällt, hängt von folgenden Kriterien ab:

1. Eine „haftpflicht-unfall“ versicherte Person hat, unter Berücksichtigung zusätzlicher anderer Kriterien, die grösste Chance, dass die Schadenbearbeitung via CM-System erfolgt, wobei sich immer die Frage stellt, welcher Versicherer die koordinierende Führung übernimmt (Stichwort: wer gibt den Versicherungsfall gerne aus der Hand?).
2. Die zweit grösste Chance hat vermutlich die UVG-versicherte Person ohne Drittzahler, also ohne Haftpflichtversicherer, im Hintergrund. Wobei die Frage im heutigen Zeitpunkt durchaus aufgeworfen werden darf: Wer ist als UVG-Versicherer zuständig (Dienstleistungsqualität des Versicherers)?
3. Die dritt grösste Chance dürfte die verunfallte Person haben, die ohne UVG- und Haftpflicht-Versicherer da steht.
4. Die weitere Rangfolge gleicht eher einer Lotterie. Kriterien wie „bloss krankenversichert - bei welcher Gesellschaft?“ oder „selbstverschuldeter Unfallpatient“ können in diesem Fall eine wichtige Rolle spielen.

Noch angestellt oder schon arbeitslos?

In der Hierarchie der Chancen-Stufe hängt für eine verunfallte oder eine erkrankte noch-angestellte Person der Entscheid für oder gegen CM sowie über zusätzliche versicherungsfachtechnische Unterstützung oftmals auch vom sozialen Engagement des Noch-Arbeitgebers ab. Deshalb kann der Status „noch-angestellt“ oder „Arbeitsverhältnis bereits aufgelöst“ für den Entscheid über CM mitentscheidend sein.

In diesem Zeitpunkt spielt auch der betriebliche Krankentaggeldversicherer mit seiner Dienstleistungshaltung sowie

mit seiner Fachwissenstransferfähigkeit bezüglich des Versicherungsgeschehens eine enorm wichtige Rolle. Auch das Zusammenspiel zwischen dem genannten vorgelagerten Taggeldversicherer und der nachgelagerten BVG-Vorsorge entscheidet in dieser Schadenerledigungsphase wesentlich mit.

Gemäss Artikel 100 Abs.2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) muss der Versicherer - und nicht der Arbeitgeber als Versicherungsnehmer - eine aus dem Betrieb austretende versicherte Person darauf aufmerksam machen, dass sie nach Ende ihrer Anstellung den bisherigen betrieblichen Krankentaggeldvertrag in Eigenregie weiter führen darf. Dabei gelten auch für Privatversicherungsverträge die gesetzlichen Bestimmungen der Artikel 71 Abs. 1 und 2 sowie 73 des Krankenversicherungsgesetzes sinngemäss. Leider kennen sogar Versicherer-Sachbearbeiter diese Bestimmungen nicht.

Die Phase der Triage

Aus Versicherersicht spielen in der Phase der Triage - also in der Phase, wo entschieden wird, was eigentlich der Versicherungsfall ist - für eine Verunfallte oder erkrankte Person zusätzlich folgende Eckpunkte eine wesentliche Rolle für das Ja oder Nein zu CM:

- a. Bei UVG-Versicherten mit Haftpflichtversicherung kann auch die Frage, ob eine Regressmöglichkeit besteht, eine mitentscheidende Rolle spielen.
- b. Ist jemand noch-angestellt oder bereits stellenlos, also arbeitslos oder sogar bereits ausgesteuert.
- c. Das Alter: Je jünger, desto grösser die Chance auf CM.
- d. Die Lohnhöhe bzw. das Arbeitspensum: Je höher der Lohn oder das Arbeitspensum, desto grösser die Chance auf CM.
- e. Medizinische Grundvoraussetzungen, z.B. die bisherige und voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit? In dieser Phase kann auch entscheidend sein, ob durch gesellschaftsinterne CM-Dienstleistung eine drohende Invalidität überhaupt vermieden oder doch mindestens verringert werden kann.
- f. Muttersprache, kulturelle und familiäre Situation, allenfalls Migrationshintergrund. Defizite und Ressourcen

der versicherten Person werden eruiert, dies auch bezüglich der beruflichen Ausgangslage, gelernt oder bloss angelernt. Schwieriger wird's, wenn es sich bei der versicherten Person um eine gut qualifizierte Hilfskraft ohne Grundbildung handelt.

g. Ob bereits eine von der versicherten Person in Eigenregie engagierte Rechtsvertretung besteht, die berücksichtigt werden muss? Die Vertretung durch einen Anwalt kann sich eventuell nachteilig auswirken.

h. Gesellschaftsinterne Gedankengänge wie z.B. ein möglicher Aufwand verglichen mit dem voraussichtlichen Ertrag. So wird ein Taggeldversicherer seine höchstmögliche Taggeldzahlung berechnen und diesen Aufwand mit einem möglichen Ertrag aufgrund eines CM-Einsatzes vergleichen. In diesem Fall stellt sich zudem die Frage, ob der BVG-Versicherer finanziell mitzutragen hilft, da er ja von einer erfolgreichen CM-Arbeit mit profitieren würde?

i. Die Erfolgsaussichten für eine berufliche Wiedereingliederung während der Zeit, wo z.B. der Taggeldversicherer seine Taggeldzahlung noch gewähren muss (ähnliche Ausgangslage wie Punkt h).

Wenn die aufgezeigten Kriterien für ein CM nicht gegeben sind, wird der Schadenfall - wie sich Versicherungsangestellte vorsichtig auszudrücken pflegen - „ordentlich und sauber“ abgewickelt!

Und die andern

Was passiert jedoch mit all denjenigen Verunfallten oder vor allem erkrankten Personen, die unter anderem

zu wenig verdienen?

deren Arbeitspensum zu klein ist, um für CM interessant zu sein?

die keine Grundausbildung mit Diplomabschluss absolvieren konnten, aber bis zum Versicherungsereignis ordentlich gearbeitet und, gemessen an ihrem Bildungsstand, eventuell zu gut verdient haben. Und denen deswegen angeblich nun keine IV-finanzierte Umschulung gewährt werden darf?

die keinen Haftpflichtversicherer (Dritt-zahler) im Rücken haben, der aussergesetzliche und sinnvolle Wiedereingliederungs-Kosten übernehmen könnte?

die bereits arbeitslos und schon bald ausgesteuert sind?

die leider schon älteren Jahrgangs sind (z.B. über 45)?

die angeblich wegen ihrer kulturellen Herkunft gemäss dem vielerorts aufgestellten CM-Kriterienkatalog vieler Institutionen uninteressant sind?

Gemäss heutiger Erfahrung müssen solche Personen nach ihrer Arbeitslosenkariere leider beim Gemeinde-Sozialamt anklopfen, wo ihnen vielfach erst dann geholfen wird, wenn sie mittellos geworden sind. Erst wenn die betroffenen Menschen auf der untersten Sozialstufe angelangt - also fürsorgeabhängig - sind und über keinerlei sonstigen Versicherungsschutz verfügen, versucht das heutige Hilfssystem mittels MAMAC-Ressourcen solche abgestürzte Personen wieder fit für die Wirtschaft (!?) zu machen

(MAMAC: Medizinisch-Arbeitsmarktliche Assessments mit Case Management). Mit dieser Betreuungsmethode will man Personen mit komplexen Mehrfachproblematiken künftig wieder rascher in den Arbeitsmarkt integrieren. Dazu ist ein von der Arbeitslosenversicherung, der Invalidenversicherung und der Sozialhilfe gemeinsam getragener Prozess geplant, der - ein gemeinsames Assessment der Arbeitsfähigkeit und Arbeitsmarktfähigkeit durchführt, - geeignete Massnahmen für eine (Re) Integration in den ersten Arbeitsmarkt verbindlich festlegt, - und eine der drei Institutionen verbindlich damit beauftragt, diese Massnahmen umzusetzen und die Fallführung im Sinne eines Case-Managements zu übernehmen. --->> siehe www.iiz.ch -->> MAMAC

Beim Hinweis bezüglich der finanziellen Unterstützung durch die Sozialhilfe muss unter anderem auf die unvernünftige Prämienhöhe von jährlich Fr. 8'000.- bis Fr. 12'000.- oder sogar mehr hingewiesen werden, die eine in Eigenregie

weiterzuführende betriebliche Krankentaggeldversicherung kosten könnte.

Die erwähnten Versicherten haben vorläufig und vermutlich noch für längere Zeit eine geringe Chance, nur annähernd von einem frühzeitigen für sie nützlichen CM-System profitieren zu dürfen. In der heutigen Schadenerledigungspraxis bleiben sie leider auf der Strecke und meistens sich selbst überlassen. Wer noch über genügend finanzielle Eigenmittel verfügt, kann selber veranlassen, dass er oder sie versicherungstechnisch nicht zwischen Stuhl und Bank fällt, muss die CM-Fachperson allerdings selber bezahlen.

Auch der allenfalls vorhandene Rechtsschutzversicherer übernimmt solche sinnvolle Präventiv-Investitionskosten meistens nicht. Dieser Versicherer ist angeblich bloss für die Kosten während einer Streitphase zuständig. Und CM-Bemühungen - auch wenn sie sinnvoll wären - entsprechen zum jetzigen Zeitpunkt gemäss den Allg. Versicherungsbestimmungen der Rechtsschutzversicherer noch nicht dem Streitkriterium (!?). Zudem hat ein MA-MAC-Kunde bekanntlich kein Geld, um die Rechtsschutzversicherung zu bezahlen.

Die momentane CM-Ausbildungs-Stossrichtung zielt offensichtlich noch nicht darauf ab, im genannten CM-Grenzbereich das praxisorientierte Versicherungsfachwissen gezielt zu vermitteln. Sozialdienst-Mitarbeitende klagen immer wieder, dass ihnen eine praxisorientierte Weiterbildung fehle. Wie heisst es auf Websites von Sozialversicherungs-Anstalten: auf Massnahmen von Frühinterventionen besteht kein Rechtsanspruch. Dieser Gedanke kann somit weiter gesponnen werden - auf CM-Massnahmen besteht heute leider ebenfalls kein Rechtsanspruch.

RUEDI SCHLÄPPI,
eidg. dipl. Privat- und Sozialversicherungsexperte, institutionsunabhängiger Case Manager NDK-HSA, Knutwil

Zwangsausschaffungen und medizinische Ethik - auf welcher Seite stehen wir?

Dieses Jahr im März passierte es auf dem Flughafen Zürich Kloten: Ein 29-jähriger afrikanischer Migrationsflüchtling starb bei dem Versuch, ihn per «Level-4-Ausschaffung» in einem bereit stehenden Flugzeug mit anderen Ausschaffungshäftlingen zusammen nach Lagos/Nigeria auszufliegen. Als Folge dieses Todesfalls wurden die Zwangsausschaffungen von abgewiesenen Asylbewerbern zunächst ausgesetzt. Beim verstorbenen jungen Mann stellte man bei der Obduktion noch einen vorher nicht bekannten Herzfehler fest, der angeblich den plötzlichen Tod erklären konnte.

Dieser Todesfall bei Ausschaffungshäftlingen war nicht der erste. Im Jahr 2001 starb ein 27-jähriger Nigerianer im Wallis bei einer versuchten Zwangsausschaffung in sein Herkunftsland. Im Nachhinein stellte man fest, dass er, in Bauchlage auf den Boden gedrückt, wahrscheinlich zu wenig Sauerstoff bekommen hatte. Bei beiden verstorbenen Asylbewerbern waren «keine Anzeichen von Gewalteinwirkung» gefunden worden. Offiziell wurde -und wird- bei solchen Fällen unterstellt, dass derartige «renitente Migranten» ja eigentlich an der Zwangsbehandlung und ihren Folgen selber schuld seien, da sie die Schweiz nicht freiwillig verlassen wollten.

Die Praxis der Zwangsausschaffung wurde inzwischen wieder aufgenommen, mit einer Änderung: Ein Arzt und ein Rettungssanitäter müssen jetzt dabei sein und den Flug begleiten.

Da stehen wir nun als Mediziner vor der Entscheidung: Ist es ethisch vertretbar, die staatliche Zwangsmassnahme mit unserem Wissen und Können zu unterstützen oder gar zu «verbessern»?

Nach dem zweiten hippokratischen Grundsatz gilt ganz klar: »Primum non nocere«, also das Prinzip des Nichtschadens. Der Schutz des Lebens steht an erster Stelle.

Der Weltärztebund verabschiedete im Oktober 1975 die Deklaration von Tokio. Darin werden alle Ärztinnen und Ärzte aufgefordert, «keiner Aktion beizuwohnen, bei der Folterungen oder Grausamkeiten, unmenschliche oder die Menschenwürde verletzende Handlungen ausgeführt oder angedroht werden.»

Bei der Level-4-Ausschaffung wird die Würde des Ausschaffungshäftlings auf grausame Art und Weise missachtet. Für den auf diese Art gefesselten Häftling ist im Ernstfall ärztliche Hilfe kaum möglich. Wenn er stirbt, wird sein Tod in Kauf genommen.

Wir alle, Ärzte und Rettungssanitäter, sollten uns weigern, die menschenverachtende Praxis der Zwangsausschaffungen von abgewiesenen Asylbewerbern mit unserem Einsatz zu unterstützen. Sie widerspricht unseren medizinischen ethischen Grundsätzen.

HELENE VERMEULEN, VUA^{''}

VUA^{''}

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



Source: ©Kristy Siegfried/PlusNews

Umfassende Ansätze im Kampf gegen Mangel- und Unterernährung

Mangel- und Unterernährung haben fatale Folgen für die gesundheitliche Entwicklung von Kindern in Asien, Afrika und Lateinamerika. Gefragt sind umfassende Ansätze, die bereits bei der Müttergesundheit beginnen müssen.

Von Martin Leschhorn Strel

Die Finanzkrise im Jahr 2008 hat die Welternährungskrise in den Hintergrund gedrängt, die 2007 mit dramatisch steigenden Lebensmittelpreisen und verschiedenen sozialen Unruhen in den Entwicklungsländern begann. Doch das Problem ist alles andere als verschwunden: Die Nahrungsmittelpreise steigen weiter und weiter. So sind denn auch im Jahr 2009 nochmals rund 100 Millionen Menschen dazugekommen, die als Hungernde zu bezeichnen sind. Ralf Südhoff, Chef des World

Food Programms für Deutschland, Österreich und die Schweiz, schrieb denn auch kürzlich auf Zeit-Online: „Von einer neuen Welternährungskrise kann keine Rede sein. Sie war nie vorbei.“

Steigende Lebensmittelpreise treffen die Menschen in den Entwicklungsländern wirtschaftlich und gesundheitlich: Wer bereits rund 70% seines Einkommens für die alltäglichen Nahrungsmittel ausgibt, hat wenig Möglichkeiten den Anstieg der Nahrungsmittelpreise aufzufangen. Erfahrungen zeigen, dass in Krisenzeiten nicht bei den Kohlenhydraten sondern beim Zukauf von Gemüse und Fleisch gespart wird – mit fatalen gesundheitlichen Folgen vor allem für die Kinder.

Gesundheitliche Folgen für die Kinder

Gesundheit, Ernährung und wirtschaftliche Entwicklung sind aufs Engste mit-

einander verknüpft. Unter den Kindern in den Entwicklungsländern, die unter 5 Jahre alt sind, gelten ein Drittel als in ihrer physiologischen Entwicklung zurück geblieben. Ein Viertel der Kinder gelten als untergewichtig, jedes Zehnte als schwerwiegend untergewichtig.

Grund dafür sind chronische Mangel- und Unterernährung. Diese Kinder drohen früher zu sterben, da sie mit einfachen Infektionskrankheiten weniger gut zu recht kommen. Doch sie haben auch schlechtere wirtschaftliche Perspektiven, da ihre Schulleistungen im Vergleich mit normal entwickelten Kindern oft mangelhaft bleiben.

Während in den asiatischen Ländern im Kampf gegen Mangel- und Unterernährung seit den 90er Jahren starke Fortschritte erzielt werden konnten, bleiben sie für den afrikanischen Kontinent sehr bescheiden. Zwischen 1990 und 2008 sank die Anzahl von Kindern, die in ihrer Entwicklung zurückgeblieben sind, lediglich von 38% auf 34%.

Babymilchproduzent in der Geburtsklinik

Entscheidend für die gesunde Entwicklung eines Kindes ist die Zeit vor der Geburt bis zum Alter von zwei Jahren. Deshalb muss die Müttergesundheit zusammen mit der Kindergesundheit betrachtet werden. Vor diesem Hintergrund ist nach wie vor erstaunlich, wie langsam sich in Afrika und Asien das Stillen verbreitet. In den Entwicklungsländern werden nach wie vor weniger als 40% der Kinder innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt gestillt, wie dies durch die WHO empfohlen ist. Nur 37% der unter sechsmonatigen Babys werden ausschliesslich gestillt.

Stillkampagnen mit einer politischen Zielrichtung scheinen seit den grossen Auseinandersetzungen mit Nestlé und mit der Verabschiedung eines Verhaltenskodexes der WHO zum Marketing von Babymilch im Jahr 1981 an Bedeutung verloren zu haben. Doch vor dem oben beschriebenen Problemen der Mangel- und Unterernährung erhalten diese Kampagnen wieder eine Bedeutung.

Die in der internationalen Gesundheitspolitik engagierte, niederländische

Organisation *wemos* hat kürzlich beschlossen, in diesem Bereich wieder aktiver zu werden. Sie stellt fest, dass zwar viele Länder die Restriktionen im Baby-milchmarketing in ihre Gesetzgebung eingebaut hätten, doch umgesetzt werde dies nicht. *Wemos* führt das Beispiel Vietnam an. Die Industrie trete im süd-asiatischen Land trotz der Ratifikation des Babymilchkodes 1994 noch immer offensiv auf. *Wemos* schreibt: „Der Warteraum der Geburtsklinik in der Dong Nai Provinz ist mit einem riesigen Logo eines niederländischen Baby-milchproduzenten dekoriert. Werbung,

folg erzielt werden kann. Das Pulver wird dem Essen beigegeben – es erfordert also keine Änderung in der Ernährungsgewohnheit einer Familie.

Bei der – übrigens schon sicher seit den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts gepflegten – Anreicherung von Nahrungsmitteln mit Mikronährstoffen fragt es sich, ob es nicht sinnvollere Methoden, als der Einsatz von industriell hergestellten Produkten gibt. Sicherlich ist es richtig, wenn bei stark unterernährten Kinder sogenannte RUTF (Ready to Use Therapeutic Food) eingesetzt wird. Die Fondation terre des



Es zeigte sich, dass vor allem bei Frauen und Kindern ein chronischer Eisenmangel und Blutarmut vorliegt.

die im Widerspruch zum Kodex steht. Mehr noch: Ein ehemaliger Vizedirektor der Klinik hat enthüllt, dass die Angestellten eine geringfügige Kommission erhielten, wenn sie Mütter davon überzeugten, Produkte des Herstellers zu kaufen.“

Zusatznahrung für Kinder

Neben der Unterstützung und der Förderung des Stillens spielt im Kampf gegen die Mangel- und Unterernährung auch der Ansatz eine wichtige Rolle, Kindern Zusatznahrung abzugeben. Diese Methode wendet etwa das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) in einem erst kürzlich ausgezeichneten Projekt in Kirgistan an.

Dadurch, dass in der Basisgesundheitsversorgung die lokale Bevölkerung bei der Ausgestaltung der Gesundheitsdienstleistungen mitsprechen kann, wurden die Stimmen von Frauen, die über häufige Müdigkeit klagten, ernst genommen. Es zeigte sich, dass vor allem bei Frauen und Kindern ein chronischer Eisenmangel und Blutarmut vorliegt.

Aus einer wissenschaftlich begleiteten Pilotphase folgerte das SRK, dass durch das Nahrungsergänzungsmittel *Sprinkles* bei Kleinkindern einiger Er-

hombres warnt aber davor, dies unreflektiert auch bei leicht mangel- und unterernährten Kindern zu tun. Gerade hier könnte ein umfassenderer Ansatz Früchte tragen, der die Familien der betroffenen Kinder in einer Umstellung der Ernährung einbezieht und sie darin unterstützt, die Verantwortung zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht einfach auf ein medizinisches Produkt abzuwälzen.

Einbindung in die Basisgesundheitsversorgung

Die entscheidende Herausforderung im Kampf gegen Mangel- und Unterernährung besteht darin, Ernährungsprogramme und Sensibilisierungsarbeit in die Basisgesundheitsversorgung und in die Gesundheitssysteme zu integrieren.

In Bolivien – einem der ärmsten Länder Lateinamerikas – versucht dies die Regierung mit dem Null-Mangelernährungsprogramm. Das Problem ist gravierend: Jedes vierte Kind leidet unter Mangelernährung, in der südwestlich gelegenen Region um Betanzos (Provinz Potosí) ist es sogar jedes zweite Kind. Neben der Armut spielen hier auch Ernährungsgewohnheiten eine Rolle, die auf wenig nährstoffreiche Nahrungsmittel beruhen.

MMS Symposium 2010

Kampf gegen Mangel- und Unterernährung

Basel, 9. November 2010

Gesundheit, Ernährung und Entwicklung sind aufs Engste miteinander verknüpft. In den Entwicklungsländern sind ein Drittel der unter fünfjährigen Kinder in ihrer Entwicklung zurück geblieben. Grund dafür ist eine chronische Mangelernährung. Diese Kinder drohen früher zu sterben, da sie mit einfachen Infektionskrankheiten weniger gut zu recht kommen. Sie haben aber auch schlechtere wirtschaftliche Perspektiven, da ihre Schulleistungen oft mangelhaft bleiben. Das 9. Symposium des Netzwerks Medicus Mundi Schweiz diskutiert Erfahrungen und erfolgreicher Strategien, um nährstoffreiche Ernährung als Teil einer umfassenden Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

Anmeldung und Informationen:
Netzwerk Medicus Mundi Schweiz
info@medicumundi.ch
061 383 18 10
www.medicumundi.ch

Mit Unterstützung von internationalen Organisationen und Nichtregierungsorganisationen investiert das Programm in ein umfassendes Ernährungsprogramm für Kinder unter 5 Jahren und in Schulspeisungsprogramme. Wichtig dabei ist die Sensibilisierung der Bevölkerung, damit mehr lokale Lebensmittel angebaut und konsumiert werden. Mütter werden ausgebildet, die als eine Art Peergruppe andere Mütter beraten, betreuen und ausbilden.

Solch umfassenden Ansätzen, welche die Bevölkerung in die Problemlösung einbezieht und auch versucht auf struktureller Ebene die Situation zu verbessern, gehört die Zukunft im Kampf gegen Mangel- und Unterernährung.

Quellen

Ralf Südhoff: Die Welternährungskrise war nie vorbei! Auf: Zeit Online, 16. August 2010
Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition. A survival and development priority. UNICEF, 2009

www.wemos.nl

www.wfp.org/countries/bolivia

Julia Velasco Parisaca and Wendy Medina: Bolivia – Mother Teaching Mother to Combat Malnutrition. IPS – Inter Press Service, 9th January 2009



Neue Volksinitiative

Die eidgenössische Gesundheitskasse

Statt über 80 Krankenkassen soll es eine einzige eidgenössische Gesundheitskasse mit kantonalen Agenturen geben. Das verlangt eine Volksinitiative, die Mitte-links-Parteien, Konsumentinnen- und Patientinnenorganisationen lancieren wollen. Hier eine Begründung dafür.

Ein Gesundheitssystem, das allen Menschen den Zugang zu einer qualitativ guten und bezahlbaren Gesundheitsversorgung ermöglicht, ist eine der zentralsten Aufgaben eines modernen Staates. Das schweizerische Krankenversicherungs-

gesetz (KVG) erfüllt diese Aufgabe nur teilweise. Zwar bietet es allen Menschen eine umfassende Grundversicherung an. Blind ist das KVG aber weitgehend, wenn es um die Qualität der Versorgung oder um neue Erkenntnisse der Behandlung von chronisch Kranken geht. Ungenügend ist zudem die Kostenkontrolle bei der Verwaltung, den Medikamenten oder den medizinischen Hilfsmitteln. Ebenfalls schwach ist das heutige KVG im Bereich der Innovation, sei es bei der elektronischen Krankengeschichte, resp. einem umfassenden E-Health-Konzept, sei es bei der Förderung von medizinischen Netzwerken. Geht man den Ursachen dieser Schwächen auf den Grund, landet man beim widersinnigen System der über 80 Krankenkassen,

die ihr Hauptaugenmerk darauf legen, sich gegenseitig zu konkurrenzieren statt Verantwortung fürs Ganze zu übernehmen.

Billigkassen und Risikoselektion

Seit bald 15 Jahren beobachten wir, dass der Wettbewerb zwischen den über 80 privaten Krankenkassen nicht funktioniert. Die Kassen werben um die guten Risiken – gesunde, junge Männer. Frauen, ältere Personen und chronisch Kranke haben das Nachsehen. Insbesondere die sogenannten Billigkassen betreiben mit ihren Angeboten Risikoselektion und treiben damit den Wettbewerbsgedanken ins Absurde. Die tonangebenden Kassen wehren sich seit Jahren erfolgreich gegen einen wirksamen Risikoausgleich, weil sie mit den guten Risiken ihre Ausgaben tief halten können. Zudem haben sie ebenfalls aus Kostengründen nur ein geringes Interesse an innovativen Versicherungsmodellen und investieren kaum in die Prävention



Eine öffentliche Gesundheitskasse spart Verwaltungskosten und muss keine Mittel zu Marketingzwecken einsetzen. Eine öffentliche Gesundheitskasse hätte die alleinige Verantwortung und damit auch ein Interesse daran, die Gesamtkosten im Griff zu behalten.

oder in eine bessere Versorgungsqualität. Und bei den chronisch Kranken, wo durch eine bessere Behandlung am meisten Kosten gespart werden könnten, engagiert sich niemand, weil nach den heutigen Spielregeln keine Kasse für chronisch Kranke attraktiv sein will. Die Kassen haben es somit systembedingt verpasst, etwas gegen die immer weiter ansteigenden Prämien zu unternehmen. Kein Wunder: Sie haben ein Interesse an einem wachsenden Markt. Solange eine Kasse erfolgreicher wirtschaftet als ihre Konkurrenz, zahlen sich für sie wachsende Gesamtkosten des Gesundheitssystems aus. Dies zeigt die Absurdität des heutigen Systems.

Öffentliche Gesundheitskasse: Höhere Qualität, tiefere Kosten

Einig sind wir uns wohl alle darin, dass die obligatorische Grundversicherung notwendig und sinnvoll ist. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung muss dabei gleichberechtigt gewährleistet sein, das heisst unabhängig von Einkommen und Vermögen. In einem solchen solidarischen System muss die Versicherung von den Gesunden und den Kranken gemeinsam getragen werden. Dies ist aktuell nicht der Fall, Gesunde profitieren von Billigangeboten und Kranke tragen einen immer grösseren Teil ihrer Gesundheitskosten selber. Es herrscht also ein Pseudowettbewerb auf Kosten der Kranken und damit der Solidarität.

Auf diese gravierenden Mängel des heutigen Systems müssen wir mit einem grundlegenden Systemwechsel reagieren: Statt auf einen selbstzerstörerischen und kostentreibenden Pseudowettbewerb zu setzen, wird besser auf den Wettbewerb verzichtet. Eine öffentliche Gesundheitskasse spart Verwaltungskosten und muss keine Mittel zu Marketingzwecken einsetzen. Eine öffentliche Gesundheitskasse hätte die alleinige Verantwortung und damit auch ein Interesse daran, die Gesamtkosten im Griff zu behalten. Das heisst, für sie würden sich Investitionen in die Prävention und die Entwicklung von Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke lohnen. In solchen Behandlungsprogrammen arbeiten verschiedenste Akteure wie Ärztinnen, Pflegende und Therapeuten mit dem Patienten oder der Patientin zusammen. So werden unnötige oder falsche Behandlungen vermieden, die Qualität verbessert und gleichzeitig Kosten eingespart.

Eine öffentliche Gesundheitskasse – welche die besten Elemente von AHV und SUVA verbindet – könnte verhindern, dass die Prämien weiterhin derart rasant ansteigen. Denn mit einer öffentlichen Gesundheitskasse würden die Prämien den tatsächlichen Kosten angepasst. Und diese sind deutlich tiefer als es die rasanten Prämienanstiege der letzten Jahre vermuten liessen und können durch die oben beschriebenen neuen Anreize künftig besser kontrolliert werden.

Eine öffentliche Gesundheitskasse hätte die Gesamtverantwortung über die Kosten der obligatorischen Gesundheitsversorgung. Sie stünde dabei unter öffentlicher Kontrolle und müsste sich für ihre Leistungen rechtfertigen. Dies sind die besten Voraussetzungen dafür, dass eine solche Kasse überall dort, wo heute zu viel bezahlt wird, die Interessen der Versicherten wirklich wahrnimmt und gleichzeitig für die Versicherten attraktive, neue Versicherungsmodelle anbietet.

Die Initiative für eine Eidgenössische Gesundheitskasse kommt

Eine breite Allianz aus Mitte-links-Parteien, Konsumentinnen- und Patientinnenorganisationen sowie verschiedenen Berufsverbänden will deshalb eine neue Initiative für eine eidgenössische Gesundheitskasse lancieren. Diese soll zwei Eckpfeiler haben:

Eine nationale öffentlich rechtliche Einrichtung mit regionalen Agenturen ist mit der Durchführung der obligatorischen Grundversicherung beauftragt.

Es wird künftig eine Prämie pro Kanton geben, welche die tatsächlichen verursachten Kosten deckt.

Alle, die interessiert sind, sich für dieses Projekte zu engagieren, sind herzlich eingeladen, sich zu melden. Gemeinsam schaffen wir diesen entscheidenden Schritt für ein gerechteres, besseres und kostengünstigeres Gesundheitswesen.

JACQUELINE FEHR,
Nationalrätin und Vizepräsidentin
SP Schweiz, Winterthur

Synthetische Biologie: Leben vom Reissbrett

In der synthetischen Biologie sollen biologische Systeme erzeugt werden, die in der Natur nicht vorkommen. Die Hoffnungen sind gross. Doch über Risiken wird, analog zur Gentechnik und zur Nanotechnologie, kaum informiert. Der Basler Appell gegen Gentechnologie geht den wichtigsten Fragen in einer Broschüre nach.

Eine neue Technologie macht Schlagzeilen: Kürzlich gelang es Craig Venter, der einst mit der Entschlüsselung des menschlichen Genoms von sich reden machte, einen lebensfähigen Mikroorganismus mit künstlichem Erbgut zu schaffen. Das Vorgehen nennt sich synthetische Biologie – eine Technologie, mit deren Hilfe man lebendige Mikromaschinen generieren will, die dort zum Einsatz kommen, wo Gentechnik und Nanotechnologie zu kurz greifen.

Leben aus dem Labor

Worum genau geht es? Die synthetische Biologie hat zum Ziel, die molekularen Grundlagen einfacher einzelliger Organismen genau und vollständig zu verstehen. Damit soll es möglich werden, existierende Lebewesen wie etwa Bakterien zu manipulieren, umzubauen und mit neuen Eigenschaften zu versehen. Craig Venter hat ein solches Bakterium bereits «hergestellt». Der nächste Schritt soll nun sein, Leben auf künstlichem Weg im Labor vollständig neu zu kreieren.

Forschung verspricht Wunder

Die Hoffnungen und damit auch Versprechungen sind gewaltig: Massge-

schneiderte Bakterien, die Gifte aufspüren können; Organismen, die Medikamente herstellen oder gar Krankheiten im menschlichen Körper direkt therapieren; Einzeller, die neue Treibstoffe produzieren. Der Einsatzbereich der synthetischen Biologie scheint gigantisch, entsprechend gross sind auch die Fördermittel, die weltweit bereitwillig in die neue Technologie gepumpt werden.

Ethische Fragezeichen

Die synthetische Biologie geht Hand in Hand mit der Gentechnik. Wo allerdings die Gentechnologie «nur» einzelne Gene manipuliert, will die synthetische Biologie ganze Organismen oder Lebensformen selber entwerfen. Diese Verschiebung von der Manipulation hin zur Kreation wirft völlig neue ethische Fragen auf: Was heisst es für den Umgang mit Leben, wenn dieses künstlich hergestellt werden kann?

Risiken nicht absehbar

Von Risiken und Nebenwirkungen hört man noch sehr wenig. Wie immer lautet die Strategie: Kopf in den Sand, die Wissenschaft weiss hoffentlich, was sie tut. Auch die Eidgenössische Ethikkommission für die Biotechnologie im Ausserhumanbereich (EKAH) vertritt die Auffassung, dass es zur Zeit keiner besonderen Regelungen bedarf. Auf internationaler Ebene werden allerdings Vorbehalte laut gegen eine unkontrollierte Entwicklung der synthetischen Biologie. Es wird auf nicht absehbare Risiken hingewiesen. Immerhin könnten Produkte der neuen Technologie auch militärisch genutzt werden. Und mögliche Interaktionen zwischen natürlichen und künstlichen Organismen können nicht eingeschätzt werden.

Wir fordern Kontrolle

Der Basler Appell hat aus diesen Gründen, analog zur Broschüre über die Nanomedizin, eine zweite Broschüre herausgebracht. Hier wird gut verständlich erklärt, worum es in der synthetischen Biologie geht, was die Hoffnungen sind und wo die kritischen Punkte liegen. Die Diskussion der Risiken muss unbedingt in Gang kommen. Und gesetzliche Kontrollmechanismen sind nötig, um dem Eintrag von synthetisch hergestellten Organismen in die Umwelt vorzubeugen.

Die neuen Broschüren sind auch in grösseren Mengen, etwa als Unterrichtshilfe, kostenlos erhältlich. Sie können im Sekretariat des Basler Appells (T 061 692 01 01), unter www.baslerappell.ch oder mit nebenstehendem Talon bestellt werden.



Patentanmeldungen auf ES-Zellen nehmen zu

Laut Recherchen der Initiativen «Kein Patent auf Leben!» und Testbiotech e. V. hat die Zahl der Patentanmeldungen auf embryonale Stammzellen und damit verbundene Klontechniken beim Europäischen Patentamt in letzter Zeit stark zugenommen. Allein in den Jahren 2008 und 2009 habe es etwa 40 Patentanträge im Bereich induzierter Pluripotenter Stammzellen (iPS) gegeben. Ein umstrittenes Patent des koreanischen Klonforschers Hwang Woo-Suk erteilte das Europäische Patentamt dagegen nur sehr eingeschränkt. Entgegen dem 2004 eingereichten Antrag umfasst es lediglich Nährflüssigkeiten für Zellkulturen. Ursprünglich waren auch Methoden zur Herstellung und Nutzung menschlicher Embryonen und daraus gewonnener Stammzellen beantragt worden. Das Patentamt verweigerte die Erteilung dieser Ansprüche unter Verweis darauf, dass die im Patent beschriebenen Verfahren offensichtlich gefälscht wurden.



Forschungsförderung: Schnellspur oder Sackgasse?

Wie werden in der Schweiz die Schwerpunkte der Forschungsförderung gesetzt? Wer zieht hierbei die Fäden? Lässt sich eine Konzentration auf bestimmte Forschungsbereiche ausmachen? Und wenn ja, wie wird dies begründet? Wo liegen die Schwächen unseres Förderungssystems?

Eine Veranstaltung des Basler Appells gegen Gentechnologie am 18. November 2010 soll diese Fragen beantworten. Die Podiumsdiskussion zum Thema «Forschungsförderung in der Schweiz» ist prominent besetzt. Aktueller Anlass ist eine Studie von Helen Wallace von der britischen Organisation Genewatch, die einen umfassenden Überblick über staatliche Förderinitiativen auf europäischer Ebene gibt und gleichzeitig erhebliche Mängel aufzeigt.

Die Diskussion mit anschliessendem Apéro findet im «Unternehmen Mitte» in Basel statt, Beginn 19 Uhr. Details zur Veranstaltung finden Sie ab Ende September unter www.baslerappell.ch.



Brustkrebs-Patente aufgehoben

In einem New Yorker Gericht hat Bundesrichter Robert W. Sweet Patente auf zwei Genvarianten, BRCA1 und BRCA2, aufgehoben. Diese Genvarianten werden mit Brust- und Eierstockkrebs in Verbindung gebracht. In einer 152 Seiten langen Urteilsbegründung erklärte er sieben Patente für ungültig.

Geklagt hatten die Bürgerrechtsorganisation American Civil Liberties Union sowie die Public Patent Foundation zusammen mit individuellen Patientinnen und Ärzteorganisationen. Sie hatten argumentiert, dass Gene keine Erfindungen seien und nicht patentiert werden können. Zudem behinderten die Patente die Forschung und begrenzten Testmöglichkeiten. Myriads Genetics, die Firma, die die Patente zusammen mit der Forschungsstiftung der Universität Utah innehat, hatte damit gerechnet, dass die Klage abgelehnt würde, da Patente auf Gene schon seit den 1980er Jahren in den USA etabliert sind. Sweet wandte sich in seinem Urteil jedoch gegen den «Anwalts-Trick, das Verfahren der Genisolierung zu patentieren um das Patentverbot auf Gene zu umgehen». Denn dies habe in der Praxis dasselbe Ergebnis. Das Urteil könnte weitreichende Folgen für die Genpatentierung in den USA haben. Bereits 20 Prozent aller menschlichen Gene unterliegen dort dem Patentschutz. Es wird damit gerechnet, dass Myriads gegen dieses Urteil Berufung einlegt. Das Unternehmen verkauft die Tests auf BRCA1 und BRCA2 derzeit für mehr als 3.000 US-Dollar pro Test.



Eizellen Europa: gerichtlich einklagbar

Der europäische Gerichtshof für Menschenrechte verurteilte Anfang April das österreichische Verbot der Eizellen- und Samenspenden. Er gab zwei österreichischen Paaren Recht, die gegen dieses Verbot geklagt hatten. Österreich muss ihnen nun jeweils 10.000 Euro Entschädigung zahlen. Ein Paar hatte vor dem Verfassungsgerichtshof in Wien das Recht auf eine Eizellspende eingeklagt, das andere Paar eine Samenspende; beide waren hier abgewiesen

worden. Denn in Österreich ist die Insemination in vitro und die Eizellspende verboten. Die Verfassungsschützer in Wien hatten das Verbot sowohl mit der Problematik «ungewöhnlicher Familienverhältnisse» als auch mit dem Risiko begründet, Frauen aus benachteiligten sozialen Schichten könnten unter Druck geraten, Eizellen zu spenden. Beide Argumente wies das europäische Gericht zurück. Gegen das in einer kleinen Kammer des Gerichtshofs gefällte Urteil kann Revision eingelegt werden.

In der Schweiz ist die Eizellspende ebenfalls verboten. Die Spende von Spermazellen jedoch ist im Rahmen der In-Vitro-Fertilisation (Befruchtung im Reagenzglas) bei Ehepaaren erlaubt.

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



Joe Ahtaly / flickr

Bhopal – 25 Jahre nach der Chemiekatastrophe

Lächerlich milde Urteile

Tausende von Opfern demonstrierten im Juni 2010 vor dem Gericht der Stadt Bhopal in Indien. 25 Jahre nach der dortigen Chemiekatastrophe wurden sieben ehemalige Manager von Union Carbide zu zwei Jahren Haft verurteilt. Ein zu mildes Urteil, war die Reaktion nicht nur der

Demonstranten, sondern auch der gesamten Weltpresse. Gegen Kautions wurden die Verurteilten unmittelbar nach der Urteilsverkündung freigelassen. Sie werden Berufung einlegen und der Prozess wird sich entsprechend weiter in die Länge ziehen. Warren Anderson, der ehemalige Vorsitzende des amerika-

nischen Mutterkonzerns und Hauptverantwortliche, wurde zwar kurz nach der Chemiekatastrophe in Indien verhaftet, konnte aber fliehen und entzieht sich bis heute der indischen Gerichtsbarkeit. Er lebt unbehelligt in den USA.

Leiden ohne Ende

Die bisher grösste Chemiekatastrophe der Welt hat 8000 unmittelbare Todesopfer gefordert. Am 3. Dezember 1984 waren aus der Pestizidfabrik von Union Carbide in Bhopal 40 Tonnen hochgiftiges Methylisocyanat entwichen. Tausende starben zudem an Spätfolgen. NGOs gehen von einer Anzahl von insgesamt 30'000 Todesopfern aus. Über 100'000 Menschen wurden chronisch krank und leiden heute noch unter Spätfolgen. Noch immer lagern auf dem Gelände der ehemaligen Fabrik giftige Chemikalien, welche das Grundwasser verunreinigen. Bis heute werden in der Umgebung überdurchschnittlich viele Kinder mit Missbildungen geboren. Zwar hat Union Carbide vor zwanzig Jahren 470 Mio. Dollar Entschädigung an den indischen Staat bezahlt, doch die Opfer haben von diesem Geld kaum etwas erhalten. Dow Chemical, die Union Carbide 2001 übernommen hat, stellt sich auf den Standpunkt, alle Entschädigungsforderungen seien 1989 abschliessend geregelt worden.

ALEX SCHWANK



ubiquity flickr

Streitschrift gegen die Umweltsünden der Basler Chemie

«Falsches Spiel» von Martin Forter

Im Mai 2010 ist das neue Buch von Martin Forter zu den Umweltsünden der Basler Chemie vor und nach der Chemiekatastrophe von Schweizerhalle im Jahre 1986 erschienen. Es heisst «Falsches Spiel» und sein Hauptfazit lautet: Zu Unrecht gilt «Schweizerhalle» als Wendepunkt im Umweltverhalten der Basler Industrie. Ein faktenreiches, kompetentes und engagiertes Buch, zum Kauf und Studium wärmstens empfohlen!

Seit Jahren erforscht der studierte Geograph Martin Forter die Folgen des Chemiemülls in der Region Basel für die Umwelt im Allgemeinen und für die Trinkwasserversorgung im Speziellen. Er hat sich mit seinen wissenschaftlichen Untersuchungen

einen Namen als Chemiemüllexperte gemacht. Forter versteht sich aber nicht als weltfremder Forscher im Elfenbeinturm, sondern vor allem als Anwalt für das Recht auf sauberes Trinkwasser und sanierte Giftmülldeponien. Finanziert wird seine Arbeit seit einigen Jahren von Greenpeace.

Vom «Farbenspiel» zum «Falschen Spiel»

Sein opus magnum zur Schädigung von Umwelt und Gesundheit durch die Chemieindustrie in der Region Basel publizierte Forter im Jahre 2000 unter dem Titel «Farbenspiel». Kenntnisreich zeichnete er ein detailliertes Bild der hundertjährigen Umweltverschmutzung durch die Basler Chemie. Die Rotfärbung des Rheins durch ungereinigte Chemieabwässer und die durch Luftverunreinigungen gefärbte Wäsche der

Chemiearbeiter im Kleinbasel motivierten ihn zum Titel «Farbenspiel». Das Buch gilt heute als Standardwerk zur Chemiemüllproblematik in der Region Basel.

Sensibilisiert für die Chemiemüllproblematik wurde Forter als Student durch den Grossbrand in Schweizerhalle 1986. Mitten in der Nacht auf den 1. November 1986 brennt bei der Sandoz AG in Schweizerhalle (BL) eine Lagerhalle. 1,251 Tonnen Chemikalien gehen in Flammen auf. Explodierende Fässer schießen durch die Luft. Ein Ostwind trägt die Rauchwolke über die Stadt Basel. «Eine Region hält den Atem an», lautet der Titel der Basler-Zeitung-Sonderausgabe. Durch das Löschwasser kommt es zu einer massiven Verschmutzung von Böden, des Grundwassers und zu einem Massenfischsterben im Rhein. Nur mit viel Glück treten nicht massenweise Insektenvertilgungsmittel in die Luft aus, und es kommt darum nicht zu den anfangs befürchteten Todesfällen unter der Bevölkerung.

«Ich ging lange davon aus, dass Sandoz den Boden des Brandplatzes sauber gereinigt und damit wenigstens die Überreste des Grossfeuers vollständig beseitigt habe. Ich dachte, «Schweizerhalle» sei Geschichte. Dann aber berichtete ein Mitarbeiter der Industrie, dass noch heute neben den Trinkwasserfassungen Agrochemikalien das Grund-

wasser verschmutzen», schreibt Martin Forter in der Einleitung zu seinem neuen Buch «Falsches Spiel». Auf Antrag von Clariant und Syngenta ist Forter bei seinen Recherchen von den Behörden die Einsicht in wichtige neuere Dokumente verweigert worden. Doch er hat genügend andere Quellen und Informationen, um die Umweltsünden der Basler Chemie auch nach der Schweizerhalle-Katastrophe umfassend zu dokumentieren. Für sein Buch hat er 3000 Seiten aus dem Archiv des Baselbieter Amtes für Umweltschutz und Energie gesichtet und weitere 3000 Aktenseiten aus anderen Archiven. Hinzu kommen noch 6000 Seiten aus seinem Privatarchiv, Material das ihm von Industrie- und Behördenseite zugespielt worden sei.

In seiner Zusammenfassung lesen

Keine Entschuldigung: Sie wussten, was sie taten

« Hören wir auf damit, nach Entschuldigungen für die Verantwortlichen zu suchen : Jene, die diese Abfälle verursachten, wussten sehr wohl, was sie taten. Wer mag glauben, dass Wissenschaftler, die komplexe chemische Moleküle schufen, sich nicht über die ökologischen Risiken der von ihnen produzierten Abfälle im Klaren waren? Die unmittelbar Verantwortlichen sind bekannt. Die Pharma- und Chemieindustrie muss ihre Verantwortung wahrnehmen, die Abfälle beseitigen und der Bevölkerung ihr Trinkwasser zurückgeben. Jegliche Ausflüchte sind eine Gefahr für die Gesundheit von mehr als 200'000 Menschen in der Region Basel und für viele anderswo – und dies wegen Konzernen, die ausgerechnet im Bereich Gesundheit tätig sind »

Philippe Roch im Vorwort zum Buch «Falsches Spiel» von Martin Forter. Roche ist Biochemiker und war bis 2005 Direktor des Bundesamtes für Umwelt.

wir: «Grosse Mengen teilweise hochgiftiger Substanzen gelangen in den Boden, verschmutzen das Grundwasser und fließen in Richtung der Trinkwasser-



Aufgrund seiner Untersuchungen von zahllosen Akten und vertraulichen Papieren der Chemie- und Pharmakonzerne wirft Forter der Industrie vor, trickreich das Ausmass der Chemiemüllverschmutzung in den drei Ländern der Region Basel zu verschleiern...

brunnen. Trotzdem saniert Sandoz den Brandplatz nur unvollständig. Sie hinterlässt eine 'Schweizerhalle'-Deponie und damit eine weitere Chemie-Altlast unmittelbar neben den Trinkwasserfassungen. Seit 1995 verschmutzt 'Schweizerhalle' das Grundwasser stärker, als es laut Sanierungsziel tolerierbar ist. Daran aber stört sich der Pharmakonzerne Novartis als Sandoz-Nachfolgerin auch 2010 wenig. 'Schweizerhalle' gilt daher zu Unrecht als Wendepunkt im Umwelt- und Sicherheitsverhalten der Basler Chemie». (Seite 213).

Aufgrund seiner Untersuchungen von zahllosen Akten und vertraulichen Papieren der Chemie- und Pharmakonzerne wirft Forter der Industrie vor, trickreich das Ausmass der Chemiemüllverschmutzung in den drei Ländern der Region Basel zu verschleiern, um Sanierungskosten zu sparen. Bei ihrem falschen Spiel schreckte die Industrie auch nicht davor zurück, die Behörden zu vorschriftswidrigen Zugeständnissen zu drängen.

Der Umweltaktivist

Forter hat gelernt, dass nur anhaltende Hartnäckigkeit und die Unterstützung von Umweltorganisationen Licht ins Dunkel der Chemiemülldeponien bringen können. Das Datenmaterial, das er zusammengetragen hat, ist unverzichtbar, um den Druck auf die Industrie und die Umweltschutzämter sachlich zu untermauern.

In Bonfol (JU) und Kölliken (AG) wird jetzt total saniert. Hart kritisiert Forter die Rolle des Bundesamtes für Umwelt (Bafu) im Raum Basel: «Als die Behörden von Basel-Landschaft und Basel-Stadt endlich dazu übergehen, sich mit Screenings einen genaueren Überblick über die Schadstoffvielfalt und das

Ausmass der Verschmutzung zu verschaffen, verweigert ihnen das Bafu sowohl die argumentative wie die finanzielle Unterstützung ».

Leider hat sich die Hoffnung von Forter auf eine Annahme der Volksinitiative der Grünen zur Totalsanierung der Chemiemülldeponien nicht erfüllt. 62 % stimmten im Juni 2010 dagegen, mit 70% wurde ein bürgerlicher Gegenvorschlag angenommen.

Forter wird sich dadurch nicht entmutigen lassen und weiter das falsche Spiel der Industrie in Umweltfragen denunzieren. Das faktenreiche und lesenswerte Buch kann ich nur empfehlen. Als sein Buch «Farbenspiel» erschien, habe ich ihn für die Soziale Medizin interviewt und schätzen gelernt (Soziale Medizin 6/00 S. 18 ff.). Dass er hartnäckig am Ball geblieben ist und sich unentwegt für ein gute Sache einsetzt, freut mich ganz besonders. Einer der sich nicht kaufen lässt. Species rara conservanda !

ALEX SCHWANK



Das Buch : Martin Forter : «Falsches Spiel – Die Umweltsünden der Basler Chemie vor und nach Schweizerhalle », Chronos-Verlag Zürich 2010, 215 Seiten, CHF 29.-.



Jubiläum der Heiler

Ein geistig behindertes Kind am Wachstum hindern?

Eine ethische Analyse

Wachstumsbegrenzende Therapien befinden sich im experimentellen Stadium. Möglicherweise stehen sie schon bald zur Verfügung. Ist es legitim, ein geistig behindertes Kind mit medizinischen Mitteln in seiner Entwicklung zu hemmen, damit es ein Kleinkind bleibt?

Laut Mitteilung der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften befindet sich eine wachstumsbegrenzende Therapie erst in einem experimentellen

Stadium. Als eigentliche Therapie ist sie weder endgültig überprüft noch etabliert. Deshalb kann z. B. in der Schweiz oder in Deutschland einem solchen Wunsch, wenn er auch von Eltern geäussert wird, nicht nachgekommen werden.

Ausgangssituation

Es erscheint aber denkbar und damit auch möglich, dass in absehbarer Zukunft ein solches Begehren an die Medizin gestellt wird. In meinem heilpädagogischen Umfeld ist dieser Wunsch bereits von der Mutter eines Kindes mit schwerer geistiger Behinderung gegen-

über einer Ärztin geäussert worden. Es erscheint deshalb angebracht, sich über diese Thematik Gedanken zu machen. Dabei muss man berücksichtigen, dass vielen Eltern von Kindern, insbesondere von solchen mit einer schweren geistigen und mehrfachen Behinderung, die Betreuung „über den Kopf wächst“ und dass nicht selten der Wunsch nach einem kleineren, leichteren, nicht pubertierenden Kind aufkommt, aufkommen kann.

Dilemma

Das Dilemma ergibt sich zum einen dadurch, dass sich die Heilpädagogik bzw. ihre Vertreter intuitiv nicht mit diesem Ansinnen identifizieren können und deswegen eigentlich eher empört auf dieses Anliegen reagieren. Zum anderen will eine Heilpädagogin aber den guten Kontakt zur Mutter, der für ihre Alltagsarbeit mit dem behinderten Kind von Vorteil ist, nicht so ohne weiteres aufs Spiel setzen. Dann ist aber auch denkbar, dass dieses Ansinnen, insbesondere im Erwachsenen-Behindertenbereich von professionell von Behinderung Betroffenen geäussert werden könnte. Gehen wir im Folgenden von einem fiktiven Beispiel aus.

Pro- und Contra-Begründungen

Wenn wir die vier von Beachamp & Childress erläuterten ethischen Kategorien Fürsorge, Nicht-Schaden-Prinzip, Autonomie und Gerechtigkeit heranziehen, ergibt sich in etwa das folgende Bild.

Fürsorge

Wenn man davon ausgehen muss, dass ein geistig behindertes Mädchen sich körperlich mehr oder weniger normal entwickeln wird, so wird es vermutlich einmal ca. 1,6 m gross werden und ca. 45 – 60 kg wiegen. Gewisse motorische Unsicherheiten sind ebenfalls festzustellen. Es ist aber noch ungeklärt, wie gravierend diese einmal im Erwachsenenalter sein werden.

Das Mädchen wird ausserdem die Menstruation bekommen und ev. auch

schwanger werden können. Unterstellen wir, dass es der Mutter ausschliesslich um fürsorgerische Überlegungen geht, so kann man unschwer unterstellen, dass eine Fürsorge im Sinne der Befriedigung pflegerischer Bedürfnisse im erwachsenen Stadium ungleich schwieriger sein wird als heute, wo das Mädchen (zum Beispiel) 1,10 m gross und ca. 15 kg schwer ist. D.h. es kann problemlos auf den Arm genommen werden. Ist das Mädchen eine Frau, so kommen auch, das zeigen Gespräche mit Müttern von geistig behinderten Mädchen immer wieder, psycho-sexuelle Probleme dazu, d.h. Ängste, ob das Mädchen verführt werden könnte. Aber auch die monatliche Hygiene auf Grund der Periode bereiten ihnen oft sehr grosse Sorgen. Von daher kann man das Fazit ziehen, dass es nachvollziehbar ist, wenn eine Mutter den Wunsch nach einer Entwicklungsverzögerung bzw. -hemmung äussert. Sie ist auch der Meinung, dass es ihrem Kind besser gehen würde, wenn es klein bliebe, weil es ja dann eben besser versorgt, gepflegt und betreut werden könnte.

Andererseits muss das Fürsorge-Prinzip natürlich auch auf das Mädchen mit einer Behinderung angewendet werden. D.h. es gibt im Grunde zwei Bedürfnisträger, welche in einem permanenten Wechselwirkungsprozess zueinander stehen. Die einseitige Fürsorge, nur von Seiten der Mutter aus betrachtet, blendet die freie Entfaltung des Mädchens in seinem natürlichen (egal ob behindert oder nicht) Entwicklungsprozess aus. Die Fürsorge der Eltern (Mutter) müsste deshalb durch Anpassungsleistungen der Umwelt (Entlastungsdienste, Beratung etc.) unterstützt werden. Die Form der Fürsorge müsste deshalb reorganisiert werden, damit die Entwicklung des Kindes nicht beeinträchtigt wird.

Nicht-Schadens-Prinzip

Gemäss diesem Prinzip wird eine Beurteilung schon schwieriger, weil eine bessere Fürsorge erstmals auch als ein geringerer Schaden angesehen werden kann. Ist die Pflege, Förderung und Betreuung schwieriger, ist auch die Gefahr von Schäden grösser. Andererseits ist ein solcher Eingriff in die biologische und

psychologische Entwicklung dieses Mädchens extrem, so dass er eigentlich vehement abzulehnen ist. Dies analog zu der intuitiv vorgebrachten Ablehnung von Seiten der Heilpädagogin bzw. der heilpädagogischen Wissenschaft. Diese wiederum geht davon aus, dass es sich bei der hier zur Diskussion stehenden Veränderung um eine Form der Körperverschwendung handelt.

Aus medizinischer Sicht ist bis heute nicht hinreichend bekannt, ob eine Steuerung des Hormonhaushaltes in der hier angeführten Art und Weise auch Neben-Schädigungen hervorrufen kann. Dies könnte ein wichtiges Argu-

mehrfacher Behinderung bzw. deren Nicht-Anerkennung als Person im Sinne von Peter Singer, soll hier nicht weiter referiert werden.

Autonomie

Autonomie ist in der Ethik ein schillernder Begriff. D.h. er ist schwer zu fassen und es gibt Autoren, die davon ausgehen, dass Autonomie immer ein von der Umwelt zugestandener Begriff ist und deshalb eine inhärente Autonomie im Grunde eine Fiktion, ein Artefakt ist. Insbesondere bei Menschen mit einer



Insbesondere bei Menschen mit einer geistigen Behinderung kann demzufolge auch davon ausgegangen werden, dass diese eine eingeschränkte Autonomie haben, u.a. auch deshalb, weil sie nicht in der Lage sind, diese auch selber einfordern zu können.

ment für bzw. gegen einen solchen Eingriff darstellen. Gehen wir im Folgenden davon aus, dass dieser keine Nebenwirkungen hat, sondern lediglich die von der Mutter angestrebte Nicht-Veränderung ihres Kindes als Ziel bewirkt. So müsste als Fazit festgehalten werden, dass es sich bei einer solchen Beeinflussung nicht um einen Schaden im engeren Sinne handeln würde. Geht man aber davon aus, dass sich bei dieser Therapie geradezu zwangsmässig Folgeschäden ergeben können, dann ist sie auf jeden Fall abzulehnen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass es hierbei ja auch zu einem Auseinanderklaffen der psychischen bzw. physischen Entwicklung kommen kann. Es stellt sich hier die Frage, inwieweit eine z. B. 50jährige Person im Körper eines Kleinkindes als erwachsene Person anzusehen ist oder nicht? Es muss deshalb auch hier das Fazit gezogen werden, dass ein solcher Eingriff abzulehnen ist. Über den Status von Menschen mit schwerer geistiger und

geistigen Behinderung kann demzufolge auch davon ausgegangen werden, dass diese eine eingeschränkte Autonomie haben, u.a. auch deshalb, weil sie nicht in der Lage sind, diese auch selber einfordern zu können. Es verhält sich hiermit ähnlich wie mit dem Begriff der Würde, der auch nicht so einfach zu bestimmen ist. D.h. das geistig behinderte Mädchen ist selber nicht in der Lage, seine Autonomie einzufordern. Wäre es nämlich hierzu in der Lage, so ergäbe sich die hier aufgeworfene Fragestellung überhaupt nicht, weil es dann ganz allein in der Entscheidung des Mädchens läge, was es mit seinem Leben anfangen will bzw. was es tun oder unterlassen möchte. Wir kommen also zum Schluss, dass der Begriff der Autonomie in seiner Ganzheit hier nicht zum Tragen kommen kann. Wir gelangen deshalb zu einer Form der advokatorischen Ethik und diese stellt ja gerade das Thema dieser Überlegungen dar. Hier ist natürlich wieder festzuhalten, dass der



Kurtito / flickr

Haltung der Mutter ein grösseres Gewicht beizumessen ist als derjenigen der Heilpädagogin bzw. der Lehrmeinung der heilpädagogischen Wissenschaft, die ja letztendlich nur in einem Dienstleistungsverhältnis zu dem geistig behinderten Mädchen steht. Natürlich erscheint es, wiederum aus einer intuitiven Sicht heraus, als problematisch, wenn die Mutter diesen Wunsch äussert. Wir haben aber bereits gesehen, dass dieser nicht unlogisch erscheint und sehr wohl aus einer ethisch guten Haltung heraus (Fürsorge, Pflege, Förderung, Betreuung) begründet werden kann. Hierbei ist auch zu fragen, inwieweit es ethisch in Ordnung ist, wenn Eltern ihre Kinder z. B. zu einem täglich stattfindenden Training (z. B. Tennis, Eiskunstlauf etc.) oder dem Üben eines Musikinstruments (Geige, Klavier) anhalten, mit der Absicht, dass dieses Kind eines Tages viel Geld einspielen wird. Hier könnte man sogar sagen, dass diese Haltung wesentlich weniger einer Sorge im Sinne von Für-Sorge getragen ist, sondern vermutlich eher eigennützig, egoistischen Beweggründen entspringt. Von der Gesellschaft werden diese Motive aber nicht geächtet. Warum sollen sie also bei der hier zur Disposition stehenden Mutter eine so grosse Rolle spielen, dass man ihre Absichten direkt und ohne nähere Prüfung als negativ verurteilt? Hier ist m. E. schwer-

lich eine Gegenargumentation aufzubauen.

Gerechtigkeit

Ist es gerecht, wenn man den biologisch und psychologisch naturgegebenen Abläufen in die Quere kommt bzw. diese unterbindet? Auch diese Fragestellung ist äusserst heikel, verletzt sie doch die Sein-Sollens-Schranke. Damit ist gemeint, dass von einem Sein nicht auf ein Sollen geschlossen werden kann. Das Sein sind die hier zur Disposition stehenden biologischen Vorgänge. Diese sollen in ihrem natürlichen Ablauf unterbunden werden. Die Frage ist nun, ob man das darf, wenn man es tun kann. D.h. wir kommen hier auch zu Fragestellungen, die die normative Kraft des Faktischen betreffen. Wenn wir diese medikamentösen Hilfsmittel nicht haben, können sie auch keine normative Kraft entwickeln. Nun unterstellen wir aber, dass wir sie haben. Somit können wir uns diesen Geistern nicht mehr entziehen. Die Möglichkeit besteht, und es ist deshalb begründungspflichtig, warum die Mutter mit bestem Gewissen und in Sorge um die weitere Betreuung ihrer Tochter nicht zu diesem Mittel greifen darf? Ja, warum darf sie es eigentlich nicht? Bzw. was ist ungerecht daran, wenn sie es tut. Redet man hier

nicht einem Naturalismus den Mund, den es so schon lange nicht mehr gibt, sofern es ihn den überhaupt einmal gegeben hat? Und wie verhält es sich mit der natürlichen Entwicklung, wenn man davon ausgehen kann, dass sich dieses Mädchen ohnehin nicht natürlich entwickelt, weil es geistig behindert ist. Also könnte die Mutter nicht zusätzlich noch zur Argumentation greifen, dass das Schicksal sie ohnehin schon in eine Ausnahmesituation gedrängt hat, weil ihre Tochter so ist, wie sie ist und kaum als ein Mädchen mit einer natürlichen Entwicklung, im Vergleich zu den Tausenden von anderen Mädchen, angesehen werden kann. Wo bleibt bzw. blieb da die Gerechtigkeit, fragt die Mutter? Gibt ihr der Schicksalsschlag ihrer behinderten Tochter nicht das Recht, zu ausserordentlichen Mitteln zu greifen, wenn sie denn schon greifbar geworden sind?

Fazit

Geht man davon aus, dass eine medikamentöse Beeinflussung des geistig behinderten Mädchens keine Nebenschädigungen verursacht, ist es die alleinige Entscheidung der Mutter, ob sie zu dem Mittel der Entwicklungsverzögerung bzw. -verhinderung greifen will oder nicht. Wenn dies unter ärztlicher Kontrolle geschieht, gibt es aus ethischer Sicht keine Gründe, warum dies nicht erlaubt sein soll. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften geht von dem ethischen Grundsatz aus, dass bei einer Person, die sich nicht selber äussern kann, eine medizinische Massnahme nur dann durchgeführt werden darf, wenn eine Abwägung von Nutzen und Risiken bzw. Belastungen erfolgt ist. Ausschlaggebend für die Entscheidung ist allein die Angemessenheit der Behandlung für die betroffene Person selbst, d.h. der Nutzen muss klar überwiegen und die Risiken und Belastungen müssen vertretbar sein. Es scheint nicht geboten zu sein, es zu tun, es aber zu verbieten, wäre ethisch nicht korrekt.

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



nuclear flickr

Wie gefährlich sind Kernkraftwerke für die Gesundheit?

Die Befürworter der Kernenergie verspüren politischen Rückenwind. Sie preisen die Spaltung des Atomkerns als saubere Energiequelle ohne CO₂-Ausstoss. In der Schweiz ist kürzlich das Forum Medizin und Energie' (FME) an die Öffentlichkeit getreten, um die Befürchtungen vor gesundheitlichen Risiken der Atomenergie zu zerstreuen. Wir wollten vom Präsidenten der PSR-IPPNW Schweiz wissen, was er davon hält.

Interview: Ruedi Spöndlin

Soziale Medizin: Im Jahr 2007 erregte die deutsche KiKK-Studie (Kinderkrebs in der Umgebung von Kernkraftwerken) Aufsehen, wonach Kinder in der Umgebung von Kernkraftwerken gehäuft an Leukämie erkrankten. Im April dieses Jahres ist das Forum Medizin und Energie (FME) nun mit der Behauptung an die Öffentlichkeit getreten, es sei ein Trugschluss, die radioaktiven Emissionen von Kernkraftwerken würden das Leukämierisiko erhöhen. Das Resultat der KiKK-Studie könne auch auf Zufall beruhen.

Claudio Knüsli: In der KiKK-Studie ist eindeutig nachgewiesen worden, dass das Leukämierisiko bei Kindern unter 5 Jahren, die im 5km-Umkreis von AKWs wohnen, verdoppelt ist. Die Autoren haben in ihrer offiziell anerkannten („peer-reviewed“), in englischer Sprache verfassten Publikation festge-

halten, dass die Ursache für diese Leukämiehäufung in der Nähe von AKWs ungeklärt ist. Mit anderen Worten: Man könne die aus AKWs stammende Radioaktivität als Leukämie Ursache nicht ausschliessen. Gleichzeitig haben dieselben Autoren in ihrem deutschsprachigen, keiner peer-review unterworfenem Schlussbericht zuhanden der Behörden behauptet, die Radioaktivität aus AKWs könne nicht als Ursache für die Leukämien interpretiert werden. Mit diesen widersprüchlichen Aussagen haben die KiKK-Studienautoren ihre eigenen Resultate diskreditiert. Aus wissenschaftlicher Sicht ist das ein Skandal!

SM: Felix Niggli, Professor für Kinderonkologie am Universitätsspital Zürich, stellte an einem Medienworkshop des FME vom 13. April eine ganze Rei-

he von möglichen Leukämieursachen vor. Als Redaktor der Sozialen Medizin interessierten mich vor allem seine Hinweise auf sozialmedizinische Faktoren. Je früher ein Kind eine Kinderkrippe besucht, desto geringer soll sein Risiko sein, an Leukämie zu erkranken. Bessere Hygiene und eine isolierte Wohnsituation begünstigen laut Aussage von Niggli das Auftreten von Leukämie bei Kindern. Kinder in entwickelten Ländern würden häufiger an Leukämie erkranken als solche in Entwicklungsländern. Aufgrund dieser Feststellungen vermuten Niggli und andere Wissenschaftler, der Kontakt eines bisher relativ isoliert lebenden Kindes mit neuen Infektionserregern könne die Entstehung von Leukämie begünstigen. Kinder von Eltern mit höherem sozialem Status wären dabei gefährdeter.

C.K.: Man geht heute davon aus, dass eine Leukämie in mindestens zwei Schritten entsteht. Bei Kindern ist wahrscheinlich primär von einer vorgeburtlichen, genetischen Disposition auszugehen. Auf deren Boden kann unter gewissen Bedingungen – z.B. durch einen Infekt – in der Kindheit eine Leukämie ausgelöst werden. Radioaktivität kann durchaus genetische Schäden beim Ungeborenen auslösen – das ist seit mehr als 50 Jahren bekannt. Aus Gründen des Strahlenschutzes ist deshalb eine Exposition von Schwangeren gegenüber ionisierender Strahlung um jeden Preis zu vermeiden. Dass Kinder mit frühem Krippenbesuch wegen Kontakt mit früher Infektexposition schliesslich aus immunologischen Gründen weniger häufig Leukämien entwickeln, ist eine interessante Idee. Ein ursächlicher Virus bei denjenigen Kindern, die eine Leukämie entwickeln, ist bisher jedoch hypothetisch.

SM: Feststellbar soll auch sein, dass kindliche Leukämien dort gehäuft auftreten, wo eine Bevölkerungsbewegung stattgefunden hat, vor allem eine von einer städtischen in eine ländliche Umgebung. Auch das könnte laut Niggli darauf zurück zu führen sein, dass die betreffenden Kinder später mit bestimmten Infektionserregern in Kontakt gekommen sind. Niggli meinte nun, die von der KiKK-Studie im Jahre 2007 festgestellte Häufung könnte durch diesen Effekt erklärbar sein und nichts mit

Unser Gesprächspartner: Claudio Knüsli, Dr. med., Onkologe in Basel, Präsident der ÄrztInnen für soziale Verantwortung und zur Verhütung eines Atomkriegs (PSR-IPPNW Schweiz), die sich für die weltweite Abschaffung der Atomwaffen und den Ausstieg aus der zivilen Atomtechnologie einsetzen (www.ippnw.ch).

dem nahe gelegenen Kernkraftwerk zu tun haben.

C.K.: Ich kenne keine Viren, die besonders in der Umgebung von AKWs



Radioaktivität kann durchaus genetische Schäden beim Ungeborenen auslösen – das ist seit mehr als 50 Jahren bekannt.

Claudio Knüsli

vorkommen, und auch Prof. Niggli konnte kein solches Virus nennen. Dass niedrige Dosen ionisierender Strahlung - low-dose radiation - jedoch zur Krebsentstehung beitragen kann, ist unbestritten. Und low-dose radiation wird durch AKWs an die Umgebung abgegeben. Ein Zusammenhang zwischen Radioaktivität aus AKWs und Leukämie ist somit keineswegs ausgeschlossen oder gar widerlegt.

SM: In einer Broschüre behauptet das FME, eine erste Studie zu AKWs und Blutkrebs von 1992 habe in der Umgebung von Atomkraftwerken zwar eine um 6 Prozent höhere Häufigkeit von

Leukämie ergeben. Die Häufigkeit aller anderen Krebsarten sei in den betreffenden Gegenden jedoch niedriger als im Durchschnitt gewesen. Relativiert diese Feststellung das Risiko der Kernkraftnutzung?

C.K.: Ich kenne diese Studie nicht. Leukämieinzidenz muss jedoch mit Leukämieinzidenz verglichen werden – ein Quervergleich Leukämieinzidenz mit der Inzidenz anderer Krebsarten ist wissenschaftlich unhaltbar und damit nicht weiterführend.

SM: Stimmt es, dass die genetische Veranlagung bei der Entstehung von Leuk-

ämie bei Kindern eine grosse Rolle spielt? Laut Aussage von Felix Niggli soll das Leukämierisiko bei Kindern mit Down-Syndrom höher sein.

C.K.: Das ist korrekt: Kinder mit Down-Syndrom erkranken und sterben sehr viel häufiger an Leukämien.

SM: An einem FME-Medienworkshop wurde auch kritisiert, die KiKK-Studie beruhe nur auf einer einmaligen Erhebung. Aussagekräftiger seien Studien, welche auf einem kontinuierlichen Überwachungsprogramm beruhen.

C.K.: Es gibt verschiedenste epidemiologische Ansätze. Die KiKK-Studie beruht ja gerade auf einer Untersuchung

eines Zeitkontinuums über mehr als 20 Jahre, dies ist - nebst dem Fallkontrollstudiendesign - eine der Stärken dieser Studie.

SM: Die Experten des FME weisen darauf hin, Leukämie bei Kindern sei extrem selten. Nur fünf von 100.000 Kindern unter 15 Jahren würden daran erkranken, am häufigsten zwischen dem 2. und 5. Lebensjahr. Kann man aufgrund so geringer Zahlen überhaupt Aussagen darüber machen, ob die Nähe des Wohnorts zu einem Atomkraftwerk das Risiko einer kindlichen Leukämie erhöht?

C.K.: Leukämien sind selten – aber immerhin eine der häufigeren Krebstodesursachen bei Kindern. Es lohnt sich somit jedenfalls, den Leukämieursachen auf die Spur zu kommen. Die Gesetze der Statistik müssen beim Konzipieren einer solchen Studie zum Vorneherein berücksichtigt werden. Die sogenannte Power – die statistische Nachweiskraft – spielt hier eine wesentliche Rolle. Die Power der KiKK-Studie war bei weitem ausreichend, und der gefundene Effekt statistisch hochsignifikant.

SM: Wäre es sinnvoll, auch in der Schweiz eine ähnliche Untersuchung wie die KiKK-Studie durchzuführen?

C.K.: Sie sprechen die aktuell laufende Schweizer Studie CANUPIS an, die untersucht, ob Kinder in der Umgebung von AKWs häufiger an Krebs, speziell Leukämien erkranken. Natürlich interessiert brennend, ob auch in der Schweiz – so wie in Deutschland – in der Umgebung von AKWs kindliche Krebserkrankungen gehäuft sind. Die seit Herbst 2008 laufende CANUPIS-Studie weist aus unserer Sicht wegen zu geringer Fallzahl eine zu niedrige statistische Power auf, um einen Effekt derjenigen Grössenordnung nachweisen zu können, wie er in Deutschland gefunden worden ist. Das Risiko eines falsch negativen CANUPIS-Studienresultates ist damit unverantwortbar hoch. Das macht uns Sorge.

SM: Wäre ein nationales Krebsregister in der Schweiz hilfreich, um die Risiken von Kernkraftwerken und andere Risikofaktoren genauer einschätzen?

C.K.: Für die Schaffung eines nationalen Krebsregisters ist es höchste Zeit.



Mit widersprüchlichen Aussagen haben die KiKK-Studienautoren ihre eigenen Resultate diskreditiert. Aus wissenschaftlicher Sicht ist das ein Skandal!

Kantonale Krebsregister für Erwachsene fehlen insbesondere in den Kantonen mit Atomkraftwerken! Dagegen gibt es bereits ein nationales Kinderkrebsregister.

SM: Stimmt es, dass die Ergebnisse der KiKK-Studie von 2007 deren Verfassern nicht gelegen kamen und dass sie versuchten, deren Bedeutung herunter zu spielen?

C.K.: Wie oben geschildert, vertreten dieselben Autoren der KiKK-Studie zum gleichen Zeitpunkt in zwei verschiedenen Veröffentlichungen sich widersprechende Aussagen bezüglich Ursache für die Leukämiehäufung in der Umgebung von AKWs. Dies signalisiert, dass die Autoren ihre eigenen Resultate instrumentalisieren. Dies lässt nicht darauf schliessen, dass sie mit ihren Ergebnissen glücklich waren! Es irritiert besonders, dass die KiKK-Autorin Prof. Monika Blettner als Expertin für die CANUPIS-Studie gewählt wurde. Ebenso ist auffällig, dass Dr. M. Kaatsch als Experte für die Peer-Review der schriftlichen FME-Unterlagen beigezogen wurde.

SM: Ist es nicht so, dass man in der Umgebung von Kernkraftwerken keine erhöhte Radioaktivität messen kann, solange es nicht zu einem Zwischenfall kommt?

C.K.: Doch, man kann vermehrt Radioaktivität um AKWs herum messen! Und man kann eben auch nachweisen, dass Pflanzen und Wasser in der Umgebung von AKWs vermehrt mit radioaktiven Isotopen verseucht sind, die aus diesen AKWs stammen. Genau deshalb ist es eine plausible Hypothese, dass die niedrige Dosis ionisierender Strahlung bei den gehäuften Leukämien in der Umgebung von AKWs eine Rolle spielen könnte. Zumindest ist dies eindeutig nicht ausgeschlossen. Zutreffend ist, dass die Abgabe von Radioak-

tivität durch AKWs an die Umgebung diskontinuierlich erfolgt. Es gibt Spitzenzeiten, zu welchen ca. 50mal mehr Radioaktivität freigesetzt wird als durchschnittlich beobachtet wird – dies z.B. bei der Wartung von AKWs (Brennstabersatz).

SM: Was bedeutet der Ausbruch einer Leukämie für ein Kind? Wie hoch sind die Heilungschance und die Wahrscheinlichkeit, daran zu sterben? Welche Folgen hat ein Kind zu tragen, wenn es eine Leukämie überlebt?

C.K.: Eine Leukämie ist unbehandelt innerhalb weniger Wochen tödlich. Je nach Form können 60 – 80% aller Kinder mit Leukämie geheilt werden. Dies ist jedoch nur mit einer toxischen, aggressiven Therapie möglich, die meist 2 Jahre lang dauert. Eine Leukämie eines Kindes ist eine Riesenbelastung für das Kind, seine Eltern und seine ganze Familie.

SM: Welche anderen gesundheitlichen Risiken gehen von Atomkraftwerken und der Atomkraft generell aus?

C.K.: Der ganze Pfad der Atomenergieerzeugung ist aus gesundheitlicher und ökologischer Sicht hochproblematisch. Die Uranerzeugung lässt die Minenarbeiter an Krebs und anderen bedrohlichen Leiden erkranken und sterben; Mitarbeiter in AKWs sind bereits im Normalbetrieb einem erhöhten Krebsrisiko ausgesetzt; wie beschrieben, ist ferner Radioaktivität als Ursache von Leukämien in der Nähe von AKWs nicht ausgeschlossen. Unfälle wie die Explosion des AKWs in Tschernobyl lassen erkennen, dass die gesundheitlichen Risiken für die Bevölkerung ganzer Länder extrem sind – mit Hunderttausenden von Toten und radioaktiver Verstrahlung riesiger Flächen. Nicht auszumalen sind auch die gesundheitlichen Risiken durch terroristische Akte auf Atomanlagen.

Die Spitäler stehen seit Jahren im Spannungsfeld zwischen Demokratie und Privatisierung. Zusätzlich gibt es im öffentlichen kantonalen Bereich zwischen Parlament und Regierung ein Seilziehen um Aufgaben und Kompetenzen. Mit dem vom Gesundheitsdepartement Basel-Stadt in die Vernehmlassung geschickten Gesetzesentwurf über die öffentlichen Spitäler sollen die Weichen auch in der Nordwestschweiz Richtung „Markt“ gestellt werden. Der Widerstand formiert sich.

Mit der neuen im Krankenversicherungsgesetz (KVG) geregelten Spitalfinanzierung hat sich der Zug Richtung Markt- und Privatwirtschaft beschleunigt. Das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt will im Rahmen dieser Reform bis 2012 auch die kantonale Spitallandschaft umkrempeln. Das Universitätsspital, die Psychiatrischen Kliniken und das Felix Platter Spital, bisher Abteilungen des Gesundheitsdepartements mit eigenen Direktionen, sollen selbständige öffentlich-rechtliche Unternehmen mit eigener Rechtspersönlichkeit werden. Sie sollen Unternehmen jeglicher Art gründen oder sich an Unternehmen beteiligen können. Dies würde zum Beispiel Auslagerungen ganzer Dienstzweige ermöglichen. Die Regierung will eine neue Finanzierung, mehr Wettbewerb zwischen den Spitälern und, immer wieder besonders hervorgehoben, gleich lange Spiesse für öffentliche und private Spitäler. Um in diesem Wettbewerb bestehen zu können, brauche es zumindest die vorgeschlagene Autonomie der Spitäler. Die Vernehmlassung wurde im Juni abgeschlossen. Die neue Gesetzesvorlage soll diesen Herbst in den Grossen Rat kommen.

Reaktionen

SP, Basta, Grüne und VPOD unterstützen Bestrebungen, welche den Spitälern mehr Handlungsmöglichkeiten (flexiblere Budgetierung, eigene Rechnungsle-



pppsaice / flickr

Zur aktuellen Basler Spitalpolitik

Wieviel Demokratieverlust erträgt das Gesundheitswesen?

gung) geben, sehen jedoch für eine rechtliche Verselbständigung weder eine gesetzliche noch ökonomische Notwendigkeit. Die bürgerlichen Parteien finden die Vorlage ausgewogen oder zu wenig weit gehend. Freisinnige wollen eine Spital AG und schlagen im Verbund mit Liberalen und dem Präsidenten der kantonalen SVP gleich auch die Auflösung des Gesundheitsdepartements vor, das ohne Spitäler „wenig sinnvoll“ sei (Basler Zeitung vom 22.7.2010, Seiten 1 und 25).

Einseitige Betrachtung

Die regierungsrätliche Vorlage weist gravierende Mängel auf. Selbstverständlichkeiten, die üblicherweise jeden Veränderungsprozess begleiten, wurden ausser Acht gelassen: Es fehlt in den Vorlagen eine regionale oder kantonale Analyse der Ausgangslage. Auch gesundheitspolitische Ziele sucht man vergebens. Ebenso Alternativen zum vorgelegten Autonomiemodell. Dabei zeigen das CHUV in Lausanne oder

auch die Spitalorganisation von Basel-landschaft, dass Alternativen Sinn machen können.

Die Mär der gleichlangen Spiesse

Die Kritik kreist im Wesentlichen um die Demokratiefrage und die konzeptionellen Prämissen der Spitalvorlage. Über Marktversagen und Wettbewerbsverzerrungen im Gesundheitsbereich ist schon viel geschrieben worden. Über Demokratie und Demokratieverlust eher wenig. Deswegen sei hier daran erinnert, warum es insbesondere im Gesundheitsbereich eher mehr als weniger Demokratie braucht:

„Der Staat schützt und fördert die Gesundheit der Bevölkerung. Er gewährleistet eine allen zugängliche medizinische Versorgung.“ So umschreibt Paragraph 26 der basel-städtischen Verfassung die Kernaufgabe des Kantons im Gesundheitsbereich. Für alle muss der Zugang zur Spitalbehandlung unter Wahrung der Menschenwürde und ohne Diskriminierung gemäss der eidgenössischen und der kantonalen Verfassung garantiert sein. Die Verfassung des Kantons Basel-Stadt verpflichtet den Kanton in Paragraph 27, öffentliche Spitäler und Kliniken zu betreiben. Spitalleistungen betreffen Grundbedürfnisse, sichern Grundrechte, dürfen nicht ausschliessen und können deswegen auch nicht über einen Marktpreis gesteuert werden. Das sind alles typische Merkmale einer öffentlichen Leistung, wie sie vom Service public zu erbringen ist.

Selbstverständlich können und sollen private Spitäler das Leistungsangebot ergänzen. Aber gewinnorientierte, von Investoren geführte Spitäler haben andere Prioritäten als öffentliche Spitäler. Sie können in Konkurs geraten, Standorte verlegen und streichen, fast beliebig abgespeckt oder auf besonders finanzstarke Zielgruppen ausgerichtet werden. Universitäts- und Kantonsspitäler hingegen sind zu bedeutungsvoll, als dass wir auf sie verzichten könnten. Auch wenn sie von wenigen Verwaltungsräten gesteuert werden sollten, die für Gewinn und Defizite verantwortlich sind, bleibt dahinter faktisch die Staatsgarantie, welche wie in andern „To big to fail“-Situationen bei angehäuften Defiziten zum Tragen kommt.

In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, dass die hoch professionell arbeitenden Hirslanden-Spitäler zurzeit einem südafrikanischen Konzern gehören und während Jahrzehnten auch schon Teil der UBS waren. Ein Blick in den Jahresbericht 2009 der Privatklinikgruppe Hirslanden zeigt, dass die Konzernleitung „auf zusatzversicherte Patienten fokussiert“ ist und ebenso auf Wachstum in diesem lediglich rund 20



Für alle muss der Zugang zur Spitalbehandlung unter Wahrung der Menschenwürde und ohne Diskriminierung gemäss der eidgenössischen und der kantonalen Verfassung garantiert sein.

% der Versicherten in der Schweiz umfassenden „Markt“ (Jahresbericht Seite 20).

Mit den Aktien der insbesondere im Welschland und in Zürich tätigen „Genolier Gruppe“ kann täglich an der Börse spekuliert werden. In der Sonntags-Zeitung vom 4. April 2010 steht: „Privatpatienten sind lukrativ: In Genolier beträgt der Anteil ausländischer VIP-Gäste 15 Prozent und sorgt für 30 Prozent des Umsatzes.“

Diese kurze Gegenüberstellung von öffentlichen und privaten Spitälern verdeutlicht, dass die in der Schweiz und leider auch in Basel verfolgte Zielsetzung der „gleichlangen Spiesse“ von privaten und öffentlichen Spitälern illusionär ist. Die Angleichung an den deklarierten Weg der Gewinn- und Umsatzerzielung führt die öffentlichen Spitäler tendenziell weg vom Service public und ihrem verfassungsmässigen Auftrag. Genolier und Hirslanden machen vor, wohin die Gewinnerorientierung führen kann.

Verwaltungsrat statt Parlament

Sozusagen flankierend zur Annäherung an die Privatwirtschaft schlägt das Ge-

sundheitsdepartement einen weiteren Demokratieabbau im öffentlichen Sektor vor. Mit zahlreichen Kompetenzverschiebungen vom kantonalen Parlament zu Regierungs- und Verwaltungsrat würde die Legislative praktisch ausgeschaltet. So soll der Verwaltungsrat ausschliesslich vom Regierungsrat gewählt werden. Dieser legt auch die Entschädigungen für Verwaltungsratsmitglieder fest. Der Verwaltungsrat be-

schliesst über Budget und Investitionsentscheide. Die Rechnung wird dem Parlament lediglich „zur Kenntnis gebracht“.

Hoffnung

Statt auf Demokratie und Prozesse der politischen und transparenten Meinungsbildung und Kontrolle hat das basel-städtische Gesundheitsdepartement in der Vernehmlassung auf Strukturen und Entscheidungsabläufe gesetzt, welche die Demokratie schwächen. Aber kürzlich ist der zuständige Regierungsrat Carlo Conti über die Geister, die er rief, selbst erschrocken. Nachdem das Inselspital Bern angekündigt hatte, einen Entscheid der schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz vor Gericht anfechten zu wollen, hat er Ende Juli in einer Radio DRS-Sendung den Demokratieabbau im Gesundheitswesen beklagt. Das lässt hoffen.

REMO GYSIN,

Dr. rer. pol., Mitglied des Herausgeberbeirats Soziale Medizin, Präsident der Stiftung KOSCH, Nationalrat 1995-2007

Schulen, ein Beitrag zum Frieden

Neue Wege in Somalia

«Wenn man Mädchen bildet, bildet man eine ganze Nation», sagte Professor Mohamad Roble in Zürich an der Generalversammlung des „Fördervereins Neue Wege in Somalia“. Ende 2008 wurde er in Merka angeschossen und verlor ein Auge. Er hat jetzt in Holland Asyl erhalten. Es ist das Verdienst von Professor Roble, dass heute in Merka nach wie vor eine Primar- und Sekundarschule bestehen, mit insgesamt etwa 1'000 Schülern, neben einem Ambulatorium, einer Stadtreinigung und einem Sanitätsposten im Dorf Ambe Banaan. Die Hebamme Vre Karrer hatte diese Einrichtungen ab 1992 Schritt für Schritt aufgebaut. Sie kam 2002 in Merka ums Leben.

Interview: Heinrich Frei

Heinrich Frei: Herr Professor Roble, Sie haben New Ways vom März 2002 bis November 2008 in Merka geleitet. Zur Sekundarschule schrieb uns Abdullahi, der heutige Leiter in Merka von New Ways:

„Seit der Eröffnung dieser Schule im Januar 2001 haben hunderte von Studenten ein Examen abgelegt. 80 arbeiten nun als Lehrer in verschiedenen Schulen der Region des Lower Shabelle, nachdem sie von UNICEF und UNESCO noch ein Lehrertraining erhalten haben. Die Schulen spielen im Süden von Somalia, wo Gewalt vorherrscht, eine grosse Rolle, weil sie die männlichen Jugendlichen daran hindern können, sich einer Krieg führenden Gruppe anzuschliessen. Dies ist auch der Grund, weshalb viele Eltern ihre Kinder zur Schule schicken. So kann man sagen, dass den Kindern durch den Schulbesuch Friedenserziehung geboten wird. Im Laufe des Semesters haben 62 Studenten Somalia verlassen, weil ihre Eltern befürchteten, ihre Kinder könnten sich einer Krieg führenden Gruppe anschliessen. Die Jugendlichen wurden nach Südafrika, Jemen oder Libyen geschickt oder auch in Flüchtlingslager im Nordosten von Kenia.“

M. Roble: Mit der Sekundarschule wurde Bemerkenswertes erreicht. Im Lehrplan der Schule sind pro Woche zwei Lektionen dem Thema Frieden gewidmet. Nach dem Bürgerkrieg sahen wir, dass solche Lektionen nötig sind. Diese Kurse beinhalten auch sportliche Aktivitäten, welche mithelfen können die

Jugendlichen zu integrieren, weil im Sport Regeln und Vorschriften beachtet und eingehalten werden müssen.

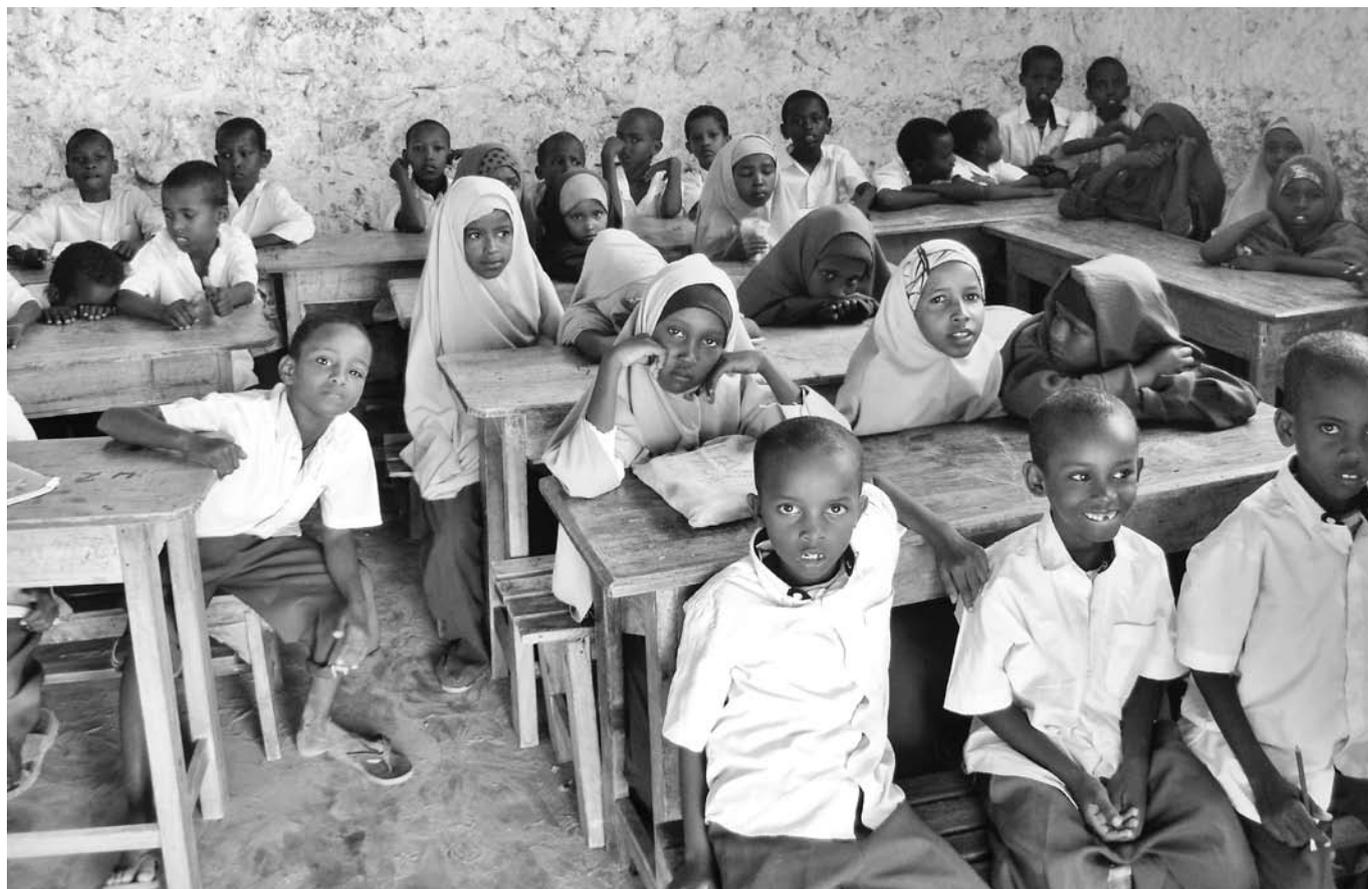
H. Frei: Zur Primarschule schrieb uns Abdullahi im April dieses Jahres:

„Die 528 Kinder der Primarschule kommen aus ganz armen Familien. Es wird in einer Morgen- und einer Nachmittagschicht unterrichtet. Im Jahr 2008 und einem Teil des Jahres 2009 lieferte das Welternährungsprogramm (WFP) Trockennahrung. Und New Ways lieferte Früchte und Gemüse, so dass die Kinder eine warme Mahlzeit zu sich nehmen konnten. Diese Mahlzeiten förderten die Einschreibungen im 2008 sehr. Nach dem Ausscheren des Welternährungsprogramms fehlten den Kindern die warmen Mahlzeiten. New Ways konnte nur noch Mahlzeiten für die allerärmsten 240 Kinder zur Verfügung stellen. Dies hatte zur Folge, dass die Einschreibungen 2009 stark zurückgingen.

Vor allem die Mütter der Schulkinder bringen am Morgen Brennholz auf den Markt, damit sie wenigstens ihren Kindern eine Mahlzeit geben können. In den unteren Klassen besuchen immer noch mehr Mädchen als Buben die Schule.“

Wie sehen sie die Entwicklung der Primarschulbildung in Merka? War es früher besser?

M. Roble: Vor dem Bürgerkrieg gab es in Somalia Primarschulen. Als der Bürgerkrieg begann, wurden die meisten Schulen zerstört. Das Volk meinte,



Die Primarschule des Fördervereins wird von 264 Mädchen und 264 Knaben besucht. Sie werden von 16 Lehrkräften unterrichtet.

die Schulen gehörten zum Besitz von Siad Barre, dem letzten Präsidenten. Sie seien sein persönlicher Besitz, nicht öffentliches Eigentum. Deshalb machten die Leute alles kaputt. 1993, als die UNO Truppen mit ihrer Operationen in Somalia begannen, wurden Schulen mit Hilfe von westlichen Nichtregierungsorganisationen wieder aufgebaut, so dass in Merka wieder mehr als 4'000 bis 6'000 Kinder in die Primarschule gehen konnten. Die Primarschule von New Ways begann 1994 mit 125 Schülern.

2005 stellten wir in einer Untersuchung mit UNICEF fest, dass über 10'000 Kinder im Schulalter keine Schule besuchten, weil sie meist für die Familie arbeiten mussten. Weil sie in der Stadt irgendeiner Arbeit nachgingen, etwas verkauften, von Haus zu Haus gehend Kehrlicht einsammelten und entsorgten, als Schuhputzer arbeiteten. Mit anderen Organisationen nahmen wir mit dem Welternährungsprogramm

(WFP) Kontakt auf. Mit dem Programm des WFP, «Helping mothers», wurden Alphabetisierungskurse organisiert bei denen die Mütter, die den Unterricht besuchten, am Ende Monats eine Familien-Essensration vom WFP erhielten. Auch eine Schulspeisung wurde eingeführt, so dass die Kinder zwei warme Mahlzeiten pro Tag erhielten. Das WFP sorgte für die Bereitstellung der trockenen Lebensmittel. Das Gemüse und die anderen Lebensmittel wurden von New Ways beschafft. Dies half, dass mehr Kinder die Schule besuchten. Statt 125 wurden nun 600 Schüler registriert. Mit Hilfe des WFP gelang es auch, die Einschulungsquote der Mädchen zu erhöhen. Sie erhielten für den Schulbesuch pro Monat vier Liter Öl.

Einen Monat bevor ich angeschossen wurde, versuchten wir mit der UNICEF die Einschulungsquote um 40 Prozent zu erhöhen. 22 Schultrainer besuchten jede Schule, jede Klasse, um so die Lehrkräfte zu unterstützen und zu

überprüfen. Das Projekt war erfolgreich, auch wenn wir das Ziel nicht erreichten, das wir uns gesetzt hatten. Die Einschreibungen stiegen um 28 Prozent.

Viele denken, dieses Projekt sei einer der Gründe gewesen, warum ich angegriffen wurde, man habe das Projekt stoppen wollen. UNICEF Mitarbeiter haben mich in Nairobi im Spital besucht, noch bevor ich operiert wurde. Zum Glück war ich bei vollem Bewusstsein. Ich bat sie die Einschulungskampagne weiterzuführen. Sie stoppten es nicht, sie gaben die Gelder frei und führten das Projekt weiter.

H. Frei: Können ihre Frau und ihre 14jährige Tochter aus Nairobi nach Holland kommen?

M. Roble: Das möchte ich, aber ich habe meine Zweifel, ob es gelingen wird. Einige Somalier erzählen Geschichten: Einer, ein Mann von 22 Jahren, sagte, er sei Vater von sieben, acht



Viele denken, dieses Projekt sei einer der Gründe gewesen, warum ich angegriffen wurde, man habe das Projekt stoppen wollen. UNICEF Mitarbeiter haben mich in Nairobi im Spital besucht, noch bevor ich operiert wurde.

Kindern. Das dies nicht stimmen konnte, war ja klar. So gab es negative Entschiede zu Familiennachzügen. Deshalb mache ich auch mir Sorgen, dass ich eine negative Antwort bekommen könnte. Die Behörden könnten meinen, auch meine Geschichte sei nicht wahr. Aber ich denke, ich werde Erfolg haben. Das ist das einzige, wovon ich schon immer geträumt habe: Meine Tochter soll eine gute Ausbildung bekommen.

H. Frei: Wie ist ihre Lage in Holland? Können Sie als Mathematiker arbeiten?

M. Roble: Ich hoffe, dass ich unterrichten kann. Aber zuerst muss ich gründlich Holländisch lernen. In der Zwischenzeit hat sich für mich ein kleines Fenster aufgetan. Ich konnte mit den Behörden der Stadt Bergen op Zoom sprechen, wo ich mich niederlassen möchte. Dort wohnen viele somalische Flüchtlinge, die viele Kinder haben, die zur Schule gehen. Im Moment bin ich in einem Flüchtlingslager in Middelburg.

H. Frei: Wie schätzen sie die Lage in Somalia ein? Wir haben den Eindruck, die Unterstützung der Übergangsregierung in Mogadiscio durch die UNO, durch die Europäische Union, die USA usw. sei fehlgeschlagen. Wir hörten, Waffen seien in die Hände der Al Shabaab gefallen und Soldaten der Übergangsregierung seien zu der Al Shabaab und anderen islamistischen Gruppierungen übergelaufen.

M. Roble: Die Übergangsregierung wird unterstützt, aber diese Regierung ist nicht bereit, Verantwortung zu über-

nehmen. Die Unterstützung, die sie bekommt, verwendet sie für ihre persönlichen Interessen. Sie zahlte ihre Soldaten nie. So war nichts anderes zu erwarten, als dass diese unbezahlten Soldaten desertierten. Bei den anderen Gruppen wird bezahlt. Das ist die Realität dort. Die militanten Islamisten sind diszipliniert, aber die Übergangsregierung nicht. Die Islamisten haben ein Programm. In der Regierung sitzen zwar viele namhafte Persönlichkeiten, aber sie haben keine gemeinsame Vision. Eigentlich hätte die Regierung die Unterstützung der Öffentlichkeit. Aber ich zweifle, ob sie sich dessen bewusst ist. Das Volk kann seine Stimme nicht erheben, sonst riskieren die Betroffenen, getötet zu werden.

Auf der einen Seite bin ich heute weit weg von Somalia. Aber manchmal bin ich trotzdem mit Somalia verbunden. Ich lebe jetzt in Sicherheit, aber ich bin nicht glücklich, weil mein Volk nicht glücklich ist. Ich kann mich über die Sicherheit nicht freuen die ich hier habe. Ich kann nicht glücklich sein, denn meine Mutter ist dort.

H. Frei: Ist die Unterstützung dieser Regierung durch UNO-Soldaten überhaupt sinnvoll, oder sollte man die Somalier in Ruhe lassen, ihre Angelegenheiten selber lösen lassen?

M. Roble: Ja und nein. Die Somalis sollten ihre Angelegenheiten selber lösen. Aber sie können es nicht, das ist die Realität. Sie brauchen Hilfe, und sie werden diese Hilfe brauchen, bis sie wieder den verlorenen Frieden gefunden haben.

H. Frei: Was kann Europa für den Frieden in Somalia tun? Schulen unterstützen, wie die Schulen von New Ways in Merka?

M. Roble: Die beste Unterstützung ist Bildung und nochmals Bildung. Bildung ist der Samen, der später aufgeht. Vor allem ist die Bildung der Mädchen wichtig. Wenn man Mädchen bildet, bildet man eine ganze Nation, weil Mädchen später Mütter werden und Kinder erziehen. Deshalb ist es so wichtig, dass vor allem die Mädchen zur Schule gehen können.

New Ways in Merka

Der „Förderverein Neue Wege in Somalia“, gegründet von Vre Karrer, beschäftigt in der Stadt Merka in Somalia 98 Personen. Sein Budget beläuft sich auf rund 200'000 Franken pro Jahr.

Das Ambulatorium wird vorwiegend von Müttern mit ihren Kindern aufgesucht. Viele Patienten sind unterernährt, speziell Kinder unter fünf Jahren und ältere Menschen.

Die Primarschule des Fördervereins wird von 264 Mädchen und 264 Knaben besucht. Sie werden von 16 Lehrkräften unterrichtet. An der Sekundarschule werden heute 134 Mädchen und 256 Knaben von 15 Lehrern betreut.

Die zwei Teams der Sanitation reinigen täglich das Stadtzentrum und den Markt, das sind die belebtesten und die schmutzigsten Teile der Stadt.

Weiter betreibt New Ways einen Gesundheitsposten im Dorf Ambe Banaan. Die Bewohner der zahlreichen Weiler, die das Dorf Ambe Banaan bilden, suchen dort Hilfe. Der Arzt von New Ways besucht Ambe Banaan zweimal pro Monat.

Weitere Infos über den „Förderverein Neue Wege in Somalia“ auf der Homepage: www.nw-merka.ch



Erfolgreiche Klage von Frauen gegen Novartis in den USA

«systematic pattern and practice of gender discrimination»

Eine Sammelklage hat Novartis in den USA eine systematisch diskriminierende Behandlung von Frauen vorgeworfen. Mit einem Vergleich konnte die US-Tochter des basler Pharmakonzerns halbwegs aus der Schlinge ziehen. Experten hatten Kosten bis zu einer Milliarde Dollar befürchtet. Jetzt muss Novartis nur 152,2 Millionen Schadenersatz bezahlen.

Ein New Yorker Gericht hat im Mai 2010 Novartis Pharmaceuticals Corporation, eine Tochterfirma des Novartiskonzerns, zu einer Strafzahlung von 250 Millionen Dollar verurteilt. Geklagt hatten 12 Frauen, die Novartis systematische Diskriminierung vorwarfen. 2007 erhielten sie von einem Richter in New York das Recht zu einer Sammelklage zugespro-

chen. Damit vertraten sie auch 5'600 weibliche Arbeitnehmerinnen, welche seit 2002 bei Novartis angestellt worden waren. Die Klageschrift betonte, es handle sich nicht etwa um sporadische Vorkommnisse, sondern um eine systematische Diskriminierung von Frauen («systematic pattern and practice of gender discrimination»). Ungleiche Löhne, ungleiche Beförderungen und diskriminierende Behandlung in der Schwangerschaft waren die Hauptanklagepunkte. Vor Gericht berichteten die Frauen auch über sexuelle Belästigungen, welchen sie als Aussendienstmitarbeiterinnen durch Ärzte ausgesetzt waren. Auf Meldungen bei Vorgesetzten sei nie reagiert worden. Eine ehemalige Novartis-Angestellte erklärte, ihr sei vom Vorgesetzten geraten worden, ihren Verlobten zu verlassen und das ungeborene Kind abzutreiben. Übereinstimmend bezeugten die Klägerinnen, die Personalabteilung habe Frauen, die sich wegen Diskriminierung beschwerten, systematisch abgewimmelt. Novar-

tis-Anwalt Schnadig entblödete sich vor Gericht nicht, die Klägerinnen als psychisch gestört und damit unglaublich zu diffamieren. Eine Klägerin titulierte er als «kleine Blondine». Brian Aiello war bis 2006 gut bezahlter Manager bei Novartis. Nach Einstellungsgesprächen nötigte er Frauen, sich mit ihm Pornos anzusehen, was für die Personalabteilung auch auf Beschwerden von Mitarbeiterinnen lange kein Grund war, zumindest disziplinarisch einzugreifen. «Er war kein schlechter Manager, nur sein Umgang mit Frauen war furchtbar», meinte Novartis-Anwalt Schnadig in seinem Plädoyer. Er wies alle Vorwürfe auf systematische Diskriminierung zurück und legte gegen das Urteil Berufung ein. Die US-Tochterfirma von Novartis beschäftigt 11'000 Angestellte und machte 2009 einen Jahresumsatz von 9,5 Milliarden Dollar.

Langes Schweigen der Basler Konzernzentrale

Am 15. Juli 2010 konnte Novartis-Chef Joe Jimenez nicht nur gute Halbjahreszahlen des Konzerns bekannt geben, sondern auch, dass sich Novartis mit den Klägerinnen auf die Bezahlung von 152,2 Millionen Dollar geeinigt habe. Zudem investiere das Unternehmen 22,5 Millionen in ein Programm, das Mitarbeiter für Fragen der Diskriminierung sensibilisieren soll. Novartis verzichte auf die Möglichkeit zur Berufung. Der Vergleich muss noch von der zuständigen Richterin absegnet werden. Lange hatte das Mutterhaus zu den Klagen in den USA beharrlich geschwiegen. Jetzt ist in einer Pressemitteilung zu lesen, einige Mitarbeiterinnen hätten Erfahrungen gemacht, die «vom Verhalten von Managern herrührten, das nicht unseren Werten entspricht». Für Brigitte Martig von der Novartis-Angestelltenvertretung sind derartige Vorkommnisse in der Novartis Schweiz undenkbar.

Anders als in der Schweiz sind in den USA Klagen wegen Diskriminierung am Arbeitsplatz häufig und politisch auch gewollt. Die US-Gleichstellungsbehörde ermutigt Angestellte ausdrücklich, bei Benachteiligung, Belästigung oder Mobbing zu klagen. 2009 wurden 93'277 Klagen wegen Diskriminierung am Arbeitsplatz eingereicht.

ALEX SCHWANK

„Ein Trauma kann man als Erdbeben im Kopf umschreiben“

Migration als Herausforderung für die Psychiatrie

Die therapeutische Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturkreisen kann belastend sein. Deshalb gilt es, bei allem sozialem Engagement, einem Burn-out der Therapeutinnen und Therapeuten vorzubeugen.

Gesprächsleitung
und redaktionelle Bearbeitung:
Ruedi Spöndlin

Ruedi Spöndlin: Ist Migration für die Externen Psychiatrischen Dienste (EPD) des Kantons Basel-Landschaft ein wichtiges Thema?

Lenka Svejda: Ja, seit über einem Jahrzehnt wissen wir, dass rund ein Drittel unserer Patientinnen und Patienten eine ausländische Nationalität hat. Wir haben in den EPD den Leistungsauftrag, die erwachsene Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft mit ambulanten psychiatrischen Angeboten zu versorgen, in Ergänzung zu den frei praktizierenden Psychiatern und dem stationären Angebot der kantonalen Psychiatrischen Klinik. Oft verbleiben nach der Triage Patienten bei uns, die nicht an die privaten Praxen weitervermittelt werden können. Das sind vielfach Menschen mit Migrationshintergrund. Ausserdem bieten wir Konsultationen mit Dolmetschern an, was in den privaten Praxen kaum gemacht wird, aber für unsere Arbeit ganz entscheidend ist.

Spöndlin: Es gibt ja „Migranten und Migranten“. Während früher fast ausschliesslich Menschen aus bildungsfernen Schichten aus dem Mittelmeer-

raum, dem Balkan und der Türkei in die Schweiz einwanderten, kommen jetzt u.a. viele Deutsche. Diese haben oft einen anderen sozialen Hintergrund - man spricht manchmal von „Elitemigration“ - und werden wohl kaum psychische Probleme haben.

Svejda: Das ist richtig. Aber auch unter den deutschen Einwandernden gibt es solche mit Behandlungsbedarf. Ihr Anteil unter unseren ausländischen Patienten hat deutlich zugenommen und ist mit rund 9 Prozent (2009) relativ hoch. Im Vergleich mit dem Jahr 2004 hat er sich fast verdoppelt (Peak 2008 mit 10%). Die „klassischen“ Herkunftsländer unserer Patientinnen und Patienten, die Türkei und das Gebiet des ehemaligen Jugoslawien, weisen dagegen im gleichen Zeitraum einen Rückgang um rund je 5 Prozentpunkte auf. Die Patienten aus den frühen Immigrationsländern wie Italien, Spanien oder Portugal hingegen sind seit Jahren stabil und verhältnismässig tief. Der grösste Teil unserer ausländischen Patienten stammt nach wie vor aus der Türkei und aus der Region des ehemaligen Jugoslawiens. Übrigens gehören auch nicht alle deutschen Zuwandernden zur so ge-



rpbl001 flickr

nannten „Elitemigration“, aber immerhin ein Viertel von ihnen hat als berufliche Stellung eine „leitende Funktion“ angegeben. Gut 30 Prozent unserer deutschen Patientinnen und Patienten haben eine abgeschlossene Ausbildung auf Tertiärstufe (FH, Universität o.ä.). Vergleichen wir das mit den Angaben der türkischstämmigen Patienten, so kommen diese bei der Tertiärstufe lediglich auf knappe 2 Prozent - hingegen weisen sie bei „keine Ausbildung“ und „Volksschulabschluss“ zusammen mit 73 Prozent einen Spitzenwert auf, der eher bedenklich stimmt (EPD-Statistik 2009). Insgesamt weist das Ausbildungsniveau der schweizerischen Patienten deutliche Unterschiede zu dem der ausländischen auf.

Daniela Heimberg: Unsere Statistik hält als migrationsrelevantes Kriterium die Staatsangehörigkeit fest. Deshalb ist der Anteil von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund höher, als die Statistik auf den ersten Blick vermuten lässt. Wir haben auch Patientinnen

und Patienten, welche bereits viele Jahre hier sind, das Schweizer Bürgerrecht erworben haben, jedoch kaum eine der Landessprachen beherrschen und

Unsere Gesprächspartner

Daniela Heimberg, Dr. phil., leitende Psychologin an der Beratungsstelle Bruderholz der Externen Psychiatrischen Dienste Basel-Landschaft

Lenka Svejda-Hirsch, lic. phil., MAS, Sozialwissenschaftlerin, Stabstelle der Externen Psychiatrischen Dienste Basel-Landschaft, Herausgeberbeirätin Soziale Medizin

Daniel Gelzer, Dr. med., Hausarzt in Basel, Redaktionsgruppe Soziale Medizin

schlecht integriert sind. Von unseren ausländischen Patientinnen und Patienten haben rund 60 Prozent eine gesicherte Niederlassung (Bewilligung C),

18 Prozent eine Jahresaufenthaltsbewilligung B. 16 Prozent haben eine ungesicherte Aufenthaltsbewilligung, es sind so genannte Schutzbedürftige oder solche ohne Entscheid (Bewilligungen F und N).

Daniel Gelzer: Diese letzteren 16 Prozent bringen wohl zum grossen Teil traumatische Erfahrungen mit.

Heimberg: Das ist richtig. Von den Diagnosen her können wir darauf schliessen, dass in dieser Gruppe fast ein Drittel an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) leidet. Insgesamt zeigt sich bei über 7% der ausländischen Patientinnen und Patienten eine PTSD im Vergleich zu weniger als 1% der schweizerischen.

Einschränkend muss gesagt werden, dass in der Behandlung von Asylsuchenden bzw. Patientinnen und Patienten aus einem Herkunftsland mit einer Bevölkerung, welche von Krieg, Folter und Verfolgung gequält ist, immer die Gefahr besteht, die Häufigkeit von PTSD zu überschätzen, während dem andere

Störungen und Probleme eher unterbewertet werden.

Es gibt durchaus Patientinnen und Patienten, welche bereits vor ihrer Migration an einer anderen psychischen Störung erkrankt sind als an einer posttraumatischen Belastungsstörung. Beziehungsweise solche, welche bereits vor einer Traumatisierung z.B. durch Folter an einer psychischen Störung litten. Gleichzeitig gibt es einen grossen Teil an

ist allerdings nicht der einzige entscheidende Faktor für den Umgang damit. Entscheidend ist auch, als wie sinnhaft ein Mensch ein potentiell traumatisierendes Ereignis erlebt, wie er es in seinen Lebenszusammenhang einfügen kann. Ebenfalls ganz wichtig ist, ob der betroffene Mensch vorher auch schon traumatisierende Ereignisse erlebt hat und wie sein Gesundheitszustand vorher war. Die besten Voraussetzungen zur Ver-

Heimberg: Die Suche nach Schuldigen verbunden mit entsprechender Sühne ist einem Reflex ähnlich bei jeglichen Ereignissen zu beobachten. Beispielsweise dreht sich auch nach Erdbeben und anderen Naturkatastrophen die Diskussion sehr oft um ein Missmanagement und Korruption im Bauwesen. Eine grosse Rolle bei der Verarbeitung spielt auch, ob jemand als einzelner Mensch von einem Trauma betroffen wurde oder ob es sehr viele Betroffene gibt, wie etwa bei einem Erdbeben. Gemeinsam getragenes Leid, öffentlich organisierte Rituale in Gruppen, Gedenktage können Opfern bei der Verarbeitung des Erlebten helfen, währenddem sich ein einzelner betroffener Mensch isoliert und einsam fühlen kann.



Gemeinsam getragenes Leid, öffentlich organisierte Rituale in Gruppen, Gedenktage können Opfern bei der Verarbeitung des Erlebten helfen, währenddem sich ein einzelner betroffener Mensch isoliert und einsam fühlen kann. Daniela Heimberg

Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund, die hier vor allem als depressiv oder mit einer Schmerzstörung, Somatisierungsstörung diagnostiziert werden und traumatische Erfahrungen in ihrer Kindheit gemacht haben.

Spöndlin: Bei Migrantinnen und Migranten denkt man ja meistens an Traumata durch Bürgerkrieg und Folter (*Man-Made Disasters, Man-Made Trauma*). Es gibt aber auch andere Traumata, die nicht nur bei Eingewanderten vorkommen. Und nicht alle Traumata sind durch Menschen verursacht. Es gibt auch die Traumatisierung durch Unfälle und Naturereignisse (*Natural Disaster*). Macht es einen Unterschied, ob ein Mensch durch eine von Menschen verursachte Gewalttat traumatisiert wurde oder beispielsweise durch eine Naturkatastrophe?

Heimberg: Durch menschliches Verhalten Traumatisierte sind in der Regel sehr schwer traumatisiert. Denn solche Traumata erschüttern das Vertrauen in menschliche Beziehungen. Die Betroffenen haben oft Mühe, anderen Menschen wieder zu vertrauen. Ob ein Trauma von Menschen verursacht wurde oder nicht,

arbeitung eines Traumas hat, wer über viel soziale Unterstützung verfügt. Jeder Mensch reagiert individuell auf ein potentiell traumatisches Ereignis, je nach Bedeutung, welche ein Ereignis für den oder die Betreffende hat und welche Lerngeschichte er oder sie mitbringt.

Spöndlin: Oft suchen Angehörige von tödlich Verunfallten krampfhaft nach Schuldigen und setzen alles daran, diese vor Gericht zu bringen. Ich erinnere mich, wie Eltern junger Touristen, die beim Riverrafting im Saxetenbach ertrunken waren, vor der Fernsehkamera erklärten, sie könnten ihr Leid nur bewältigen, wenn die Tourveranstalter hinter Gitter wanderten. Offenbar kann es entlastend sein, Menschen für ein Trauma verantwortlich machen zu können. Wer in einem Bürgerkrieg oder durch politische Repression traumatisiert wird, kann sich unter Umständen sogar als Märtyrer fühlen.

Svejda: Kurzfristig kann es tatsächlich entlastend wirken, jemandem die Schuld für ein Trauma zuzuweisen. Ob sich solche Erlebnisse dadurch langfristig einfacher verarbeiten lassen, ist aber eine andere Frage.

Spöndlin: Ist die Anteilnahme nicht grösser, wenn nur wenige betroffen sind? Bei einer Massenkatastrophe kann der oder die einzelne mit weniger Aufmerksamkeit rechnen.

Svejda: Man darf die Bedeutung der Anteilnahme nicht überschätzen. Meistens wird nur in einer ersten Zeit Anteil genommen. Nach einem Jahr zum Beispiel kann es den nicht Betroffenen auch nur mehr lästig sein, wenn sie sich schon wieder etwas vom traumatisierenden Ereignis anhören müssen.

Heimberg: Auch wenn es eine Anteilnahme gibt, bleibt der Einzelne oftmals alleine mit den Folgen des Traumas zurück, sei es weil Dritte nicht wissen, wie sie einem traumatisierten Menschen begegnen sollen, weil ihnen die Kenntnisse von möglichen Traumafolgen fehlen oder weil sie sich schlicht nicht mehr dafür interessieren. Nach einem Trauma können scheinbar ganz alltägliche Situationen an die Traumatisierung erinnern und massive Ängste auslösen – dass ein traumatisierter Mensch sich in Angst auslösenden Situationen beispielsweise in die Hose macht, will meistens niemand hören.

Svejda: Wenn der Betroffene über so was spricht, riskiert er, dass sich seine Freunde von ihm abwenden.

Fortsetzung auf Seite 36

flutkatastrophe in pakistan

20 Millionen betroffene Menschen!





Postkonten für Spenden (Vermerk «Pakistan»)

MDF – Médecins sans frontières: 12-100-2

SAH – Schweizerisches Arbeiterhilfswerk: 80-188-1

Caritas: 60-7000-4

Heks: 80-1115-1

Helvetas: 80-3130-4

Gelzer: Wenn jemand Folter durchgemacht hat, kommt das Problem hinzu, dass die verantwortliche Regierung diese abstreitet. Sie behauptet, im betreffenden Land gebe es keine Folter. Der betroffene Mensch kann somit kaum darüber sprechen, ohne sich in Gefahr zu bringen. Und wenn er darüber spricht, glauben ihm viele nicht.

Heimberg: Was Folteropfer erlebt haben, ist überdies meistens mit viel Scham beladen. Etwa wenn ein Mann vergewaltigt oder sexuell gedemütigt wurde, wie etwa im berüchtigten Gefängnis Abu Ghraib im Irak. Deshalb können die Betroffenen oftmals erst recht nicht darüber sprechen und tabuisieren das Geschehen

Svejda: Viele Migranten stammen aus Kulturen, in welchen die Schamschwelle tiefer liegt und das Reden über Gewalt mit einem sexuellen Bezug noch viel weniger als bei uns in Frage kommt. Auch bei uns spricht man über derartige Dinge nur mit grosser Mühe. Nicht zufällig wählen Folterer häufig Methoden, die nicht nur Schmerzen und Todesangst verursachen, sondern das Opfer auch demütigen und beschämen.

Heimberg: Dazu kommen, wie erwähnt, oft Schuldgefühle. Opfer von Folter und anderen menschlichen Gräueln haben oft die Vorstellung, sie trügen eine Schuld daran. Durch ein anderes Verhalten hätten sie das Übel abwenden können.

Spöndlin: Kommen wir auf Erdbeben zurück. In letzter Zeit hatte ich mit dem Hilfswerk IAMANEH Kontakt, das in Haiti ein Projekt für Strassenmädchen aufbaute und deshalb in die dortige Erdbebenkatastrophe involviert wurde und sich nun auch bei deren Bewältigung engagiert (vg. Soziale Medizin 2.10 S. 16 f.). An einer IAMANEH-Veranstaltung habe ich gehört, dass die internationalen Helferinnen und Helfer in Haiti die Bevölkerung unter anderem über die Ursachen von Erdbeben aufklären mussten. Denn diese interpretiere das Geschehen mehrheitlich magisch und glaube, die Nachbeben seien eine Strafe von erzürnten Geistern und Göttern.

Um wieder handlungsfähig zu werden, ist es offenbar wichtig zu wissen, dass man ganz zufällig von einem Erdbeben betroffen wird, und sich nicht noch eine Schuld zuzuweisen. Andererseits finde ich gerade die Zufälligkeit und Unvorhersehbarkeit von Erdbeben beängstigend. Man kann nichts tun, um sie zu verhindern. Wenn erzürnte Geister dafür verantwortlich wären, könnte man diese wenigstens zu besänftigen versuchen.

Svejda: Die schlimmste derartige Katastrophe, die auch zahlreiche Menschen aus unserer Weltgegend betraf,



Opfer von Folter und anderen menschlichen Gräueln haben oft die Vorstellung, sie trügen eine Schuld daran. Durch ein anderes Verhalten hätten sie das Übel abwenden können. Daniela Heimberg

war der Tsunami Ende 2004 im indischen Ozean. Die dabei erlittenen Traumata sind teilweise noch präsent.

Heimberg: Erdbeben sind tatsächlich etwas ganz Unheimliches und irgendwie sinnbildlich für eine Traumatisierung. Ein Trauma kann man allgemein als ein „Erdbeben im Kopf“ umschreiben. Ein Erdbeben kommt plötzlich und unvorhersehbar. Es lässt keinen Stein auf dem andern, nichts ist mehr so, wie es war. Danach muss man jeden Stein nehmen und alles wieder von vorne aufbauen. Das ist eigentlich der Inbegriff eines Traumas und dessen Behandlung.

Spöndlin: Kommt bei einem von Menschen bewirkten Trauma nicht ein Gefühl von Entwürdigung hinzu? Es ist entwürdigend, dass es Menschen gibt, die sich erlauben, einem etwas so Schreckliches anzutun. Diese respektieren die Würde ihres Opfers nicht.

Heimberg: Das stimmt, darum zerstören von Menschen verursachte Traumata auch die Fähigkeit zu vertrauen. Wir erleben immer wieder, dass Betroffene von „Menschen gemachter Traumata“

Dolmetscher ablehnen, weil sie zutiefst misstrauisch sind, insbesondere natürlich gegenüber jemandem aus dem gleichen oder ähnlichen Kulturkreis, aus dem meist auch die Peiniger stammen. Letztlich ist es aber sehr individuell, wie jemand ein Trauma erlebt und verarbeitet. Allgemein gültige Antworten gibt es nicht.

Gelzer: Wer hierzulande durch einen Unfall oder eine Katastrophe traumatisiert wird, kommt in der Regel in den Genuss von Unterstützung. Bei schweren Unfällen und Verbrechen wird ein

Care Team herbei gerufen. Opfer von Folter oder Kriegsgräueln können eine derartige Unterstützung hingegen vergessen, weil ihnen offiziell ja gar nichts geschehen ist.

Svejda: Das stimmt, hierzulande gibt es Care Teams. Du, Daniela, gehörst ja auch einem solchen an.

Spöndlin: Kommen die EPD bei Katastrophen als Care Team zum Einsatz?

Heimberg: Nicht die EPD als solche. Als Mitarbeiterin des Kaders EPD gehöre ich aber dem Care Team des kantonalen Krisenstabs Basel-Landschaft an und komme bei schweren Unfällen und Katastrophen zum Einsatz. Ein solcher Fall, an den ich mich noch ganz genau erinnere, ist eine tragische Feuersbrunst am Weihnachtsabend vor ein paar Jahren in Binningen, als ein kleines Kind ums Leben kam

Spöndlin: Wer entscheidet in solchen Fällen, ob es ein Care Team braucht oder nicht? Ich habe auch schon von Fällen gehört, wo Angehörige eines Unfallopfers allein gelassen wurden.

Heimberg: Das entscheidet oft die Polizei oder eine örtliche Behörde. Da-



bei kommt es auch darauf an, ob die Betroffenen ein Bedürfnis danach äussern. Oft ruft die Polizei zuerst den Notfallpsychiater oder die Notfallpsychiaterin. Grundsätzlich sind die EPD nur für Notfälle bei Patientinnen und Patienten zuständig, die bei ihnen in laufender Behandlung stehen. Ansonsten sind die frei praktizierenden Psychiaterinnen und Psychiater zuständig, die gerade Notfalldienst haben, ausser es handelt sich um ein traumatisches Ereignis von grösserem Ausmass beziehungsweise mit mehreren Betroffenen, bei welchem eine spezielle Krisenorganisation zum Einsatz kommt.

Gelzer: Mich interessiert noch etwas anderes. Hier in den EPD bietet ihr offenbar Kurse an, wie sich Gesundheitsfachleute im Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund vor einem ein Burn-out schützen können. Wie seid ihr dazu gekommen, und an wen richten sich diese Kurse?

Svejda: So bereichernd und spannend die Arbeit mit Menschen mit einem anderen kulturellen Hintergrund auch ist, so anstrengend und herausfordernd kann diese Arbeit sein. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass es gerade für junge Therapeuten sehr belastend sein kann, dass sie mit Migranten sehr

selten zu einem sichtbaren Erfolg kommen. Damit wollen wir uns auseinandersetzen.

Spöndlin: Was ist denn so belastend bei der Arbeit mit Migranten?

Svejda: Die Fragestellung ist meistens sehr komplex. Es gibt nicht nur eine Diagnose, sondern ein vielfältiges Geflecht von Problemen. Dazu kommt das triadische Setting, die Zusammenarbeit mit einer Dolmetscherin oder einem Dolmetscher, was die Sache schwerfälliger und zeitintensiver macht. Patienten mit Migrationshintergrund verstehen unter Gesundheit und Krankheit oft etwas ganz anders als wir. Und das erfordert einen aufwändigen Verständigungsprozess, einschliesslich der Suche nach oder dem Aushandeln von Gemeinsamkeiten. Mit unserem biomedizinischen Wissen allein und unserem Anspruch auf aktive Mitwirkung bei der Therapie kommt man oft nicht weit.

Heimberg: Bei Therapien mit Migrantinnen und Migranten besteht oft ein Spannungsfeld zwischen somatischem und psychiatrisch-psychologischem Krankheitsmodell. Die Patientinnen und Patienten drücken psychische Probleme vielfach über körperliche Beschwerden aus. Die somatische Medizin sucht lange nach körperlichen Ursachen, findet nichts und teilt dies der Patientin beziehungsweise dem Patienten entsprechend mit. Dann schickt sie die Betroffenen zu uns. Diese verstehen nicht, warum, und wollen nicht wahrhaben, dass ihrem Leiden ein psychisches Problem zugrunde liegt. Das kann zu einem Seilziehen zwischen Patienten und Therapeuten führen, bei dem die eine „Seite“ die andere von ihrem Krankheitsmodell überzeugen will.

Svejda: Kulturelle Faktoren stehen zwar nicht im Fokus, aber ganz ausser Acht lassen kann man diese auch nicht. In einzelnen Kulturkreisen werden beispielsweise Beziehungsprobleme über körperliche Beschwerden ausgelebt. Eine Krankheit kann hier einen so genannten sekundären Krankheitsgewinn bringen, indem sie starres, traditionelles Rollenverhalten aufweicht. Ein Mann kann beispielsweise das Geschirr abwaschen, weil seine Frau krank ist. Wäre

sie das nicht, wäre das Abwaschen klar eine ihrer Alltagspflichten und für ihn kein Thema.

Heimberg: Hinter vielen Psychotherapiekonzepten stehen Bilder von sich selbst aktualisierenden Individuen, welche ihr Gesundsein aktiv beeinflussen. Die Psychotherapie geht oftmals von einem differenzierten, aktiv mitarbeitenden Patienten aus. Viele eher hilflose Menschen aus bildungsfernen Schichten - nicht nur solche mit Migrationshintergrund - überfordert das. Sie treten mit der Anspruchshaltung an uns heran: Mach mich gesund! Da wird es schwierig, eine gemeinsame Basis zu finden. Die Patientinnen und Patienten sind in ihrem Hoffen auf eine Gesundung hartnäckig und wünschen trotz Schwierigkeiten eine Fortsetzung der Therapie. Für die Therapeutin oder den Therapeuten ist dies öfters mit der frustrierenden Erfahrung verbunden, trotz langwieriger Therapie keine sichtbaren Erfolge zu erzielen.

Svejda: In der Arbeit mit Migranten fehlt es oft an den erhofften Erfolgserlebnissen.

Gelzer: Die langen erfolglosen Abklärungen durch die somatische Medizin führen wohl dazu, dass sich die Betroffenen auf ihr Leiden versteift haben. Es findet da auch so etwas wie eine ‚iatrogene Somatisierung‘ statt. Wenn man dann diese Menschen zu einem psychiatrischen Dienst schickt, fühlen sie sich erst recht nicht ernst genommen? Dieses Problem stellt sich aber auch bei Schweizerinnen und Schweizern und ist nicht migrationspezifisch. Müssen wir da nicht aufpassen, dass wir medizinische Probleme nicht ‚kulturalisieren‘?

Svejda: Das stimmt, es ist schichtspezifisch, nicht migrationspezifisch. Aktuell verfolgt die Psychiatrie ja den transkulturellen Ansatz.

Heimberg: Auch hierzulande finden sich Menschen, die dazu neigen, psychische Probleme somatisch auszudrücken. Unsere Sprache zeugt von solchen „Somatisierungen“. Etwa wenn man sagt, es sei einem etwas „über die Leber gekrochen“.

Gelzer: Ich erlebe in meiner Praxis Schweizer aus der Unterschicht ähnlich

wie Migranten. Auch sie haben oft wenig Verständnis dafür, dass sie nach einer Operation selbst etwas zu ihrer Rehabilitation und Aktivierung beitragen sollten. Die grosse Belastung ist wohl die Häufigkeit von Patienten mit dieser Problematik, die mehrheitlich Migranten sind.

Spöndlin: Kommt es bei euch auch vor, dass eine Therapeutin findet, sie habe wieder einmal einen „pflegeleichteren“ Patienten zugute, sie habe schon so viele schwierige behandelt?

Svejda: Genau, bei informellen Gesprächen kann man solche Äusserungen hören. Sie sind natürlich nie ganz ernst gemeint, zeugen aber von einer gewissen Sättigung. Zwar sind alle gern bereit, Migranten zu behandeln - gemäss unserem Institutions-Motto „Mainstreaming Migration“. Irgendwann fragen sie sich aber, ob es nicht zu viele sind, ob die „Vielfältigkeit oder Ausgewogenheit des Patientenverhältnisses“ noch stimmt.

Heimberg: Viele Migrantinnen und Migranten haben jahrelang schwere körperliche Arbeit verrichtet, haben keine berufliche Entwicklungsperspektive und leiden oft unter finanziellen Belastungen. Da staut sich natürlich manches auf. Die Betroffenen können nicht mehr arbeiten, was für die Therapierenden viel frustrierenden Versicherungskram und Administration mit sich bringt. Eine weitere Frustration liegt oft darin, dass der Entfaltungsspielraum für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund zuweilen eng begrenzt ist: Für eine in ihrer Herkunftstradition stark verwurzelte Frau kommt es beispielsweise selten in Frage, sich von ihrem Mann zu trennen, auch wenn das gut für sie wäre.

Svejda: Und es gibt vereinzelt durchaus auch diejenigen, die ganz fordernd daher kommen und sagen: So, verschreib mir jetzt eine IV-Rente! Was es auch gibt, sind Frauen beispielsweise aus Asien oder Afrika, die mit einem Schweizer verheiratet sind und sich aus gesetzlichen Gründen - hinsichtlich ihres Aufenthaltsstatus - nicht von ihrem Mann trennen können, auch wenn das hilfreich wäre. Denn ihre Aufenthaltserlaubnis hängt von der Dau-

er der Ehe ab. Die so genannte „Heiratsmigration“ ist ja in der Forschung ein seit langem bekanntes Thema und nach wie vor aktuell.

Heimberg: Die Migration bringt gerade Frauen häufig in ausserordentlich belastende Situationen. Als Mutter frage ich mich oft, wie diese Frauen das aushalten. Da wandert beispielsweise zuerst der Mann aus der Türkei in die Schweiz aus. Frau und Kinder lässt er zunächst zurück. Nach einer gewissen Zeit reist er für die Ferien zurück und zeugt zusätzliche Kinder. Irgendwann zieht die Frau dann nach, lässt aber die kleineren Kinder bei einer Tante in der Türkei. Nach etlichen Jahren sind alle in der Schweiz wieder vereint. Aber es geht nicht gut, weil es ihnen an einer gemeinsamen Geschichte fehlt. Das Unwohlsein an dieser Situation äussert sich dann oft in körperlichen Leiden.

Gelzer: Nach meiner Erfahrung sind die meisten Menschen mit Migrationshintergrund gesund, wenn sie aus ihrem Herkunftsland aufbrechen und schliesslich hier ankommen. Sonst hätten sie gar nicht die Energie zur Auswanderung. Hier stehen sie aber unter einem enormen Druck ihrer Herkunftsfamilie, Geld nach Hause zu schicken. Solange sie alleine hier sind, geht das meistens noch. Sind dann auch Frau und Kinder da, geraten sie in Engpässe. Im Herkunftsland stellt sich die Familie aber vor, hier sei es ganz einfach, sehr viel Geld zu verdienen, und erwartet Geldüberweisungen. Diese einzustellen, käme dem Eingeständnis gleich, die Migration sei gescheitert. Und das wäre mit einem enormen Gesichtverlust verbunden. Aus diesem Grund erzählen die Migranten im Herkunftsland auch, es gehe ihnen hier ausgezeichnet, und leisten damit Illusionen über die Migration Vorschub bzw. halten die „Mär vom glücklichen Auswandern“ aufrecht.

Svejda: Das ist eine enorme Belastung, die fast zwangsläufig zu körperlichen und psychischen Störungen und somit zur Erkrankung führt. Deshalb begrüsse ich die Strategie des Bundesamts für Gesundheit, das gesundheitliche Chancengleichheit durch die Schaffung einer Ressourcengesellschaft fördern will.

Spöndlin: Kommen wir nochmals auf das Thema Gewalt im weitesten Sinne zurück. Viele eurer Patientinnen und Patienten sind wohl Gewaltopfer.

Svejda: Viele der Menschen mit Migrationshintergrund sind Opfer in irgendeiner Art, sei es von struktureller Gewalt (Staat, Politik), sei es von häuslicher Gewalt - letztere ist bei uns ein Offizialdelikt. Unter den vielen Opfern gibt es aber auch Täter, die möglicherweise erst im geschützten Rahmen der Psychiatrie über ihre Taten berichten.

Spöndlin: Menschen also, die nicht vor Verfolgung hier her geflohen sind, sondern selbst Kriegsgräuelt begangen haben?

Heimberg: Solche Menschen gibt es. Sie sind häufig sowohl Täter als auch Opfer. Zum Teil handelten sie unter Befehlen, welchen sie sich nicht zu widersetzen wagten, oder aufgrund sozialer Bindungen. Der Täterthematik bin ich persönlich jedoch seltener begegnet. Sie fällt insbesondere in den Bereich des Schwerpunkts Forensik an unserem Dienst.

Svejda: Wenn ich von Tätern rede, denke ich vor allem an Männer, die häusliche Gewalt ausüben.

Heimberg: Mit dem Thema der häuslichen Gewalt sind alle unserer Therapeutinnen und Therapeuten fast regelmässig konfrontiert. Eine klare Haltung und Grenzsetzung diesbezüglich ist meines Erachtens zentral – auch wenn dies den Gewohnheiten entgegensteht, welche die Patienten teils mitbringen.

Gelzer: Wenden sich Menschen mit Migrationshintergrund wegen häuslicher Gewalt von sich aus an die EPD?

Svejda: Nein, meistens kommen die Problemlagen der Gewaltthematik erst im Laufe der Therapie ans Licht.

Heimberg: Die meisten Migrantinnen und Migranten kommen wegen Schmerzen oder „Stress“ zu uns, etwa weil sie nicht mehr arbeiten können. Im Laufe der Zeit stösst man dann auf weitere Probleme. Und dann äussern Patienten manchmal, dass sie hin und wieder zuschlagen, wenn es ihnen zuviel werde. Insbesondere bei traumatisierten Männern ist Gewalt nicht selten. Viele Trau-



“

Was es auch gibt, sind Frauen beispielsweise aus Asien oder Afrika, die mit einem Schweizer verheiratet sind und sich aus gesetzlichen Gründen - hinsichtlich ihres Aufenthaltsstatus - nicht von ihrem Mann trennen können, auch wenn das hilfreich wäre. Lenka Svejda

maopfer sind depressiv, leicht reizbar, sie stehen unter vielen Belastungen. Wenn die Kinder dann beispielsweise etwas laut sind, ertragen sie das nicht und rasten aus. Das therapeutische Ziel bei diesen Männern ist Entlastung. Der Teufelskreis von Belastung und häuslicher Gewalt ist übrigens nicht eine Spezifität von Migranten. Nur ist es so, dass

diese überdurchschnittlich oft unter einer hohen Belastungen stehen und auch aus ihrem Herkunftsland oft schwere Traumata mitbringen.

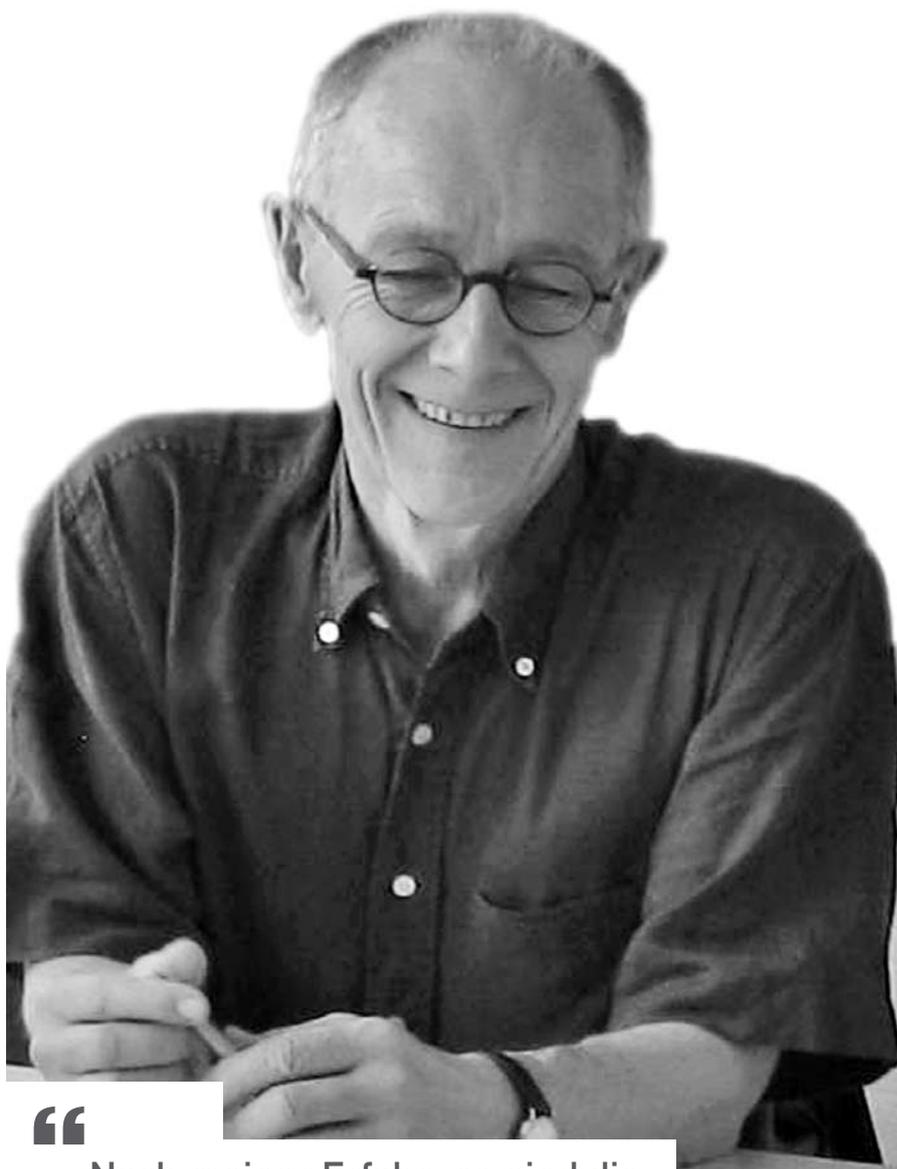
Svejda: Gewalt ist in einer therapeutischen Beziehung allseits ein unangenehmes Thema. Man spricht es nicht gerne an. Als Sozialwissenschaftlerin und Lei-

terin der Patientenstatistik an den EPD finde ich es deshalb wichtig, dass wir die Thematik auch quantitativ erheben und dokumentieren können. Die Zahlen (2009) sprechen für sich: 27 Prozent all unserer Patienten hat bereits Gewalt erlebt, davon 92 Prozent als Opfer und 23 Prozent als Täter, teilweise überschneidend, also sowohl als auch. Es ist wichtig diese Angaben zu erfassen und insbesondere auch ein Auge auch die Thematik der häuslichen Gewalt zu haben - wir haben ja an dieser Stelle auch schon darüber berichtet. Nicht zuletzt sind wir ja eine Ausbildungsinstitution für Psychologen und Assistenzärzte. Deshalb müssen wir die Bedeutung solcher Themen vermitteln.

Gelzer: Zum Schluss, welche Verbesserungen wünscht ihr euch?

Svejda: Wichtig wäre die künftige Sicherung der finanziellen Mittel beispielsweise für das Übersetzen. Dafür kommen die Krankenkassen ja nicht auf. Die EPD beziehungsweise der Kanton bezahlt dies aus eigenen Mitteln. Wir beanspruchen verhältnismässig viele Dolmetscherdienste, die wir meistens vom HEKS (Linguadukt) beziehen. Angesichts der finanziellen Knappheit und der neuen Regelung der Spitalfinanzierung ist es nicht ganz selbstverständlich, dass die Mittel für das Dolmetschen im gleichen Ausmass weiter fliessen. Ohne sprachliche Verständigung ist aber Psychotherapie nicht möglich. Deshalb können wir unseren Therapieauftrag ohne die Übersetzungsdienste und die notwendigen Mittel dazu nicht erfüllen. Wir tragen damit auch zu Integrationsleistungen bei, die aber nirgends ausdrücklich festgeschrieben sind. Diese Integrationsaufgaben kann man aber auch nicht einfach ausgliedern. Das so genannte ‚Mainstreaming Migration‘ ist für unseren Dienst unabdingbar und sollte entsprechend anerkannt werden. Dazu braucht es natürlich einen entsprechenden politischen Willen.

Heimberg: Wir leisten tatsächlich viel wertvolle Integrationsarbeit für Migrantinnen und Migranten. Dazu sind wir in der Lage, weil wir gut vernetzt sind, etwa mit den Gemeinden. Ich wünsche mir, dass das nicht verloren geht. Es handelt sich dabei um Aufgaben im gesamtgesellschaftlichen Interesse, die



spöndlin | sozmedia

“

Nach meiner Erfahrung sind die meisten Menschen mit Migrationshintergrund gesund, wenn sie aus ihrem Herkunftsland aufbrechen und schliesslich hier ankommen. Sonst hätten sie gar nicht die Energie zur Auswanderung. Hier stehen sie aber unter einem enormen Druck ihrer Herkunftsfamilie, Geld nach Hause zu schicken. Daniel Gelzer

unter die Räder kommen könnten, wenn man uns nur die im Krankenversicherungsgesetz vorgesehenen Mittel zugesteht. Aber ohne diese Integrationsleistungen können wir unseren Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund keine Gesundheit ermöglichen. Wir brauchen nicht neue Konzep-

te und Angebote, sondern wir müssen unsere bestehenden umsetzen, weiterentwickeln und vor allem bewahren.

Gelzer und Spöndlin: Daniela Heimberg, Lenka Svejda, besten Dank für dieses Gespräch.

«Gewalt entsteht dort, wo man ihr Raum lässt.»

Was ändert das neue Erwachsenenschutzrecht bei der fürsorgerischen Unterbringung

Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen, speziell in der Psychiatrie, geben immer wieder zu reden. In unserem Gespräch diskutieren zwei Fachpersonen die Probleme, die sich bei Zwanganwendungen stellen. Zur Sprache kommt dabei auch das neue Erwachsenenschutzrecht.

Gesprächsleitung und redaktionelle Bearbeitung: Ruedi Spöndlin

Unsere Gesprächspartner

Daniel Rosch, lic. iur., dipl. Sozialarbeiter FH, MAS in Nonprofit-Management, Prof. (FH) Kompetenzzentrum Kindes- und Erwachsenenschutz an der Hochschule Luzern Soziale Arbeit

Gabriela Stoppe, Prof. Dr. med., Leiterin des Bereichs Allgemeine Psychiatrie an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel

Ruedi Spöndlin: Für Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken und andere Institutionen, die so genannten fürsorgerischen Freiheitsentzüge oder abgekürzt FFE, ist seit rund 30 Jahren eine richterliche Überprüfung vorgeschrieben. Nun wird vermutlich Anfang 2013 das neue Erwachsenenschutzrecht in Kraft treten, das vom Parlament bereits beschlossen ist. Was ändert sich damit bei den FFE?

Daniel Rosch: Neu ist zunächst die Terminologie. Statt von fürsorgerischem Freiheitsentzug spricht man neu von fürsorgerischer Unterbringung, abgekürzt FU, und zwar in ‚Einrichtungen‘ statt wie bisher in ‚Anstalten‘. Das ist nach meiner Einschätzung nicht nur eine Äusserlichkeit, sondern bedeutet auch, dass man an eine Ausweitung des Anwendungsbereichs denkt. Der Anspruch auf das spezielle Verfahren mit richterlicher Überprüfung könnte somit nicht nur dann bestehen, wenn jemand in eine Anstalt eingewiesen wird. Gemäss den Materialien zum Gesetzgebungsprozess soll sogar eine Unterbringung bei Familienmitgliedern möglich sein. Wie das Gesetz dann ausgelegt wird, muss man aber abwarten. Neu ist auch, dass mit den von einer FU betroffenen psychisch kranken Patientinnen und Patienten Behandlungspläne abge-

schlossen werden sollten und dass von ihnen bezeichnete Vertrauenspersonen ins Verfahren einbezogen werden müssen. Weiter wird den Kantonen die Möglichkeit eingeräumt, ambulante Massnahmen im Rahmen der Nachbetreuung, darunter auch solche unter Zwang, zuzulassen. Präzisiert werden im neuen Gesetz auch die formellen Anforderungen an Unterbringungsentscheide. Ich hoffe, dass das neue Gesetz nicht nur zu neuen Formalitäten führt, sondern auch zu einer neuen Kultur im Umgang mit FU, indem das Recht methodisch verpflichtende Elemente wie den Behandlungsplan und die Bestellung einer Vertrauensperson vorsieht. Und ich bin gespannt, was man sich in den Kliniken im Hinblick darauf bereits überlegt hat.

Gabriela Stoppe: Wir sehen dem neuen Erwachsenenschutzrecht durchaus mit Freude entgegen. Wir stehen in nächster Zukunft in der Klinik jedoch ganz allgemein vor grossen Herausforderungen, da sich unsere rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in den Jahren 2012 – 2014 ganz wesentlich ändern werden. Nebst dem neuen Erwachsenenschutzrecht müssen wir die revidierten Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) über

die Spitalfinanzierung umsetzen, möglicherweise, indem wir teilweise auch in der Psychiatrie DRGs einführen. Zudem soll unsere Klinik wie die anderen öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt aus der kantonalen Verwaltung ausgegliedert d.h. verselbständigt werden. Da kommt administrativ Einiges auf uns zu.

Spöndlin: Welche sind die positiven Aspekte des neuen Erwachsenenschutzrechts?

Stoppe: Wir begrüßen beispielsweise, dass unsere Kliniken nicht mehr als Anstalten, sondern als Einrichtungen bezeichnet werden. Einrichtung ist natürlich ein weiter Begriff. Aber das ist durchaus zweckmässig. Denn urteilsun-

Rosch: Und wie steht es mit den neuen Vorgaben des Erwachsenenschutzrechts?

Stoppe: Behandlungspläne und Behandlungsvereinbarungen machen wir, wenn immer möglich, schon heute, das ist State of the Art. Dasselbe gilt für die Nachbesprechung mit von einem FFE betroffenen Patienten. Noch offen ist mir, wie man die gemäss neuem Gesetz möglichen Vertrauenspersonen einbeziehen soll. Grundsätzlich finde ich es positiv, dass wir als Vertrauensperson nicht nur Menschen einbeziehen dürfen, die in einem verwandtschaftlichen Verhältnis zum oder zur Betroffenen stehen. Schwierig wird es aber dann, wenn ein Patient ad hoc eine Vertrau-

im Einzelfall ist dann aber nicht unbedingt so einfach. Unbefriedigend finde ich auch, dass in diesem neuen Gesetz immer noch der Leib-Seele-Dualismus fortlebt.

Spöndlin: Hat der Leib-Seele-Dualismus praktische Auswirkungen?

Stoppe: Ja. Als Folge der relativ scharfen Trennung zwischen psychiatrischen und somatischen Kliniken fragt man sich viel zu wenig, wie es um die körperliche Gesundheit psychisch Kranker steht. Die Statistik zeigt, dass deren erhöhte Sterblichkeit nicht zurückgegangen ist, obwohl wir in der Psychiatrie über nebenwirkungsärmere Medikamente und schonendere Therapien verfügen. Der Grund ist wohl, dass es noch immer nicht gelungen ist, die körperliche Versorgung von Psychiatriepatienten zu verbessern. Schwer depressive oder psychotische Menschen weigern sich beispielsweise oft, eine Blutentnahme oder ein Darmspiegelung über sich ergehen zu lassen. Und dann kann man ihnen diese Massnahmen nicht aufzwingen, es gibt keine rechtliche Handhabe dazu. Das neue Gesetz geht genauso wie das geltende Recht davon aus, dass ein ansonsten nicht urteilsfähiger Mensch in Bezug auf seine körperliche Gesundheit als urteilsfähig anzusehen ist und dass eine Behandlungsverweigerung mit möglicherweise schwerwiegenden Konsequenzen in jedem Fall zu respektieren ist.

Rosch: Im neuen Erwachsenenschutzrecht bleibt die Diskrepanz zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen tatsächlich bestehen. Das neue Gesetz bestimmt ja neu für medizinische Massnahmen bei Urteilsunfähigkeit die Reihenfolge der Personen, welche die Vertretung wahrnehmen können, wenn es keine Patientenverfügung oder keinen Vorsorgeauftrag gibt. Das Gesetz enthält dann aber eine Ausnahmeklausel, wonach diese Vertretungsrechte in psychiatrischen Kliniken bei der Behandlung einer psychischen Störung nicht gelten. Dort soll nach den Regeln über die FU verfahren werden, womit ohne gültigen Behandlungsplan die Chefarzte oder -ärztinnen den Entscheid fällen und nicht wie bei der Behandlung in somatischen Kliniken primär nahe stehende Personen. Damit



Häufig geht es um betagte Menschen mit einer Demenzkrankheit, die nicht mehr urteilsfähig sind, aber durchaus nicht in einer geschlossenen Einrichtung untergebracht werden müssen. Gabriela Stoppe

fähige Patientinnen und Patienten müssen im Falle einer FU nicht unbedingt auf einer geschlossenen Abteilung untergebracht werden. Andere Settings sind für sie unter Umständen viel geeigneter.

Spöndlin: Eine Zwangseinweisung bedeutet also nicht unbedingt, dass der oder die Betroffene auf der geschlossenen Abteilung untergebracht wird?

Stoppe: Im Allgemeinen hat es das bisher bedeutet. Aber es herrschen da manche falsche Vorstellungen. Gemeinhin denkt man wohl, beim FFE gehe es ausschliesslich um randalierende Patienten, die man einsperren muss. Das ist aber nicht der Fall. Häufig geht es um betagte Menschen mit einer Demenzkrankheit, die nicht mehr urteilsfähig sind, aber durchaus nicht in einer geschlossenen Einrichtung untergebracht werden müssen. Das ist schon heute so. Und es ist zu begrüßen, dass der Wortlaut des künftigen Gesetzes dem Rechnung trägt.

ensperson benennt, wenn er gar nicht urteilsfähig ist. Da stellt sich die Frage, ob diese Benennung rechtlich verbindlich ist. Hat jemand bereits in gesundem Zustand eine Vertrauensperson bevollmächtigt, ist die Sache rechtlich unproblematisch. Auch dann ist es aber nicht immer einfach festzustellen, ob die betreffende Person im fraglichen Zustand urteilsfähig war. Diese Frage stellt sich in Zusammenhang mit Patientenverfügungen und Patiententestamenten ganz generell. Wenn jemand in einer schwer depressiven Phase beispielsweise eine Patientenverfügung abfasst und darin auf lebensverlängernde Massnahmen in einer bestimmten Situation verzichtet, kann man diese nicht unbedingt als verbindlich ansehen. Daran, dass solche Entscheidungen schwierig sind, kann das neue Erwachsenenschutzrecht nichts ändern. Damit will ich sagen, dass das neue Erwachsenenschutzrecht für die Bürgerin und den Bürger sicher sehr positiv daher kommt, da es viele neue Rechte enthält. Deren Umsetzung



spöndlin | sozmedia

Stoppe: Heute lässt das Bundesrecht ja nur den FFE zu. Zwangsmedikationen sind möglich, sofern sie das kantonale Recht zulässt. Wenn derartige kantonale Regelungen vor dem neuen Bundesrecht, dem Erwachsenenschutzgesetz, nicht mehr standhalten, haben wir eine absurde Situation. Dann dürften gewisse Patientinnen und Patienten zwar gegen ihren Willen in eine psychiatrische Klinik eingewiesen, dort aber nicht fachgerecht behandelt werden. Diese Rechtsauffassung geht davon aus, dass psychiatrische Kliniken reine Unterbringungsstätten sind. Nach meiner Auffassung kann die Unterbringung zwar Teil der Behandlung in einer psychiatrischen Klinik sein. Unsere Leistung ist hingegen eine Gesamtbehandlung, wozu alles gehört, was der betreffende Mensch in seinem Zustand benötigt. Dazu gehört in gewissen Situationen auch die Verabreichung von Medikamenten gegen dessen Willen. Schon heute bereitet es uns viel Aufwand, dass ausser in Notfallsituationen jede Zwangsbehandlung nach kantonalem Gesetz bewilligt werden muss. Ich muss in solchen Fällen jeweils separate Anträge verfassen. Ich denke jedenfalls, wenn wir die Möglichkeit zu ambulanten Zwangsmassnahmen haben sollen, müssen dazu auch Zwangsmedikationen gehören. Das kantonale Recht sollte solche vorsehen können. Ansonsten macht diese rechtliche Möglichkeit gar keinen Sinn.

wird in der Tendenz immer noch sauber getrennt zwischen psychisch Kranken und anderen. Zudem ist eine FU laut neuem Gesetz nur möglich bei psychisch Kranken, geistig Behinderten und schwer Verwahrlosten. Medizinische Zwangsmassnahmen im Rahmen einer FU dürfen aber nur bei psychisch Kranken angewandt werden.

Spöndlin: Wann genau sollen gemäss neuem Erwachsenenschutzrecht ambulante Zwangsmassnahmen möglich sein?

Rosch: Das ist umstritten. Das Erwachsenenschutzrecht sieht nur vor, dass die Kantone bei der Nachbetreuung ambulante Massnahmen regeln können. Bundesrätin Widmer-Schlumpf hat erklärt, es gehe bei dieser Möglichkeit nicht darum, jemandem zwangsweise ein Medikament zu verabreichen,

sondern höchstens, einem Patienten gewisse Auflagen aufzuerlegen, etwa die regelmässige Einnahme eines Medikaments.

Stoppe: Das heutige Basler Psychriegesetz sieht aber die Möglichkeit der zwangsweisen Verabreichung eines Medikaments im stationären Rahmen vor. Ich wünschte mir sogar, dass der Psychiatrie eine Möglichkeit zur „zwangsweisen Behandlung“ gegeben wird, in deren Rahmen nach dem Stand der Erkenntnis entschieden wird, was gemacht wird. So wird den Psychopharmaka eine sehr „prominente“ Stellung im Behandlungskonzept gegeben.

Rosch: Ob das vor dem neuen Bundesgesetz über den Erwachsenenschutz noch standhält, ist aber fraglich.

Rosch: Zunächst ist festzuhalten, dass das neue Erwachsenenschutzrecht gerade die bisher kantonale geregelte Frage der Zwangsmedikation vereinheitlicht. Es gibt Bestimmungen im neuen Recht, wer in welcher Situation Zwangsbehandlungen vornehmen kann. Was aber die ambulanten Zwangsmassnahmen im Rahmen der Nachbetreuung betrifft, scheint es fraglich, ob die ambulante Zwangsmedikation nach neuem Recht noch möglich sein wird. Ich zitiere aus dem Protokoll des Nationalrats eine Aussage von Bundesrätin Widmer-Schlumpf zum Erwachsenenschutzrecht: „Die Kantone sind befugt vorzusehen, dass Medikamente angeordnet werden können. Aber es ist selbstverständlich so, dass man sie nicht zwangsweise verabreicht. Es gibt also keine zwangsweise Verabreichung eines Medikaments“.

Dem ist aus rechtstaatlichen Gründen nachzukommen.

Stoppe: Fachlich ist das nicht nachzuvollziehen. Stellen sie sich vor, im Bereich der inneren Medizin gäbe es eine ähnliche Regelung. Man würde einen nicht urteilsfähigen Krebskranken einer ärztlichen Behandlung zuweisen und den Ärztinnen und Ärzten sagen: Ihr dürft alles mit ihm tun, nur ihm keine Schmerzmittel geben. Das würde im Klartext heissen, man kann den Patienten da behalten, aber nicht behandeln. In solchen Regelungen kommt ein Mistrauen gegenüber der Psychiatrie zum Ausdruck.

Rosch: Ich denke nicht, dass da ein Misstrauen speziell gegenüber der Psychiatrie zum Ausdruck kommt. Ich komme ja aus der Sozialarbeit und habe auch dort die Erfahrung gemacht, dass man beispielsweise bei Kinderschuttmassnahmen gesetzliche Rahmenbedingungen und Verfahrensabläufe beachten muss. Und ich meine, das ist auch gut so.

Stoppe: Gegen gesetzliche Rahmenbedingungen wehre ich mich nicht. Ein „pauschales“ Verbot von Zwangsmedikationen stünde im Widerspruch zu den Interessen der Patienten. Denn es ist zweifelsfrei nachgewiesen, dass gewisse Medikamente die Rückfallgefahr und somit die Wahrscheinlichkeit künftiger Klinikeintritte deutlich senken, etwa bei Menschen mit einer Schizophrenie. Mit einer solchen rechtlichen Einschränkung nähme man der Psychiatrie also ihr wirkungsvollstes Instrument aus der Hand. Soll im Rahmen einer ambulanten Zwangsbehandlung keine Medikation möglich sein, macht diese gar keinen Sinn. Denn dabei geht es fast immer darum, eine Hospitalisation zu vermeiden, indem man ambulant auch Medikamente verabreicht. Hiermit wird ja auch verhindert, dass weitere – gegebenenfalls erneut traumatisierende – Klinikeintritte erfolgen müssen.

Rosch: Diese Zurückhaltung des Gesetzgebers lässt sich meines Erachtens ethisch rechtfertigen. Denn ambulante Zwangsmassnahmen werden zum grossen Teil urteilsfähige Menschen betreffen. Und diesen gegen ihren Willen ein

Medikament zu verabreichen, ist problematisch.

Stoppe: Wer eine Zwangsmassnahme benötigt, ist nie ganz urteilsfähig. Ob ein Mensch urteilsfähig ist, ist auch nach schweizerischem Recht immer in Bezug auf eine bestimmte Handlung oder Situation zu beurteilen. Zwangsweise dürfen aber nur Handlungen vorgenommen werden, für die jemand eben nicht urteilsfähig ist. Ambulante Zwangsmassnahmen kommen in unserem Fachgebiet jedenfalls nur für schwerst Kranke in Frage, die keine Krankheitseinsicht zeigen und somit auch nicht beurteilen können, ob sie eine therapeutische Massnahme benötigen.

Spöndlin: Ist die ambulante Zwangsbehandlung von schwerst psychisch kranken Menschen überhaupt praktikabel?

Stoppe: Ambulante Zwangsmassnahmen kommen tatsächlich nur für einen ganz kleinen Kreis von Patientinnen und Patienten in Frage. Im Kanton Basel-Stadt sind das geschätzt um 20 – 30 Personen. Diese sind schwer chronisch krank und haben meistens mehrere Klinikaufenthalte hinter sich. Wenn sie entlassen werden, brechen sie Behandlung und auch Arztkontakte ab.

verabreicht, indem man für ihn einen Beistand ernennt, welcher der Medikation zustimmt.

Stoppe: Auch wenn jemand urteilsunfähig ist, wird es schwierig sein, ihm ein Medikament zu verabreichen, wenn er sich dagegen sträubt. Da hilft die Zustimmung eines Beistands wenig. Da muss man Zwang ausüben können.

Rosch: Das stimmt. Ich frage mich eben, wie weit in solchen Fällen eine Behandlung im ambulanten Setting überhaupt möglich ist.

Spöndlin: Gibt es für solche Fälle nicht Depotspritzen? Bevor der betreffende Patient aus der Klinik entlassen wird, spitzt man ihm ein Depot eines Medikaments, das dann für ein paar Wochen reicht.

Stoppe: Die zwangsweise Verabreichung von Depot-Medikamenten ist schon heute bei einer FFE schon verboten. Damit entfällt diese Möglichkeit.

Spöndlin: Nach Ihrer Meinung, Frau Stoppe, sollte das Gesetz ambulante Zwangsmedikationen also zulassen?

Stoppe: Ja, wobei ich strenge Rahmenbedingungen durchaus befürworte.



Diese Zurückhaltung des Gesetzgebers lässt sich meines Erachtens ethisch rechtfertigen. Denn ambulante Zwangsmassnahmen werden zum grossen Teil urteilsfähige Menschen betreffen. Daniel Rosch

Deshalb ist Zwang nötig, der ihnen das Leben ausserhalb der Klinik überhaupt erst ermöglicht. Sie benötigen eine ambulante Langzeitbehandlung mit hoher Kontinuität.

Rosch: Ihre Argumente leuchten mir durchaus ein. Das Parlament scheint ihnen allerdings nicht gefolgt zu sein. Ich kann mir hingegen vorstellen, dass man einem nicht urteilsfähigen Menschen ohne seinen Willen ein Medikament

So kann ich mir vorstellen, dass nicht ein einzelner Arzt oder Ärztin oder ein Richter oder eine Richterin darüber entscheiden darf, sondern ein ganzes Gremium. Auch sollte der Erfolg einer Massnahme durch Befristung immer wieder geprüft werden. Und ich wünsche mir auch, dass wir die Umsetzung eines solchen Gesetzes wissenschaftlich seriös begleiten sollten. Nur so können wir der Situation angepasste, humane Vorgehensweisen entwickeln.

Rosch: Unabhängig der Frage, ob Zwangsmedikation zugelassen ist, wäre meines Erachtens für die ambulanten Zwangsmassnahmen – sofern die Kantone solche vorsehen – die neue Erwachsenenschutzbehörde zuständig. Wichtig ist vor allem, dass man bei den ambulanten Zwangsmassnahmen die Verfahrensrechte der FU anwendet.

Spöndlin: Kommen wir zurück zur FU. Wie ist es künftig mit der so genannten ärztlichen FU?

Rosch: Grundsätzlich entscheidet die Erwachsenenschutzbehörde künftig über die FU. Bei der heutigen FFE gibt es kantonale Unterschiede, wer neben der Behörde noch eine FU sprechen darf. Zum Teil darf jeder praktizierende Arzt einen FFE anordnen, zum Teil nur spezialisierte Ärztinnen und Ärzte, etwa Bezirksärzte oder Notfallpsychiater. Die FU kann vorsorglich weiterhin von Ärzten und Ärztinnen durchgeführt werden, sofern das kantonale Recht das so vorsieht. Meines Erachtens sollten das aber in jedem Falle geeignete, sprich in FU kundige Ärzte und Ärztinnen sein. Ideal finde ich grundsätzlich, wenn ein Gremium entscheiden muss, dem verschiedene Berufsgruppen angehören, wie das im Kanton Baselland der Fall ist. Dann kommt ein interdisziplinärer Austausch zustande, was zu einer höheren Entscheidqualität führt.

Stoppe: Ich könnte mir vorstellen, dass jeder praktizierende Arzt eine Unterbringung anordnen kann, das aber nur für kurze Zeit, etwa für 24 Stunden. Je länger die Unterbringung dauern soll, desto eher müssten spezialisiertere Mediziner und ganze Gremien entscheiden. Dieses Modell wäre auch in ländlichen Gebieten praktikabel und würde dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit entsprechen.

Rosch: Ich will den Ärzten ihre Qualifikation keineswegs absprechen. Aber es sollte doch gewährleistet sein, dass auch bei einer Unterbringung nur für kurze Zeit die soziale Perspektive berücksichtigt wird. Gewisse Hausärzte sind dazu durchaus in der Lage, aber nicht grundsätzlich alle. Es braucht Übung im Umgang mit möglichen FU-Patienten. Zudem wollen viele Hausärzte ihre Patienten und Patientinnen nicht einweisen,



weil das Vertrauensverhältnis in der Regel nachhaltig gestört wird.

Gemäss neuem Recht wird ja zwischen bewegungseinschränkenden Massnahmen und medizinischen Massnahmen unterschieden. Bewegungseinschränkend wären etwa Fixiertische und -gurten, Isolierungen usw., medizinische wären Medikamente. Welche finden Sie unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismässigkeit unproblematischer. Welche sollte man zuerst anwenden, bevor man zu den anderen greift. Welches ist die richtige Kaskade der Massnahmen?

Stoppe: Gemäss Patientenbefragungen werden körpernahe Bewegungseinschränkungen, also beispielsweise Fixie-

rungen mit Gurten an Armen an Beinen, eher negativer erlebt als die Isolierung in einem geschlossenen Raum. An unserer Klinik in Basel wenden wir körpernahe Bewegungseinschränkungen grundsätzlich nicht an. Andere Kliniken tun das. Zwangsjacken beispielsweise werden meines Wissens aber nirgendwo mehr verwendet. Welches die richtige Kaskade der Massnahmen ist, kann ich nicht generell sagen. Das kommt auf den Einzelfall an. Viele Patientinnen und Patienten kennen wir ja und wissen, worauf sie wie ansprechen. Wenn jemand in manischem Zustand in die Klinik kommt und mehrere Nächte nicht geschlafen hat, ist oft ein Beruhigungsmittel erste Wahl. Dann schläft der betreffende Mensch zuerst einmal und seine Getrie-

benheit lässt nach. Danach geht dann alles oft wesentlich besser. Wichtig ist zu wissen, dass Isolation bei uns immer mit einer engmaschigen Überwachung verbunden ist. Mindestens jede halbe Stunde schaut jemand zur isolierten Person und protokolliert deren Zustand. Wann immer möglich, wird eine 1:1 Betreuung hergestellt. In gewissen Fällen wird eine isolierte Person sogar ununterbrochen beobachtet. Isolieren heisst also nicht einfach wegsperren, sondern ist eine aufwendige Betreuungsmassnahme – also eine Art Intensivbehandlung –, bei der wir uns laufend um die Qualitätsentwicklung bemühen.

Spöndlin: Werden körpernahe Fixierungen nicht vor allem ausserhalb der Psychiatrie angewandt? Ein Fall, der in der Region Basel kürzlich so grosses öffentliches Aufsehen erregte, hat sich ja in einem Behindertenheim zugetragen.

Stoppe: Die Psychiatrie steht eben unter sehr starker öffentlicher Beobachtung und bemüht sich um ein Minimum an Zwang. Dass etwa auch im Behinderten- und Pflegeheimbereich Zwang angewendet wird, ist hingegen selten ein Thema. Dort wird meistens weniger hingeschaut. Ich würde es begrüessen, wenn auch dort das „öffentliche Auge“ wachsamere wäre.

Rosch: Das neue Erwachsenenschutzrecht bringt diesbezüglich einen Fortschritt, indem es seinen Geltungsbereich auch auf Urteilsunfähige in Wohn- und Pflegeeinrichtungen ausweitet.

Spöndlin: Zwangseinweisungen in die Psychiatrie sind eben gewissermassen ein Reizthema. Gewisse Kreise behaupten, in der Schweiz würden massenhaft Menschen unter Zwang in der Psychiatrie „versorgt“. Wie steht es damit in Wirklichkeit? Wie viele FFE gibt es jährlich im Kanton Basel-Stadt, der von knapp 200'000 Menschen bewohnt wird?

Stoppe: In den letzten Jahren hatten wir jährlich ca. 2'500 Behandlungsfälle. Die Anzahl FFE lag bei ca. 400 im Jahr aus dem Kanton Basel-Stadt. Das sind also weniger als 20 Prozent, die per FFE eingewiesen werden.

Spöndlin: Sind diese 400 FFE alles verschiedene Menschen? Oder sind dabei solche mitgezählt, die mehrmals eintreten?

Stoppe: Nein, darunter befinden sich auch Menschen, die mehrmals per FFE in die Klinik eintreten. Die Anzahl der FFE hat im Laufe der letzten Jahre abgenommen. Das hat mit der Praxis des kantonsärztlichen Dienstes zu tun, der im Kanton Basel-Stadt einen FFE anordnen muss. Neuerdings stellt dieser oft ausschliesslich auf das Bild ab, das sich ihm im Moment bietet, in dem sich die Frage eines FFE stellt. Eine weitere Frage ist, wann eine zwangsweise Einweisung vorliegt. Ist dies nur der Fall, wenn jemand sich ganz offensichtlich dagegen sträubt, etwa indem er oder sie an der Tür rüttelt und hinaus will. Oder schon dann, wenn jemand nicht urteilsfähig ist und einen Klinikeintritt zwar über sich ergehen lässt, aber nicht ausdrücklich zustimmt. Da gibt es einen Spielraum, über dessen Ausschöpfung zwischen den Beteiligten durchaus nicht immer Konsens besteht. Je nach dem, wie man das tut, kann die Abnahme der Zahl der FFE positiv oder auch negativ gesehen werden.

Spöndlin: Wie lange bleibt den jemand normalerweise in der Klinik, der per FFE eingewiesen wurde?

Stoppe: Nicht lange, häufig sogar zu kurz. Ein typischer Fall ist, dass jemand mit einer schweren Psychose per FFE in die Klinik eintritt. Dieser Mensch will das aber nicht und erhebt sofort Rekurs gegen den FFE. Nach etwa einer oder eineinhalb Wochen erfolgt die Anhörung durch die Rekurskommission. Bis dann hat die Behandlung aber Erfolg gezeigt. Der Patient erklärt dann womöglich, er fühle sich wohl und es gehe ihm gut, er werde freiwillig eine weitere ambulante Behandlung in Anspruch nehmen. Dann ordnet die Rekurskommission oft seine Entlassung an, was rechtlich völlig korrekt ist, weil ja kein Rückhaltgrund mehr besteht. Häufig trauen sich Patienten in dieser Situation aber doch zu viel zu, ihre Stabilität ist noch ungenügend und sie müssen schon bald wieder in die Klinik kommen.

Rosch: Das neue Recht wird diesbezüglich eine Änderung bringen. Nach geltendem Recht hat die Entlassungsinstanz auf den Zustand des Patienten oder der Patientin abzustellen. Nach neuem Recht wird sie hingegen prüfen müssen, ob die Voraussetzungen einer fürsorge-

rischen Unterbringung im Zeitpunkt des Entscheides noch gegeben sind. Sagt ein Patient aber, er lasse sich freiwillig behandeln, wird man ihn auch nach künftigen Recht entlassen müssen.

Spöndlin: Spielt bei einer Längsschnittbeurteilung der Behandlungsplan eine Rolle, den das neue Recht bei jeder Zwangseinweisung in die Psychiatrie fordert?

Stoppe: Ein Behandlungsplan bedeutet zunächst einmal, dass man eine Vorstellung davon hat, was man mit dem Patienten oder der Patientin macht bzw. ihm oder ihr anbietet. Ideal ist, wenn man mit ihr oder ihm darüber hinaus eine Behandlungsvereinbarung treffen kann. Wenn sich das als möglich erweist, tun wir das schon heute, andere Kliniken übrigens auch. Wir versuchen mit einem Patienten also beispielsweise im Voraus zu vereinbaren, mit welchen Behandlungsschritten er beim erneuten Eintritt dieses oder jenes Symptoms einverstanden ist. Diese Vereinbarung ist dann etwas Ähnliches wie eine Patientenverfügung und macht häufig Fremdbestimmung und Gewalt unnötig. Damit ist viel gewonnen. Denn die Anwendung von Gewalt ist in einer psychiatrischen Behandlung nie gut, unter anderem, weil sie die therapeutische Beziehung belastet. Es ist der therapeutischen Beziehung förderlich, braucht diese aber auch, wenn man gemeinsam erarbeiten kann, was in einem bestimmten Fall geschehen soll.

Rosch: Treffen Sie auch mit geistig behinderten Menschen und schwer verwahrlosten solche Vereinbarungen?

Stoppe: Mit geistig Behinderten ist eine Vereinbarung meistens nicht möglich, weil diese ja behindert bleiben. Der Zustand, in welchem ein Eintritt in eine Institution nötig wird, hält in der Regel an. Es gibt keine Momente, in welchen man darüber verhandeln kann, was bei einer Verschlechterung des Zustands geschehen soll. Denkbar sind Verhandlungsvereinbarungen mit Menschen, deren Problem eine schwere Verwahrlosung ist. Man kann mit diesen beispielsweise absprechen, was geschehen soll, wenn sie wieder einmal ein paar Tage lang niemandem die Wohnungstür geöffnet haben.

Spöndlin: Dass ein einvernehmlich aus-

gehandeltes Vorgehen Vorteile für die therapeutische Beziehung hat, leuchtet mir ein. Kommt aber irgendwann nicht der Punkt, wo man mit einer Vereinbarung das Recht aushebelt, sich gegen eine Klinikeinweisung zu wehren. Wie weit man auf grundlegende Persönlichkeitsrechte, wozu womöglich auch die Ergreifung eines Rechtsmittels gegen eine Klinikeinweisung gehört, verzichten kann, ist ja umstritten?

Rosch: Das ist richtig. Wenn der betroffene Patient trotz Unterzeichnung einer Behandlungsvereinbarung Rekurs gegen eine Intervention erhebt, muss die Rekursbehörde auf diesen eintreten. Eine Zustimmung ist jederzeit widerrufbar.

Stoppe: Es ist so, wie bei allen Patientenverfügungen. Diese sind nur unter dem Vorbehalt verbindlich, dass keine Anzeichen für eine Änderung des Patientenwillens bestehen und dass der Patient beim Abfassen der Verfügung beurteilen konnte, worauf er sich einliess. Wenn ein Patient eine Behandlungsvereinbarung nicht mehr gelten lassen will, wird sie hinfällig. Der entscheidende Vorteil einer Vereinbarung ist jedoch, dass der Patientin oder die Patientin in der betreffenden Situation oft keine Fremdbestimmung empfindet, sich auch an die vorherige Zustimmung erinnert und zur Kooperation motiviert ist.

Spöndlin: Paradox ist ja, dass in der Bevölkerung einerseits ein grosses Misstrauen gegenüber der Psychiatrie besteht. Das zeigt auch die parlamentarische Beratung des neuen Erwachsenenschutzrechts. Man fand es nötig, sehr weitgehende rechtliche Sicherungen gegen Zwangsweisenweisungen zu schaffen. In der konkreten Situation, wenn ein Mensch durch auffälliges Verhalten stört, fordern die Menschen in dessen Umgebung aber sehr schnell, man müsse diesen wegsperren.

Stoppe: Es gibt ja das geflügelte Wort, die Psychiater würden die Normalen einsperren, die Verrückten frei herumlaufen lassen und letztlich selbst verrückt werden.

Rosch: Ein geradezu Dürrenmatt'scher Ausspruch! Er zeugt von einer Ambivalenz, die sich gegenüber der Psychiatrie wohl in besonderem Masse zeigt,

weil diese nach wie vor als geheimnisvoll gilt und mit Zwang in Verbindung gebracht wird. Auch in anderen Bereichen, wo es um schutzbedürftige Menschen geht, können wir aber eine ähnliche Ambivalenz beobachten. Wenn man fragt, ob man Kinder in misslichen Verhältnissen schützen soll, stimmen alle selbstverständlich zu. Wenn die Behörden dann aber im Einzelfall beispielsweise einen Obhutsentzug anordnen, kann es Proteste hageln.

Stoppe: Die Ambivalenz gegenüber diesen Problemen ist zweifellos hoch. Sie ist unter anderem auf die unterschiedliche Perspektive zurück zu führen, aus der Aussenstehende, Angehörige, Professionelle und die Betroffenen selbst das Geschehen jeweils erleben.

Rosch: Psychiatrische Kliniken sind dieser Ambivalenz wohl deshalb besonders ausgesetzt, weil sie sichtbare Zeichen von Zwang sind. Sie sind Gebäude, in die man zwangsweise eingewiesen werden kann. Die Angst vor dem Zwang lässt sich an ihnen lokalisieren und symbolisch festmachen. Zwangsweise Kinderschutzmassnahmen werden viel weniger an einem bestimmten Ort sichtbar. Da trifft eine Behörde irgendwo einen Entscheid, der dann schriftlich und/oder mündlich übermittelt und am Aufenthaltsort des zu schützenden Kindes vollzogen wird.

Stoppe: Gewalt entsteht dort, wo man ihr Raum lässt, wo man nicht hinschaut. Deshalb finde ich es richtig, dass die Psychiatrie, aber auch alle anderen Bereiche, wo Abhängigkeitsverhältnisse mit nicht oder eingeschränkt Urteilsfähigen bestehen, einer strengen rechtsstaatlichen Kontrolle unterstehen.

Rosch: Das kann ich nur unterstützen. Auch in Jugendheimen ist eine rechtsstaatliche Handhabung wichtig, etwa im Umgang mit Disziplinarmassnahmen an Urteilsfähigen.

Spöndlin: Nicht abstreiten lässt sich auch die Tatsache, dass es eine dunkle Geschichte der Psychiatrie und der Jugendheime gibt.

Stoppe: Das stimmt. Sowohl die Psychiatrie als auch die Kinder- und Jugendheime sind Teil einer Gesellschaft. Wenn

es in einer Gesellschaft keine rechtsstaatliche Kultur gibt, oder wenn diese verloren geht, kommt es auch in diesen Institutionen zu Übergriffen und Missbräuchen.

Rosch: Um solche Missbräuche zu verhindern, werden rechtliche Sicherungen eingebaut, wie etwa im neuen Erwachsenenschutzrecht. Entscheidend ist jedoch, dass diese nicht einfach bürokratisch gehandhabt, sondern mit Inhalt gefüllt werden. Das beste Gesetz nützt nichts, wenn die Beteiligten nicht gewillt sind, seinen Geist umzusetzen.

Spöndlin: Befürchten Sie, dass das neue Erwachsenenschutzrecht zu viel Bürokratie bringt?

Rosch: Das neue Erwachsenenschutzrecht schreibt eigentlich nur fest, was heute schon als gute Praxis gilt. Diese Praxis wird aber nun für alle verbindlich. Um es umzusetzen, sind ausreichende personelle Ressourcen nötig. Sonst bleibt es ein Papiertiger. Diesbezüglich habe ich gewisse Befürchtungen, weil der politische Wille nicht in allen Kantonen so gross zu sein scheint, die erforderlichen Mittel zur Verfügung zu stellen.

Stoppe: Dass der ökonomische Druck auch auf die Kliniken erhöht wird, ist nicht unproblematisch. Die Verknappung der Mittel in Verbindung mit dem Ärztemangel und sich abzeichnendem Pflegenotstand kann die Umsetzung guter Grundsätze durchaus in Frage stellen. Insofern kann ich Ihre Aussage unterstützen.

Spöndlin: Frau Stoppe, Herr Rosch, ich danke Ihnen für dieses Gespräch.



Die dunkle Geschichte der Fürsorglichkeit

Sexuelle Übergriffe in vor allem katholischen Kinder- und Jugendheimen stehen zurzeit im Zentrum des öffentlichen Interesses. Sie stellen aber nur eine Facette der dunklen Geschichte einer gewalttätigen Fürsorglichkeit dar. Bis in die 1970er Jahre war in Kinder- und Jugendheimen Gewalt an der Tagesordnung. Ebenfalls in dieses düstere Kapitel gehören die Verwahrung von «Arbeitsscheuen» und «Verwahrlosten» sowie die Unterbringung von Verdingkindern bei Bauern, was einer Form von Kindersklaverei gleichkam.

Manche Heimkinder wurden in der Schweiz einer ähnlichen Behandlung

unterzogen wie das „Waterboarding“ in den Foltercamps der CIA. Das zeigen Erlebnisberichte, welche die Zeitschrift ‚Beobachter‘ in ihrer Ausgabe 10/2010 zusammengetragen hat. Und kürzlich ist eine Gruppe von Frauen an die Öffentlichkeit getreten, die als Jugendliche aus „erzieherischen“ Gründen im Frauengefängnis Hindelbank eingesperrt worden waren, zusammen mit verurteilten Straftäterinnen. Die Einweisung junger Frauen nach Hindelbank war bis in die 1970er Jahre gang und gäbe. Es handelte sich um eine Form der so genannten Administrativjustiz, der Verwahrung ohne Gerichtsurteil und ohne ernsthafte Berufungsmöglich-

keit. Administrativ verwahrt werden konnten „Arbeitsscheue“, «Liederliche», „Verwahrloste“ und andere sozial auffällige Menschen, zum Beispiel ledige Mütter. Die genaue Regelung war kantonale unterschiedlich, ebenso das Verfahren.

Nebst den eigentlichen Gefängnissen gab es eine Vielzahl von Anstalten, die administrativ Verwahrte aufnahmen. Ein Beispiel waren die so genannten Arbeiterkolonien, wo die Eingewiesenen ohne jedes pädagogische Konzept malochen mussten. Bis Ende der 1970er Jahre mähten die Insassen einer solchen Anstalt beispielsweise das Gras an den Rändern der Autobahn A1. Viele Frauen und Männer wurden von der Administrativjustiz auch in psychiatrische Kliniken eingewiesen, wo sie zum Teil sterilisiert und anderen verstümmelnden Eingriffen unterzogen wurden.

Gab es keine andere Möglichkeit?

Soweit Verantwortliche für diese behördlichen Gewaltakte noch leben und darauf angesprochen werden, rechtfertigen sie sich damit, es habe keine ande-

re Möglichkeit gegeben. Aus ihrer Sicht stimmt das wohl. Wenn Eltern ihre Kinder selbst nicht durchbringen konnten, und die Gemeinde keinen Rappen für sie aufwenden wollte, blieb dem zuständigen Gemeinderat nur eins: Die Kinder bei einem Bauern zu verdingen, der sie als kostenlose Arbeitskräfte missbrauchte. Natürlich hätte der betreffende Gemeinderat den Verdingbauern beaufsichtigen können. Aber damit hätte

des Regimes in Heimen und Anstalten. Vor allem die Psychiatrie rückte zunehmend von ihren umstrittensten Praktiken ab, unter anderem weil diese zum Unterdrückungsrepertoire des Nationalsozialismus gehört hatten und somit diskreditiert waren. Auch Verdingkinder gab es kaum mehr. Inzwischen bekannt gewordene Erlebnisberichte zeigen jedoch, dass erstaunlich viele Missstände in Heimen, Kliniken und Anstal-

ten Kommunalpolitikern bestehende Vormundschaftsbehörde auf dem Dorfe wird dann definitiv der Vergangenheit angehören. Und das ist ein echter Fortschritt. Die Missstände der Vergangenheit, etwa das Verdingwesen, waren zum grossen Teil auf die Inkompetenz und fehlende Unabhängigkeit der zuständigen Vormundschaftsbehörden zurück zu führen. Deren Hauptsorge galt oft den Gemeindefinanzen und nicht dem Wohl ihrer Schützlinge. Die oft als Hort der Freiheit und Demokratie gepriesene Gemeindeautonomie hatte also auch ihre dunklen Seiten.



Ähnlich verhielt es sich mit jungen Frauen, die eine nichteheliche Beziehung eingingen oder sogar schwanger wurden. In ihrem Dorf zeigte man oft mit den Fingern auf sie und wollte sie weg haben.

er sich unbeliebt gemacht und einen grossen Aufwand auf sich genommen. Also war das keine realistische Möglichkeit.

Ähnlich verhielt es sich mit jungen Frauen, die eine nichteheliche Beziehung eingingen oder sogar schwanger wurden. In ihrem Dorf zeigte man oft mit den Fingern auf sie und wollte sie weg haben. Also mussten sie irgendwohin. Und das Frauengefängnis Hindelbank bot sich für solche Fälle an. War eine Frau erst einmal dort, konnte sie auch keine grossen Schwierigkeiten machen, wenn man ihr Kind weg gab. Denn sie war ja isoliert wie eine Strafgefängene. Das war für die zuständige Vormundschaftsbehörde praktisch.

Ende durch die Europäische Menschenrechtskonvention

Bis nach dem zweiten Weltkrieg wird eine Mehrheit der Schweizer Bevölkerung nichts gegen die üblen Praktiken der Administrativjustiz einzuwenden gehabt haben. Danach wurde das gesellschaftliche Klima nach und nach liberaler, parallel zur Zunahme des wirtschaftlichen Wohlstands. Damit einher ging zweifellos eine zaghafte Lockerung

ten bis in die 1970er Jahre andauerten. Neben einer immer liberaleren Gesellschaft, die bereits den Aufbruch von 1968 verspürte, konnte sich im Verborgenen das Schattenreich der Administrativjustiz und der repressiven Jugendheime behaupten.

Formell war es mit der Administrativjustiz 1981 vorbei. Anfangs jenes Jahres traten neue Gesetzesbestimmungen in Kraft, welche die Schweiz erlassen musste, weil sie die Europäische Menschenrechtskonvention ratifiziert hatte. Diese sehen vor, dass jeder Fall von Freiheitsentzug von einer richterlichen Behörde überprüft werden muss. Mit den neuen Artikeln 397a – f des Zivilgesetzbuchs wurde damals auch der Begriff des FFE eingeführt, des fürsorglichen Freiheitsentzugs.

Mehr Professionalität

Einen weiteren Schritt stellt das vermutlich auf Anfang 2013 in Kraft tretende Erwachsenenschutzrecht dar, das vom Parlament im Dezember 2008 bereits definitiv beschlossen worden ist. Eine wesentliche Neuerung dieses Gesetzes ist die Professionalisierung des Erwachsenenschutzes. Die aus nebenberufli-

Unabhängige Überprüfung

Aber auch eine Professionalisierung ist kein ausreichender Schutz vor Übergriffen und Machtmissbrauch. Professionelle Dienste können sich zu Selbstläufern entwickeln, die zum Aufbauschen von Problemen neigen und vor allem ihren Machtbereich und ihre Finanzquellen erhalten wollen. Berufsleute des Sozialwesens gab es schon in den finstersten Zeiten der Administrativjustiz. Die Arbeiterkolonien, Kinder- und Jugendheime wurden von Fachpersonal betrieben, das allerdings anders ausgebildet war als heute. Und auch Vormundschaften wurden schon damals oft, wenn auch nicht immer, von professionellen Amtsvormündern geführt.

Das Verhängnis war, dass diese in den Vormundschaftsbehörden der Gemeinden kein kompetentes Gegenüber hatten, das ihnen auf die Finger schaute. Und das war für gewisse Verantwortliche in Heimen und Anstalten ein Freibpass für Gewaltexzesse und sexuelle Übergriffe. „Gewalt entsteht dort, wo man ihr Raum lässt“, sagt die Psychiaterin Gabriela Stoppe im Interview in dieser Ausgabe der Sozialen Medizin. Wichtig ist deshalb, dass im Bereich der zwangsweisen Fürsorge jede Massnahme durch eine Instanz mit richterlicher Unabhängigkeit überprüft wird.

RUEDI SPÖNDLIN

Von der Vormundschaft zum Erwachsenenschutz

Vier Beiträge zu einem Epochenwandel im Sozial- und Gesundheitswesen

Das noch aus dem Jahr 1912 stammende schweizerische Vormundschaftsrecht ist veraltet und wird total revidiert. An seine Stelle tritt das Erwachsenenschutzrecht, welches die eidgenössischen Räte im Dezember 2008 beschlossen haben. Dieses wird voraussichtlich Anfang 2013 in Kraft treten und bringt einerseits eine Professionalisierung der zuständigen Behörden. Weiter regelt es so brisante Fragen wie Zwangsbehandlungen bei psychischen Störungen, Bewegungseinschränkungen in Pflegeheimen, Patientenverfügungen sowie die Entscheidungsbefugnis über medizinische Massnahmen bei PatientInnen, die dazu nicht selber in der Lage sind.

Behördenorganisation im neuen Erwachsenenschutzrecht

Bundesrechtliche Vorgaben, fachliche Anforderungen und Umsetzung in den Kantonen

Mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht werden die Vormundschaftsbehörden, die in der Deutschschweiz grossmehrheitlich politisch gewählte Laienbehörden sind, von Fachbehörden abgelöst. Damit erhalten Fachpersonen im Gesundheitswesen künftig kompetente Ansprechpersonen für den Fall, dass die betreuten Personen nicht mehr selber für sich sorgen können.

VON DIANA WIDER

Verglichen mit dem geltenden Recht werden die Aufgaben der Erwachsenenschutzbehörde in qualitativer und quantitativer Hinsicht erweitert:

Qualitativ anspruchsvoller werden die Aufgaben insbesondere in Bezug auf die Abklärung und Anordnung von auf den Einzelfall abgestimmten massgeschneiderten Massnahmen (1).

Quantitativ erweitert wird die Behördenarbeit z. B. durch die neuen Aufgaben bezüglich:

- Vorsorgeauftrag und Patient(inn)enverfügung: hier muss die Fachbehörde beurteilen, ob diese rechtsgültig errichtet wurden resp. ob die Interessen der betroffenen Person gewahrt werden;

- Zustimmung zu medizinischen Massnahmen durch Angehörige: die Fachbehörde muss einschreiten, wenn die Interessen der urteilsunfähigen Person gefährdet sind;

- bewegungseinschränkenden Massnahmen (2) für urteilsunfähige Personen: die Fachbehörde beurteilt Beschwerden gegen solche Massnahmen;

- fürsorgerische Unterbringung (3): die Fachbehörde muss diese u. a. periodisch überprüfen.

Um diese erweiterten Aufgaben adäquat erfüllen zu können, fordert der Bundesgesetzgeber eine Professionalisierung der Behördenorganisation: Die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde ist neu eine **interdisziplinär zusammengesetzte Fachbehörde**. Bis auf die Mindestzahl von drei Mitgliedern und die Auswahl der Mitglieder aufgrund von Kriterien der Fachlichkeit können die Kantone die innere Organisation der Fachbehörde frei bestimmen.

Die Konferenz der Kantone für Kindes- und Erwachsenenschutz KOKES hat **Standards** (4) formuliert, wie die bundesrechtlichen Vorgaben aus fachlicher Sicht genutzt werden können - im Folgenden die wichtigsten Standards:

Die Behördenmitglieder stammen aus den Bereichen Recht, Sozialarbeit

und Pädagogik/(Kinder-)Psychologie und werden von einem Sekretariat unterstützt;

Das Fachwissen aus den Bereichen Medizin, Psychiatrie, Treuhand und Sozialversicherungen ist intern oder extern jederzeit abrufbar;

Das Behörden-Amt wird **hauptamtlich** ausgeübt;

Das Einzugsgebiet einer Behörde umfasst 50.000 – 100.000 Einwohner/innen.

Unter Berücksichtigung obgenannter Standards kommen kantonale oder kommunale Verwaltungsmodelle oder Fachgerichte in Frage.

Gemäss aktuellen Tendenzen werden diese Standards in den Kantonen weitgehend umgesetzt (5). Von den heute bestehenden rund 1400 Vormundschaftsbehörden werden ca. 140-200 Fachbehörden übrig bleiben.

Aktuell laufen in den Kantonen die Gesetzgebungsarbeiten, die bis Ende 2011 abgeschlossen sein sollten, damit die Fachbehörden im Jahr 2012 aufgebaut und per 1.1.2013 (voraussichtliches Inkrafttreten des neuen Rechts) operativ tätig sein können. Für den politischen Gesetzgebungsprozess ist zu hoffen, dass die Politiker/innen sich fachlich differenziert mit den Anforderungen des Kindes- und Erwachsenen-

schutzes auseinandersetzen und nicht die (höheren) Kosten sondern das Wohl der 250.000 von vormundschaftlichen Interventionen direkt oder indirekt betroffenen Menschen (6) im Fokus haben.

Diana Wider, Prof. FH, Juristin, ist Generalsekretärin der Konferenz der Kantone für Kindes- und Erwachsenenschutz KOKES und Verantwortliche des Kompetenzzentrums Kindes- und Erwachsenenschutz der Hochschule Luzern. Sie leitet verschiedene Weiterbildungs- und Dienstleistungsangebote auf dem Gebiet des zivilrechtlichen Kindes- und Erwachsenenschutzes und ist mit verschiedenen Umsetzungsfragen der Kantone in Bezug auf das neue Erwachsenenschutzrecht konfrontiert. Kontakt: diana.wider@kokes.ch

Fussnoten:

(1) Vgl. Beitrag Häfeli in dieser Ausgabe.

(2) Vgl. Beitrag Mösch Payot in dieser Ausgabe.

(3) Vgl. Beitrag Rosch in dieser Ausgabe.

(4) VBK (heute: KOKES), Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde als Fachbehörde (Analyse und Modellvorschläge) – Empfehlungen zur Behördenorganisation, in: Zeitschrift für Vormundschaftswesen 2/2008 S. 63 – 128. Download (PDF) unter www.kokes.ch Publikationen.

(5) Vgl. Wider Diana, Behördenorganisation: Was die Kantone wie umsetzen können, in SozialAktuell 4/2010, S. 19-22 (vorweggenommenes Fazit: Mit Ausnahme des Kantons Wallis, der sich auf eine fachlich fragwürdige Minimallösung beschränkt, nutzen die Kantone die Gelegenheit, die Behördenorganisation mit den gestellten Anforderungen in Einklang zu bringen).

(6) Bei den ca. 40.000 Kindesschutzmassnahmen sind indirekt auch die beiden Eltern und von den ca. 70.000 Erwachsenenschutzmassnahmen sind indirekt auch die nächsten Angehörigen von vormundschaftsbehördlichen Interventionen betroffen (Zahlen: VBK, Vormundschaftsstatistik, in: Zeitschrift für Vormundschaftswesen 6/2009, S. 435/436).

Verschiedene Formen der Beistandschaften als behördliche Massnahmen

(ohne Fürsorgerische Unterbringung)

KOKES – Konferenz der Kantone für Kindes- und Erwachsenenschutz

Die Konferenz der Kantone für Kindes- und Erwachsenenschutz KOKES (bis 31.12.2009 Konferenz der kantonalen Vormundschaftsbehörden VBK) ist ein Verbindungsorgan zwischen den kantonalen Aufsichtsbehörden im zivilrechtlichen Kindes- und Erwachsenenschutz. Sie bezweckt die Koordination von Fragen des zivilrechtlichen Kindes- und Erwachsenenschutzes und die Förderung der Zusammenarbeit unter den Kantonen und mit dem Bund. Auf www.kokes.ch/Dokumentation/Revision finden sich verschiedene Fachtexte zum neuen Erwachsenenschutzrecht allgemein sowie zu den Umsetzungsarbeiten in den Kantonen. www.kokes.ch

Als behördliche Massnahmen sieht das neue Recht ausschliesslich verschiedene Beistandschaften und die Fürsorgerische Unterbringung (FU), im geltenden Recht Fürsorgerische Freiheitsentziehung (FFE) genannt, vor.

VON CHRISTOPH HÄFELI

1. Allgemeine Grundsätze

Art. 388 nZGB stellt das Wohl und den Schutz hilfsbedürftiger Personen ins Zentrum der behördlichen Massnahmen und postuliert die Erhaltung und Förderung des Selbstbestimmungsrechts. Damit soll ein Ausgleich zwischen Freiheit und Betreuung hergestellt werden.

In Art. 389 nZGB werden in Analogie zu Art. 307-311 und 324 f. ZGB im Kinderschutz das Subsidiaritäts- und Verhältnismässigkeitsprinzip auch im Erwachsenenschutz ausdrücklich verankert.

2. Allgemeine Bestimmungen zu den Beistandschaften

Art. 390-392 nZGB umschreiben die Voraussetzungen und konkretisieren den bereits in Art. 5 Abs. 2 BV verankerten und in Art. 389 Abs. 2 nZGB wiederholten Grundsatz der Verhältnismässigkeit.

Die subjektiven Voraussetzungen für die Anordnung einer Beistandschaft sind wie bisher ein Schwächezustand und das Unvermögen, die eigenen Angelegenheiten zu besorgen. Dabei sind auch die Belastung und der Schutz von Angehörigen und Dritten zu berücksichtigen. Die stigmatisierenden und aus wissenschaftlicher Sicht überholten Begriffe *Geistesschwäche* und *Geisteskrankheit* werden durch *geistige Behinderung* und *psychische Störung* ersetzt. Unter geistiger Behinderung werden angeborene oder erworbene Intelligenzdefekte verschiedener Schweregrade verstanden. Der Schwächezustand der psychischen Störung umfasst die anerkannten

ten Krankheitsbilder der Psychiatrie, d.h. Psychosen und Psychopathien, Demenz und sämtliche Suchtkrankheiten. Unter *ähnliche in der Person liegende Schwächezustände* fallen Unerfahrenheit, „Misswirtschaft“ oder seltene Erscheinungsformen schwerer körperlicher Behinderung.

3. Die Arten von Beistandschaften

Das neue Recht unterscheidet vier Arten von Beistandschaften: die Begleitbeistandschaft, die Vertretungsbeistandschaft, die Mitwirkungsbeistandschaft und die umfassende Beistandschaft. Die verschiedenen Beistandschaften unterscheiden sich durch unterschiedliche Aufgabenbereiche und durch ihre unterschiedliche Auswirkung auf die Handlungsfähigkeit der verbeiständeten Person. Begleit-, Vertretungs- und Mitwirkungsbeistandschaft lassen sich auch miteinander kombinieren, wodurch ein individuelles „*Betreuungsportfolio*“ entsteht.

3.1 Begleitbeistandschaft

Die Begleitbeistandschaft kann sowohl für einzelne Angelegenheiten im persönlichen und/oder vermögensrechtlichen Bereich, als für ganze Aufgabenkreise, z.B. die gesundheitliche Betreuung oder alle Angelegenheiten, angeordnet werden und hat keine Auswirkungen auf die Handlungsfähigkeit. Sie stellt lediglich eine institutionalisierte Form der begleitenden Unterstützung dar, bei der sich die verbeiständete Person gefallen lassen muss, dass sich eine von der Behörde bezeichnete Person um sie kümmert. Die „begleitete“ Person und nur sie kann sich Dritten gegenüber verpflichten. Es versteht sich von selbst, dass eine solche Massnahme ihre Wirkung nur entfalten kann, wenn die verbeiständete Person zu minimaler Kooperation bereit ist oder diese Bereitschaft innert nützlicher Frist nach deren Anordnung entwickelt wird. Sie wird deshalb nur mit Zustimmung der hilfsbedürftigen Person errichtet. Diese in Anlehnung an Art. 394 ZGB des geltenden Rechts formulierte Beistandschaft unterscheidet sich jedoch von jener durch die fehlende Vertretungsbefugnis. Sie kann dennoch in vielen Fällen sinnvoll sein und namentlich zur persönlichen Fürsorge angeordnet werden. Dem Beistand oder der Beiständin kommt

dennoch eine beschränkte Vertretungsbefugnis zu, wenn und so weit die verbeiständete Person ihn oder sie dazu ermächtigt durch ausdrückliche Vollmacht oder durch konkludentes (stillschweigendes) Verhalten. Da auch bei der Begleitbeistandschaft die Aufgabenbereiche enger oder weiter umschrieben werden können, kann sie durchaus zu einer relativ umfassenden Unterstützungsmassnahme ausgestaltet werden. Wenn über die begleitende Unterstützung hinaus die Vertretung in einzelnen Angelegenheiten erforderlich ist, kann die Begleitbeistandschaft mit der Vertretungsbeistandschaft kombiniert werden.

3.2 Vertretungsbeistandschaft

Die Vertretungsbeistandschaft kann für persönliche oder vermögensrechtliche Aufgabenbereiche angeordnet und mit oder ohne Beschränkung der Hand-

lung. Auch wenn die Handlungsfähigkeit der betroffenen Person nicht eingeschränkt wird, kann ihr im Bedarfsfall jedoch der Zugriff auf das Lohnkonto entzogen werden, ohne dass ihr gleichzeitig die Fähigkeit entzogen wird, Rechtsgeschäfte abzuschliessen, für die sie mit dem Einkommen haftet. Dasselbe ist in Bezug auf andere Vermögenswerte möglich.

3.3 Mitwirkungsbeistandschaft

Diese der Mitwirkungsbeistandschaft im geltenden Recht nachgebildete Massnahme schränkt die Handlungsfähigkeit der betroffenen Person in Bezug auf die der Mitwirkung unterstellten Geschäfte von Gesetzes wegen ein. Auf eine abschliessende Aufzählung der Geschäfte, die der Mitwirkung unterliegen, wird verzichtet und das Institut damit flexibler ausgestaltet. Weder die verbeiständete Person noch der Beistand



Auch wenn die Handlungsfähigkeit nicht eingeschränkt ist, muss die betroffene Person sich die Handlungen des Beistands oder der Beiständin anrechnen oder gefallen lassen.

lungsfähigkeit verbunden sein. Auch wenn die Handlungsfähigkeit nicht eingeschränkt ist, muss die betroffene Person sich die Handlungen des Beistands oder der Beiständin anrechnen oder gefallen lassen. Die so ausgestaltete Beistandschaft ist ein gutes Beispiel für das fein abgestufte Instrumentarium des neuen Rechts. Besonders deutlich wird dies am Beispiel der Vertretungsbeistandschaft für die Vermögensverwaltung. Die Erwachsenenschutzbehörde kann Teile des Einkommens oder das gesamte Einkommen, Teile des Vermögens oder das gesamte Vermögen oder das gesamte Einkommen und Vermögen unter die Verwaltung stellen. Damit wird eine der am meisten kritisierten Schwächen des bisherigen Rechts beseitigt: das Fehlen der Lohnverwaltung ohne den Umweg über die Entmündi-

oder die Beiständin können allein verbindlich handeln, es bedarf vielmehr der Zustimmung beider Parteien. Hingegen ist die Zustimmung der Erwachsenenschutzbehörde nicht erforderlich.

3.4 Kombination von Begleit- Mitwirkungs- und Vertretungsbeistandschaft

Die wesentliche Neuerung des künftigen Massnahmesystems besteht darin, dass ein im Einzelfall massgeschneideretes Massnahmenpaket geschnürt werden kann, das dem individuellen Schutzbedürfnis optimal Rechnung trägt und dennoch nicht stärker in die Handlungsfähigkeit und Handlungsfreiheit der schutzbedürftigen Person eingegriffen wird, als unbedingt notwendig. Dieses Konzept findet seine Vollendung in der Kombination der verschiedenen Bei-

standschaften. So kann für eine Person als Lebensbewältigungshilfe eine Begleitbeistandschaft angeordnet und diese ergänzt werden mit einer Vertretungsbeistandschaft für die Verwaltung des Einkommens (Lohn- oder Rentenverwaltung), mit oder ohne Beschränkung der Handlungsfähigkeit und für die Verwaltung von Teilen des Vermögens (z.B. nur für die vorhandenen Wertschriften oder eine Liegenschaft) sowie einer Mitwirkung für bestimmte Rechtsgeschäfte von besonderer Tragweite, z.B. den Verkauf einer Liegenschaft. Möglicher Nachteil dieses auf den Einzelfall zu einem bestimmten Zeitpunkt fein abgestuften Systems von Massnahmen ist, dass bei einer raschen Veränderung des Schwächezustands, z.B. bei betagten Personen, eine wiederholte, möglicherweise in kurzen Zeitabständen erforderliche, Anpassung des Instrumentariums erfolgen muss, was nicht nur mit erheblichem Aufwand verbunden, sondern auch der Rechtssicherheit abträglich sein kann.

3.5 Umfassende Beistandschaft

Die umfassende Beistandschaft soll bei besonders ausgeprägter Hilfsbedürftigkeit, namentlich bei dauernder Urteilsunfähigkeit angeordnet werden. Sie bezieht sich auf alle Angelegenheiten der Personensorge, der Vermögenssorge und des Rechtsverkehrs. Die Handlungsfähigkeit entfällt wie bei der bisherigen Entmündigung von Gesetzes wegen. Das Institut ist im Lichte des Verhältnismässigkeitsprinzips zweifellos mit Zurückhaltung einzusetzen ähnlich wie im Kinderschutz der Entzug der elterlichen Sorge. Es sind aber dennoch Situationen denkbar, in denen eine Beistandschaft mit umfassender Personen- und Vermögenssorge und umfassender Vertretungsbefugnis im wohl verstandenen Interesse einer Person mit sehr weit gehenden und alle Lebensbereiche betreffenden Schwächezuständen liegt. Zu denken ist etwa an Personen mit schwerer geistiger Behinderung und an Personen, die jegliche Kooperation verweigern und einer Einflussnahme nicht zugänglich sind, die aber zu ihrem Schutz und zum Schutz von Dritten einer umfassenden Betreuung und Vertretung bedürfen. Die Begleitbeistandschaft und die Mitwirkungsbeistandschaft fallen in diesen Fällen ohnehin

ausser Betracht und die Vertretungsbeistandschaft müsste so umfassend ausgestaltet werden, dass die verbleibende Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit eine Fiktion wäre. In diesen Fällen ist es „ehrlicher“ und auch der Rechtssicherheit dienlicher, eine umfassende Beistandschaft vorzusehen, bei der die Handlungsfähigkeit von Gesetzes wegen entfällt.

Insgesamt trägt das neue Instrumentarium des Erwachsenenschutzes dem Grundsatz der Subsidiarität und der Verhältnismässigkeit hochgradig Rechnung. Es erlaubt massgeschneiderte,

dem Einzelfall gerecht werdende Betreuungsmassnahmen und fein abgestufte Eingriffe in die Handlungsfähigkeit der betroffenen Personen. Das Konzept stellt aber zweifellos hohe Anforderungen an die rechtsanwendenden Behörden und an die Mandatsträgerinnen und Mandatsträger, weshalb eine Professionalisierung unausweichlich ist (vgl. Beitrag von Diana Wider).

Christoph Häfeli, Prof., lic.iur., dipl. Sozialarbeiter, dipl. Supervisor, Kindes- und Erwachsenenschutzexperte, Niederrohrdorf, <http://www.famwiss.ch>

Fürsorgerische Unterbringung und medizinische Massnahmen im neuen Erwachsenenschutzrecht: Herausforderungen für die Praxis

Die neuen Bestimmungen der Fürsorgerischen Unterbringung, des Nachfolgeinstituts der Fürsorgerischen Freiheitsentziehung (FFE), setzen auf Bundesebene einheitliche Standards für so genannte Zwangsbehandlungen und die Unterbringung und werden zu einer Professionalisierung im Umgang mit Betroffenen führen, vorausgesetzt die notwendige personellen und finanziellen Ressourcen werden seitens der (politischen) Verantwortlichen auch gesprochen.

VON DANIEL ROSCH

1. Die Fürsorgerische Unterbringung (FU)

1.1 Von der FFE zur FU

1981 haben die geltenden bundesrechtlichen FFE-Bestimmungen die kantonalen Versorgungsgesetze abgelöst. Die damals neue FFE ist seither der stärkste vormundschaftliche Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen. Sie erlaubt es, eine schutzbedürftige Person gegen oder ohne ihren Willen in einer geeigneten Anstalt zu platzie-

ren. Die Revision des neuen Erwachsenenschutzrechtes hat die Bestimmungen inhaltlich und sprachlich angepasst und die bisher kantonalen Regelungen zu den sog. medizinischen Zwangsmassnahmen auf Bundesebene vereinheitlicht.

1.2 Voraussetzungen der FU

Eine Person darf gemäss nArt. 426 ZGB nur fürsorgerisch untergebracht werden, wenn sie an einer psychischen Störung oder einer geistigen Behinderung leidet oder aber schwer verwahrlost ist. Damit fällt die bisherige stigmatisierende Terminologie (Trunksucht, Geistesschwäche etc.) weg. Die Unterbringung ist nur erlaubt, sofern die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann. Damit wird auf das im neuen Recht fest verankerte Verhältnismässigkeitsprinzip verwiesen. Die FU muss somit

- geeignet sein, um das Ziel zu erreichen (Zwecktauglichkeit der FU).
- erforderlich sein, d.h. es darf keine weniger weit in die Persönlichkeitsrechte eingreifenden Massnahmen (z.B. Einwilligung der betroffenen Person) geben, die auch geeignet wären.

- im Rahmen einer umfassenden Interessenabwägung einem überwiegenden Interesse am Eingriff entsprechen (angemessenes Zweck – Mittel-Verhältnis).

Sind die Voraussetzungen der FU gegeben, so kann die Person in einer geeigneten Einrichtung zur medizinischen Behandlung und/oder psychosozialen Betreuung untergebracht werden. Der Begriff der Einrichtung wird weit ausgelegt und umfasst Krankenhäuser, Pflege- und Altersheime, Seniorenresidenzen, betreute Wohngruppen, aber ggf. auch die eigene Wohnung, resp. die Wohnung eines Familienangehörigen. Damit stellt sich die Frage, inwiefern bei der Einrichtung, wie bei der bisherigen FFE, die Bewegungsfreiheit aufgrund der Betreuung und Überwachung spürbar eingeschränkt sein muss. Meines Erachtens wird sie durchaus relativiert werden, wenn nicht de facto aufgehoben. Es muss sich nicht in jedem Falle um eine geschlossene Einrichtung handeln, sie muss aber immer das Schutzbedürfnis der betroffenen Person abdecken. Mit dieser weiten Begrifflichkeit, die sich mit der ebenso weiten Begrifflichkeit der Unterbringung (anstelle Freiheitsentziehung) deckt, wird m.E. auch der Anwendungsbereich ausgeweitet werden.

1.3 Verfahren: Zuständigkeit, Verfahrensgarantien, Vertrauensperson

Die Erwachsenenschutzbehörde (siehe Aufsatz Wider) ist gemäss nArt. 428 ZGB zuständig für die Unterbringung und Entlassung. Sie kann die Zuständigkeit für die Entlassung im Einzelfall der Einrichtung übertragen. Die Kantone können im Rahmen ihrer Gesetzgebungskompetenz Ärzte/-innen bezeichnen, die neben der Erwachsenenschutzbehörde eine FU für eine bestimmte Dauer, max. aber 6 Wochen anordnen dürfen. Ist bis dahin kein vollstreckbarer Unterbringungsentscheid gefasst, fällt die ärztliche Unterbringung automatisch dahin. Mit der ärztlichen Unterbringung verbunden sind diverse Verfahrensbestimmungen für Ärzte/-innen, so etwa persönliche Untersuchung, Begründungspflicht, Rechtsmittelbelehrung, Information von nahestehenden Personen etc. Zudem kann die ärztliche Leitung bei frei-

willig eingetretenen Personen, die an einer psychischen Störung leiden, diese für max. drei Tage zurückbehalten, wenn sie an Leib und Leben gefährdet sind oder die körperliche Integrität Dritter ernsthaft gefährden. Die Zurückbehaltung muss zudem verhältnismässig sein. Werden Ärzte/-innen für die stellvertretende Entscheidung der Behörde eingesetzt, handeln sie m.E. hoheitlich und nehmen öffentliche Aufgaben wahr, weshalb sie an die Grundrechte (insb. Rechtsgleichheit, Persönliche Freiheit, Willkürverbot, Verfahrensgarantien) gebunden sind.

Neu kann jede untergebrachte Person eine Vertrauensperson beiziehen, die sie während ihres Aufenthaltes und bis zum Abschluss des Verfahrens unterstützt.

Die Unterbringung wird sodann periodisch überprüft (zunächst zweimal im Abstand von max. 6 Monaten, danach jährlich).

1.4 Austritt und Nachbetreuung von medizinischen Massnahmen

Die mit FU eingewiesene Person muss entlassen werden, sobald die Voraussetzungen der FU nicht mehr erfüllt sind. Es bedarf somit neu einer Interessenabwägung im Hinblick auf den Zweck der FU und nicht wie bisher das Abstellen auf den Zustand der Person. Damit soll der sog. Drehtürpsychiatrie

Koordination und Angebotspaletten für freiwillige Aufenthalte in Einrichtungen wie Pflegeheimen, psychiatrischen Einrichtungen etc. Sie können auch ambulante Massnahmen vorsehen. Inwiefern hier auch Zwangsmassnahmen zulässig sind, ist umstritten. Klar ist, dass die zwangsweise Verabreichung von Medikamenten nicht dazu gehört und somit auch alle in Bezug auf die Eingriffintensität ähnliche Massnahmen. Möglich ist demgegenüber, dass die Erwachsenenschutzbehörde im Rahmen ihrer sachlichen Zuständigkeit Weisungen erlässt, welche alsdann über das anzuwendende Verfahrensrecht vollstreckt werden können, sofern die Vollstreckung verhältnismässig ist. Zudem sollten meines Erachtens die (verfahrensrechtlichen) Mindeststandards der bundesrechtlichen Zwangsbehandlungen/FU und der Beschränkung der Bewegungsfreiheit berücksichtigt sein. Zuständig für die Anordnung müsste sinnvollerweise die Erwachsenenschutzbehörde bleiben.

2. Medizinische Massnahmen bei einer psychischen Störung

2.1 Behandlungsplan

Sobald eine Person im Rahmen einer FU untergebracht wurde, muss mit ihr ein schriftlicher Behandlungsplan er-



Aus dem im neuen Recht verankerten Selbstbestimmungsrecht ergibt sich, dass die Wünsche und der Wille der betroffenen Person soweit wie möglich berücksichtigt werden müssen.

begegnet werden. Bei der Entlassung hat die behandelnde Ärzteschaft bei Rückfallgefahr ein Gespräch mit der betroffenen Person zu führen und insbesondere die Behandlungsgrundsätze für eine allfällige erneute Unterbringung zu vereinbaren.

Ferner können die Kantone die Nachbetreuung in Bezug auf die medizinischen Massnahmen regeln, also die

stellt werden, ggf. unter Beizug der Vertrauensperson. Der laufend zu aktualisierende Behandlungsplan ist nur für Personen mit psychischer Störung vorgesehen und nicht für solche mit geistiger Behinderung oder Verwahrlosung. Empfehlenswert wäre m.E. eine Ausweitung auch auf sämtliche Personen, welche in der Lage sind, sich - unabhängig der Urteilsfähigkeit - zur Behand-

lung oder Teilen davon zu äussern. Zum Behandlungsplan gehört auch die ärztliche Aufklärungspflicht (informed consent). Aus dem im neuen Recht verankerten Selbstbestimmungsrecht ergibt sich, dass die Wünsche und der Wille der betroffenen Person soweit wie möglich berücksichtigt werden müssen. Zur Gültigkeit des Behandlungsplanes hat die betroffene Person diesem zuzustimmen.

2.2 Zwangsbehandlung, resp. medizinische Massnahmen ohne Zustimmung

Ohne Zustimmung zum Behandlungsplan kann der/die Chefarzt/-ärztin, soweit es einen/-e solche/-n in der Einrichtung gibt, medizinische Massnahmen anordnen, wenn

- ohne Behandlung der betroffenen Person ein ernsthafter gesundheitlicher Schaden droht oder die körperliche Integrität Dritter ernsthaft gefährdet ist, *und*

- die betroffene Person urteilsunfähig in Bezug auf ihre Behandlungsbedürftigkeit ist *und*

- keine andere weniger einschneidende Massnahme zur Verfügung steht.

Diese Regelung gilt nicht für Notfallsituationen, also Situationen, in welchen zeitliche Dringlichkeit besteht und eine akute Gefahrensituation beseitigt werden muss (unerlässliche medizinische Massnahmen). Zudem müssen medizinisch erfolgsversprechende Massnahmen vorhanden sein.

Langandauernde Behandlungen gegen oder ohne den Willen der betroffenen Person gehören nicht dazu. Auch bei Notfallsituationen ist der zuvor geäusserte Wille resp. der mutmassliche Wille der betroffenen Person zu berücksichtigen. Den Betroffenen und ihnen nahe stehenden Personen steht gegen medizinische Massnahmen ohne Zustimmung der Rechtsweg offen.

2.3 Psychisch oder somatisch als Gretchenfrage

Wird z.B. eine bewusstlose Person unter einer Brücke mit Verletzungen aufgefunden, stellt sich die Frage, ob es sich um einen Selbsttötungsversuch oder um einen Unfall handelt. Je nach Anhaltspunkten – und wohl auch aufgrund der Schwere der Verletzung – wird die Person in ein Krankenhaus oder in eine psychiatrische Klinik ein-



Es bleibt zu hoffen, dass die Verantwortlichen für die Umsetzung dieser Massnahmen die notwendigen personellen/ finanziellen Ressourcen zur Verfügung stellen, damit die neuen Instrumente [...] genutzt werden und nicht mangels zeitlicher Ressourcen zur Alibiübung verkommen.

gewiesen. Künftig leiten sich mit diesem Entscheid auch unterschiedliche Vertretungsrechte ab. Bei somatischer Erkrankung (inkl. geistiger Behinderung) und gleichzeitiger Urteilsunfähigkeit sowie bei psychischer Erkrankung ausserhalb einer psychiatrischen Klinik gelten die Vertretungsrechte gemäss nArt. 378 ZGB (siehe Kasten). Demgegenüber gelten die unter 2. erwähnten Vertretungsrechte bei psychischer Krankheit und Behandlung in einer psychiatrischen Klinik. Dieser auch aus medizinischer Sicht konstruierte Dualismus wäre auch rechtlich nicht notwendig gewesen und schafft unterschiedliche Werthaltungen.

2.4 Abgrenzung zur Beschränkung der Bewegungsfreiheit

Das neue Recht grenzt auch bei medizinischen Massnahmen im Rahmen einer FU diese von den Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit ab. Solche Massnahmen können mechanischer (z.B. Fixiertische, Isolierung) oder elektronischer Natur (z.B. elektronische Schliessmechanismen) sein (siehe Aufsatz Möschi). Unterschiedlich zu den allgemeinen Bestimmungen über die Beschränkung der Bewegungsfreiheit ist bei der FU allerdings, dass die Urteilsfähigkeit kein Kriterium ist und dass der Rechtsmittelzug im Rahmen der FU gewährleistet ist. Medizinische Massnahmen sind keine Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit, auch wenn z.B. sedierende Mittel dies de facto zur Folge haben. Für die Praxis dürfte hier insbesondere die Prüfung der Verhältnismässigkeit eine Herausforderung darstel-

len, also die Frage, ob im konkreten Einzelfall die Einschränkung der Bewegungsfreiheit, medizinische Massnahmen oder ggf. beides erforderlich, sprich als weniger weit in die Persönlichkeitsrechte eingreifend zu bewerten sind.

2.5. Kosten

Die Verbesserungen im Rahmen der FU und der medizinischen Massnahmen sind im Lichte der Selbstbestimmung der Betroffenen sehr zu begrüssen. Es bleibt zu hoffen, dass die Verantwortlichen für die Umsetzung dieser Massnahmen die notwendigen personellen/ finanziellen Ressourcen zur Verfügung stellen, damit die neuen Instrumente – wie vom Gesetzgeber vorgesehen – genutzt werden und nicht mangels zeitlicher Ressourcen zur Alibiübung verkommen.

Daniel Rosch, lic. iur./dipl. Sozialarbeiter FH/MAS in Nonprofit-Management.

Professor am Institut für Sozialarbeit und Recht der Hochschule Luzern Soziale Arbeit mit Schwerpunkten im Kindes- und Erwachsenenschutz, Persönlichkeitsschutz, gesetzlicher Sozialarbeit und Nonprofit-Management. Lehrbeauftragter an der Berner Fachhochschule. Diverse Beratungstätigkeiten (u.a. Verband Schweizerischer Amtsvormunde (VSAV)).

Zuvor diverse Tätigkeiten im Bereich der gesetzlichen Sozialarbeit, u.a. Leiter eines mittelgrossen polyvalenten Sozialdienstes, Rechtsdienst Sozialhilfe, Leiter Stabsstelle einer kantonalen Exekutivbehörde, Mitglied kant. Vormundschaftskommission BL (inkl. FFE-Pikettdienst), Friedensrichter.
Kontakt: daniel.rosch@hslu.ch

Aufenthalt und Einschränkung der Bewegungsfreiheit in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen:

Neuregelung für urteilsunfähige Personen

Als Neuschöpfung werden im neuen Erwachsenenenschutzrecht spezifische Regeln zum Aufenthalt in Wohn oder Pflegeeinrichtungen geschaffen: Zum Schutz von Urteilsunfähigen werden Bewegungseinschränkungen im Rahmen von deren Aufenthalt in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen an bundesrechtliche Voraussetzungen gebunden und entsprechende Verfahrensregeln aufgestellt.

VON PETER MÖSCH PAYOT

1. Bewegungseinschränkende Massnahmen beim Aufenthalt im Wohn- oder Pflegeeinrichtungen

Der Aufenthalt einer Person in einer Wohn- oder Pflegeeinrichtung basiert grundsätzlich auf einem Betreuungsvertrag, der zwischen der Heimbewohnerin und der Institution abgeschlossen wird. Ist der (zukünftige) Heimbewohner urteilsunfähig, so müssen seine Interessen durch eine andere Person wahrgenommen werden. Für diese Konstellation sieht der Gesetzgeber besonderen Schutzbedarf. Darum werden für den betreffenden Betreuungsvertrag in nArt. 382 ZGB bestimmt, wer die betroffene Person vertreten kann (nach nArt. 378 ZGB, siehe Kasten), und dass Leistungen und Entgelt transparent zu bestimmen sind. Entsprechende Institutionen werden der kantonalen Aufsicht unterstellt (nArt. 387 ZGB). Überdies werden die Institutionen angehalten, die Persönlichkeit von urteilsunfähigen Bewohnern zu schützen, deren Aussenkontakte zu fördern und bei Bedarf die Erwachsenenschutzbehörde einzuschalten. Explizit wird auch die freie Arztwahl gewährleistet.

Eine besondere Regelung wurde zudem für die Voraussetzungen und das Verfahren von Einschränkungen der Bewegungsfreiheit von Urteilsunfähigen geschaffen.

1.1. Voraussetzungen der Einschränkungen der Bewegungsfreiheit in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen

Einschränkungen der Bewegungsfreiheit in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen sind immer auch ein Eingriff in die grundrechtlich und EMRK-rechtlich geschützte persönliche Freiheit (Art. 10 Abs. 2 BV, Art. 31 BV; Art. 5 EMRK), die gleichzeitig auch privatrechtlichen Schutz genießt als Teil der Persönlichkeit (Art. 28 ZGB).

Der Begriff der Einschränkung der Bewegungsfreiheit ist weit zu verstehen: Dazu gehören sowohl das Anbringen von Bettgittern, die Fixation,

generell und der Bewegungsfreiheit im Besonderen gehören eine normative, allenfalls formellgesetzliche Grundlage, ein öffentliches Interesse bzw. ein überwiegendes privates Schutzinteresse und – insbesondere – die Verhältnismässigkeit der Massnahmen.

Entlang dieser verfassungsrechtlichen Grundbedingungen der Einschränkung der Bewegungsfreiheit wurden in nArt. 383 ZGB eine bundesrechtliche Rechtsgrundlage für die Beschränkung der Bewegungsfreiheit in Wohn- und Pflegeeinrichtungen von Urteilsunfähigen geschaffen und dazu eigene Verfahrensregeln aufgestellt.



Überdies werden die Institutionen angehalten, die Persönlichkeit von urteilsunfähigen Bewohnern zu schützen, deren Aussenkontakte zu fördern und bei Bedarf die Erwachsenenschutzbehörde einzuschalten. Explizit wird auch die freie Arztwahl gewährleistet.

das Anbringen von Gurten zur Sturzvermeidung wie auch elektronische Überwachungs- massnahmen oder das Abschliessen von Türen. Dagegen untersteht das Ruhigstellen von Urteilsunfähigen mittels Medikamenten der Regelung über medizinische Massnahmen (nArt. 377 ff. oder nArt. 433 ff. ZGB).

Art. 36 BV stellt idealtypisch klar, dass solche Eingriffe in die persönliche Freiheit nicht absolut unmöglich sind, sondern relativ unter ganz bestimmten Bedingungen gerechtfertigt sein können. Zu diesen Bedingungen einer Einschränkung der persönlichen Freiheit

1.2. Voraussetzungen von Bewegungseinschränkungen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen

Als wichtigste Voraussetzung wird zunächst im Sinne des Verhältnismässigkeitsprinzips klar gestellt, dass Bewegungseinschränkungen für Urteilsunfähige nur zulässig sind, wenn weniger einschneidende Massnahmen nicht ausreichen oder von vornherein im Sinne einer antizipierenden Würdigung als ungenügend erscheinen.

Darüber hinaus muss die Bewegungsbeschränkung auf besondere Zielsetzungen hin geboten sein: Als zulässiger Zweck gilt dabei, dass eine ernst-

hafte Gefahr für das Leben oder die körperliche Integrität der betroffenen Person oder Dritter abzuwehren ist. Oder aber es geht um die Beseitigung einer schwerwiegenden Störung des Gemeinschaftslebens.

Im Wesentlichen werden in der Kombination der Verhältnismässigkeit mit besonderen Schutzzwecken damit die klassischen Voraussetzungen des

Vertretungsrechte von medizinischen Massnahmen

(nArt. 377 f. ZGB)

Neu sind bei urteilsunfähigen Personen, die in Bezug auf die vorgesehene medizinische Massnahme keine Patientenverfügung/Vorsorgeauftrag erlassen haben, folgende Personen – der Reihe nach – zur Einwilligung berechtigt:

- 1) Beistand mit entsprechendem Vertretungsrecht
- 2) Ehegatte/ eingetragener Partner im gemeinsamen Haushalt *oder* wenn dieser regelmässig und persönlich Beistand für die betroffene Person leistet
- 3) Person, die mit der betroffenen Person einen gemeinsamen Haushalt führt *und* ihre regelmässig und persönlich Beistand leistet.
- 4) Nachkommen, wenn sie regelmässig und persönlich Beistand leisten
- 5) Eltern, wenn sie regelmässig und persönlich Beistand leisten
- 6) Geschwister, wenn sie regelmässig und persönlich Beistand leisten

Auch die urteilsunfähige Person ist soweit möglich in den Entscheidungsprozess miteinzubeziehen.

Soweit mehrere Personen vertretungsberechtigt sind, so dürfen die Ärzte, soweit sie gutgläubig sind, voraussetzen, dass jeder im Einverständnis des anderen handelt.

DANIEL ROSCH

Notstandes bzw. der Notstandshilfe genannt, weshalb die neuen Normen materiell kaum eine erhebliche Veränderung mit sich bringen werden.

1.3 Verfahrensvorschriften und Rechtsschutz

Neben der materiellrechtlichen Umschreibung der Voraussetzungen enthält das Gesetz neu eine Reihe von Verfahrensregeln, die bei der Anwendung von Bewegungseinschränkungen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen zu beachten sind. Auch insoweit geht es um urteilsunfähige Personen.

So sind die Betroffenen, ausser in Notfallsituationen, vor der Bewegungsbeschränkung zu informieren, wie die Einschränkung erfolgt, was die Gründe dafür sind, wer sich um die Person kümmert und wie lange die Bewegungseinschränkung voraussichtlich dauern wird.

Selbstverständlich ist die Beschränkung regelmässig auf ihre Berechtigung hin zu überprüfen und so bald wie möglich aufzuheben.

Die Anordnung, der Zweck, die Dauer und die Art der Massnahme sind zu protokollieren. Zur Vertretung der betroffenen Person Berechtigte sind zu informieren. Ein Einsichtsrecht in die Protokolle besteht explizit für die Vertretungsberechtigten und die kantonale Aufsichtsinstanz, selbstverständlich kann zudem die betroffene Person die Protokolle einsehen.

Zum Rechtsschutz kann die betroffene Person, aber auch eine ihr nahe stehende Person, gegen die Massnahmen die Erwachsenenschutzbehörde am Sitz der Institution anrufen. Diese kann Massnahmen aufheben, ändern oder eine behördliche Massnahme anordnen. Möglich ist auch das Einschalten der Aufsichtsbehörde.

2. Fazit

Die Regelung zu Voraussetzungen und Verfahren bei Bewegungseinschränkungen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen gelten für Urteilsunfähige, nicht aber Einschränkungen von Urteilsfähigen.

Diese Differenzierung von Urteilsfähigkeit und fehlender Urteilsfähigkeit von Bewohnern ist aber oft sehr schwierig. Das gilt insbesondere bezüglich der Einschätzungsfähigkeit der Klienten für Situationen, bei denen sich die Frage von bewegungseinschränkenden Massnahmen stellt.

Es ist daher den Wohn- und Pflegeeinrichtungen zu empfehlen, die ent-

sprechenden Voraussetzungen und Verfahrensregeln in jedem Fall einzuhalten.

Damit verlangt das neue Recht nach seriösen Abwägungen und entsprechenden organisatorischer Vorkehrungen, damit diese möglich ist. Ebenso ist auf die genaue Protokollierung und Information Wert zu legen.

Entsprechende Aus- und Weiterbildungen für die Mitarbeitenden „an der Front“ und das Leitungspersonal in Wohn- und Pflegeeinrichtungen sind unabdingbar, um die neuen Vorschriften pragmatisch und gesetzeskonform anzuwenden.

Peter Mösch Payot, Mlaw LL.M. / Manager Nonprofit NDS FH

Professor für Sozialrecht im Institut für Sozialarbeit und Recht der Hochschule Luzern, Lehrbeauftragter der FHNW und der HES SO.

Berater öffentlicher und privater Institutionen (Sozial- und Gesundheitsbereich) und verschiedener Kantone zu Fragen der Rechtsetzung und Rechtsanwendung im Bereich des Sozial- und Organisationsrechts und zu Managementfragen. Unter anderem Gutachten-tätigkeit zu Fragen freiheitsbeschränkender Massnahmen und zum Umgang mit Gewalt und Devianz im Sozialbereich.

Zuvor diverse Tätigkeiten in Advokatur, Gericht und Verwaltung. Unter anderem als Strafrichter und Co-Leiter des Basler Projektes gegen Häusliche Gewalt.

Kontakt: peter.moesch@hslu.ch

«Kein Mensch würde dieses komplizierte System neu schaffen...»

Die Eigenheiten der schweizerischen Krankenversicherung

Die schweizerische Krankenversicherung wird viel kritisiert. Um ihre Vor- und Nachteile abschätzen zu können, werfen wir einen Blick auf ihre Entstehungsgeschichte und die Eigenheiten, durch die sie sich von den Versicherungssystemen anderer Länder unterscheidet.

von Ruedi Spöndlin

Am 1. Januar 1996 trat in der Schweiz ein neues Krankenversicherungsgesetz (KVG) in Kraft. Dieses verpflichtet alle Einwohnerinnen und Einwohner des Landes, sich der gesetzlichen Krankenversicherung anzuschliessen. Sie können sich dazu einen der rund 50 zugelassenen Versicherer aussuchen (1).

Der Versicherungsschutz hat nichts mit dem Arbeitsplatz zu tun:

Eine Besonderheit der Schweiz ist, dass die Arbeitgeberfirma in keiner Weise am Verhältnis zum Krankenversicherer beteiligt ist. Diese bezahlt nichts an die Versicherungsprämie und übernimmt auch keine administrativen Pflichten in Zusammenhang mit der Krankenversicherung. In vielen anderen Ländern ist die Krankenversicherung hingegen eng an das Arbeitsverhältnis gekoppelt. In Deutschland werden Angestellte von der Arbeitgeberfirma versichert. In den USA und vielen ausser-europäischen Ländern besteht der Schutz einer Krankenversicherung meistens nur dann, wenn jemand bei einer Arbeitgeberfirma tätig ist, die ihren Angestellten diesen Schutz als Lohnnebenleistung gewährt. Der Verlust des Arbeitsplatzes führt dort meistens auch zum Verlust des Versicherungsschutzes.

In der Schweiz ist die gesetzliche Krankenversicherung auch insofern vom Arbeitsleben abgekoppelt, als sie nicht für den Erwerbsausfall infolge von Krankheit aufkommt. Zu ihrem Deckungsbereich gehören lediglich Heilungs- und Pflegekosten. Seit 1984 sind die Unternehmen zwar verpflichtet, ihre Angestellten gegen den Erwerbsausfall infolge von Unfällen und Berufskrankheiten zu versichern. Eine Absicherung des Erwerbsausfalls infolge von „normalen“ Krankheiten ist hingegen freiwillig. Eine Mehrheit der Unternehmen hat für ihre Mitarbeitenden eine solche Versicherung abgeschlossen (2). Zum Teil haben sich die Arbeitgeber sogar in Gesamtarbeitsverträgen dazu verpflichtet. Nach wie vor gibt es aber eine beachtliche Anzahl von Berufstätigen, die über keinen solchen Versicherungsschutz verfügen. Sie haben im Krankheitsfall nur für begrenzte Zeit Anspruch auf Lohnfortzahlung durch die Arbeitgeberfirma (3).

Historisch gesehen stand die Krankenversicherung allerdings auch in der Schweiz lange Zeit in enger Verbindung mit dem Berufsleben. So wurden viele Krankenkassen ursprünglich von Berufsverbänden gegründet und standen nur deren Mitgliedern offen, hauptsächlich um den Erwerbsausfall abzusichern (4). Das sieht man den Namen



dariusz ilicki

der heutigen schweizerischen Krankenkassen zum Teil noch an. Etwa der KPT, deren Firmenbezeichnung auf die „Krankenkasse des Personals des Bundes und der schweizerischen Transportanstalten“ zurückgeht.

Bis zum Inkrafttreten des neuen KVG im Jahre 1996 war es auch durchaus üblich, dass Unternehmen ihren Angestellten den Beitritt zu einer Krankenkasse ermöglichten. Meistens schlossen die betreffenden Arbeitgeber mit einer Krankenkasse eine Erwerbsausfallversicherung für ihre Angestellten ab, deren Prämie sie zum Teil übernahmen. Zusätzlich wurde den Angestellten die Möglichkeit geboten, sich in einem so genannten Kollektivvertrag der Heilungskostenversicherung dieser Kasse anzuschließen. Die Versicherungsprämie mussten diese in der Regel zwar selber bezahlen. Da die Solidarität bei diesen Verträgen jedoch weitgehend auf das betreffende Versichertenkollektiv

“

Die Prämienspanne reicht von etwa 300 bis 600 Franken pro Monat. Arm und Reich bezahlen aber grundsätzlich den gleichen Beitrag. Eine soziale Abstufung gibt es nicht.

begrenzt war, konnten sich die Beteiligten der Solidarität mit der übrigen Gesellschaft weitgehend entziehen. Mit dem neuen KVG wollte man diese Form von Risikoselektion verhindern und verbot Kollektivverträge.

Die Versicherungsbeiträge sind nicht von der Höhe des Einkommens abhängig:

Die Schweizer Krankenversicherung beruht auf dem Prinzip der Kopfprämie. Die Versicherungsbeiträge sind

nicht nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit abgestuft. Die Prämien unterscheiden sich zwar von Krankenkasse zu Krankenkasse. Durch einen Kassenwechsel kann man unter Umständen mehr als 1000 Franken pro Jahr sparen. Diese Beitragsunterschiede sind politisch gewollt. Sie entsprechen dem Konzept des gelenkten Wettbewerbs, wonach die einzelnen Versicherer bei gleichem Leistungsumfang miteinander um die günstigste Kostenstruktur konkurrieren sollen (in Wirklichkeit wer-

den die Wettbewerbsvorteile zurzeit vor allem durch die Abwerbung möglichst junger und gesunder Versicherter erzielt). Zudem variieren die Prämien von Kanton zu Kanton ganz erheblich, zum Teil sogar innerhalb der Kantone von Region zu Region. Die Spanne reicht von etwa 300 bis 600 Franken pro Monat. Arm und Reich bezahlen aber grundsätzlich den gleichen Beitrag. Eine soziale Abstufung gibt es nicht.

Das Prinzip der Kopfprämie ist in Europa eine Ausnahme. Die meisten europäischen Länder finanzieren die Gesundheitsversorgung durch lohnab-

zuviel verdienen, um Zuschüsse beziehen zu können.

Von linker Seite wird das System der Kopfprämie seit Jahrzehnten als unsozial kritisiert. Ursprünglich waren aber auch die bürgerlichen Parteien einmal für eine Krankenversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen eingetreten. Das erste Modell einer öffentlich-rechtlichen Kranken- und Unfallversicherung in der Schweiz, das der spätere freisinnige Bundesrat Ludwig Forrer in den 1890er Jahren ausgearbeitet hatte, orientierte sich am deutschen Vorbild. Es sah eine obligatorische Ver-

auf 39.5 Prozent angestiegen war (8). Zu einem Paradigmawechsel kam es diesbezüglich im Jahre 1996. Vorher hatte der Bund die Krankenkassen je nach Anzahl ihrer Versicherten subventioniert. Mit dem neuen KVG hob man diese Subventionierung nach dem „Giesskannenprinzip“ aber auf, und führte dafür das erwähnte System der individuellen Prämienverbilligung ein.

Versichert ist jede Person für sich allein, Familienmitglieder sind nicht mit eingeschlossen:

Seit 1996 gilt in der schweizerischen Krankenversicherung strikte das Prinzip: Eine Person, eine Versicherungsprämie. Jede Einwohnerin und jeder Einwohner der Schweiz muss sich selbst der gesetzlichen Krankenversicherung anschliessen und einen eigenen Beitrag bezahlen, wobei Kinder und junge Erwachsene bis 25 von einem reduzierten Tarif profitieren. Dieses Prinzip führt dazu, dass die Krankenkasse vor allem für Mittelschichtfamilien eine starke Belastung darstellt. Diese erzielen häufig zu viel Einkommen, um in den Genuss von Prämienverbilligungen zu kommen, müssen aber drei, vier oder noch mehr Versicherungsbeiträge bezahlen. Vor 1996 wurden Familien mit Kindern in der Regel stärker entlastet. Die einzelnen Krankenkassen waren damals in der Prämienbemessung viel freier und boten für Kinder weitergehende Rabatte an. Bei vielen Krankenkassen war das dritte Kind einer Familie kostenlos versichert. In der gesetzlichen Krankenversicherung Deutschlands sind Kinder und unter Umständen Lebenspartner beitragsfrei mitversichert.

Die Krankenversicherer verfügen im Prinzip immer über genügend Geld:

„Die Versicherer haben also ihre Prämien so festzusetzen, dass sie damit die für die gleiche Periode geschuldeten Leistungen decken können.“ Mit diesen Worten umschrieb der Bundesrat 1991 in seiner Vorlage für das heutige KVG den Grundsatz der Beitragsbemessung (9). Tatsächlich errechnen die Krankenversicherer jeden Sommer, welche Kosten sie im kommenden Jahr erwarten. Gestützt darauf legen sie dann die Prämien fest und legen sie dem zuständigen



Wer die freie Arztwahl beibehalten will, wird in Zukunft voraussichtlich nicht nur mehr Prämie bezahlen, sondern auch eine Selbstbeteiligung von maximal 1'700 statt 1'000 Franken tragen müssen.

hängige Beiträge oder aus Steuergeldern. Dies könnte sich jedoch ändern. In Deutschland beispielsweise wollte die schwarz-gelbe Regierungskoalition grundsätzlich zur Kopfprämie übergehen (5). Nachdem ihre Mehrheit im Mai bei den Wahlen in Nordrhein-Westfalen ins Wanken gekommen ist, ist sie dazu aber vorerst kaum mehr in der Lage. Nahe beim schweizerischen System liegt jedoch die Gesundheitsreform von Präsident Obama zur Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung in den USA.

Als Korrektiv zur Kopfprämie wurde in der Schweiz mit dem neuen KVG ein System von individuellen Zuschüssen (sog. Prämienverbilligungen) für Versicherte mit geringem Einkommen geschaffen. Im Jahr 2007 erhielten rund 30 Prozent aller Versicherten eine Prämienverbilligung (6). Somit kann man davon ausgehen, dass die wirklich Bedürftigen höchstens einen geringen Teil der Krankenkassenprämie selber zu tragen haben. Der unsoziale Charakter der Kopfprämie betrifft somit vor allem Angehörige der Mittelschicht, die gerade

sicherung einschliesslich Absicherung des Erwerbsausfalls vor, die durch Subventionen des Bundes sowie durch Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge finanziert worden wäre. Obwohl er von allen wichtigen politischen Kräften unterstützt wurde, scheiterte der Entwurf Forrers im Jahre 1900 allerdings am Referendum.

Der Forderung nach einkommensabhängigen Prämien wird entgegengehalten, unser System sei gar nicht so unsozial, weil es durch die teilweise Finanzierung über Steuergelder bereits auf einer gewissen Umverteilung beruhe. Tatsächlich trägt die öffentliche Hand volkswirtschaftlich gesehen rund 25 Prozent der Kosten der Gesundheitsversorgung, unter anderem durch die Prämienverbilligung und weil die Kantone teilweise für die Kosten der öffentlichen Spitäler aufkommen (7). Im Laufe der letzten Jahrzehnte hat sich der Staat allerdings aus der Finanzierung der Gesundheitsversorgung zurückgezogen. Von 1971 bis 2000 ging sein Anteil von 39.5 auf 25.3 Prozent zurück, während er zwischen 1960 und 1971 von 31.4



turevid flickr

Bundesamt zur Genehmigung vor. Für die Versicherten kann das schmerzlich sein. Bisher sind die Beiträge nämlich jedes Jahr angestiegen, zwischen 2000 und 2010 im Durchschnitt um 5.2 Prozent (10). Sofern sich ein Versicherer (und das genehmigende Bundesamt) nicht massiv verrechnet, verfügt er mit diesem System jedoch immer über genügend Mittel, um die anfallenden Kosten zu decken. Das wäre nicht der Fall, wenn die Bemessung der Versicherungsbeiträge von einem anderen Kriterium als vom Bedarf abhinge, etwa vom Einkommen. In Ländern, welche die Ge-

sundheitsversorgung durch einkommensabhängige Prämien oder Steuer-gelder finanzieren, entsteht bei steigenden Gesundheitskosten eine Unterfinanzierung. Denn eine Anhebung der Lohnabzüge oder Steuern ist in der Regel nur durch eine Gesetzesänderung möglich und stösst auf grossen politischen Widerstand. Die Folge ist dann häufig eine Rationierung medizinischer Leistungen.

In den letzten Jahren hat der Mechanismus der Prämienfestsetzung in der Schweiz allerdings nicht wie vorgesehen funktioniert. Der zuständige Bundesrat

wollte die Prämien aus politischen Gründen nicht allzu stark ansteigen lassen und zwang die Versicherer im Beitragsgenehmigungsverfahren, ihre Reserven abzubauen. Diese verloren durch die Finanzkrise zusätzlich an Wert, so dass die fehlenden finanziellen Polster zurzeit durch Aufschläge von zum Teil über 10 Prozent aufgefüllt werden müssen. In Wirklichkeit hat der Bund von seiner Befugnis zur Prämienüberprüfung also vor allem dazu Gebrauch gemacht, Senkungen zu erwirken. Das entspricht jedoch nicht der Idee, die diesem Mechanismus zu Grunde liegt. Die Prämien genehmigung durch den Bund wurde vielmehr zur Verhinderung zu tiefer Prämien eingeführt. Da die Versicherten die Krankenkasse jährlich wechseln können, stehen letztere im Wettbewerb und haben einen Anreiz, ihre Prämien möglichst tief anzusetzen. Der Bund muss diese genehmigen, damit die Versicherer nicht auf ein unverantwortlich tiefes Niveau gehen.

Der Versicherungsschutz hat relativ grosse Lücken:

Obwohl die gesetzliche Krankenversicherung in der Schweiz grundsätzlich der gesamten Bevölkerung eine erstklassige medizinische Versorgung ermöglicht, weist der Versicherungsschutz ein paar empfindliche Lücken auf. Eine ist die Zahnmedizin, die - abgesehen von wenigen Ausnahmen im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen - nicht zum Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Eine andere ist die Langzeitpflege, von welcher die gesetzliche Krankenversicherung nur einen Anteil übernimmt - im landesweiten Durchschnitt bisher rund 20 Prozent der effektiven Kosten (11). Nochmals erinnert sei in diesem Zusammenhang auch an die nicht vorgeschriebene Absicherung des Erwerbsausfalls im Krankheitsfall. In anderen europäischen Ländern sind diese Bereiche durch die Krankenversicherung oder die staatliche Gesundheitsfinanzierung gedeckt.

Die Selbstbeteiligung ist traditionell hoch:

In der schweizerischen Sozialpolitik wird die Selbstverantwortung gross geschrieben. Deshalb sieht das KVG drei

Elemente der Selbstbeteiligung vor. Das erste Element ist die Franchise von zurzeit mindestens 300 Franken pro Jahr. Bis zu diesem Betrag hat jede und jeder (mit Ausnahme von Kindern) sämtliche Behandlungskosten selber zu tragen. Erst wenn die Behandlungskosten im Laufe eines Jahres die Franchise übersteigen, richtet die Krankenkasse Leistungen aus. Auch von den die Franchise übersteigenden Kosten hat der oder die Versicherte – als zweites Element der Selbstbeteiligung – 10 Prozent als Selbstbehalt zu übernehmen. Pro Jahr ist der Selbstbehalt allerdings auf 700 Franken begrenzt (für Kinder auf 350 Franken). Somit muss jede und jeder pro Jahr insgesamt mit einer Selbstbeteiligung von mindestens 1000 Franken rechnen. Das System von Franchise und Selbstbehalt existiert schon seit Jahrzehnten. Die Grenze der Selbstbeteiligung wurde in letzter Zeit allerdings angehoben (auf Anfang 2004 beispielsweise von 830 auf 1000 Franken pro Jahr).

Als drittes Element der Selbstbeteiligung kommt bei Spitalaufenthalten eine Taxe von 10 Franken pro Tag dazu. Diese betrifft jedoch nur Singles. Wer mit Familienangehörigen in gemeinsamem Haushalt lebt, muss die Taxe nicht bezahlen. Die Spitaltaxe ist ein relativ neues Instrument, das auf Anfang 1993 durch einen dringenden Bundesbeschluss eingeführt worden war und ins neue KVG übernommen wurde.

Die Versicherung bietet relativ viele Varianten

Als das neue KVG entstand, begann sich die Gesundheitsökonomie verstärkt für neue Instrumente wie ‚Managed Care‘ zu interessieren. Um Experimente in diese Richtung zu ermöglichen, lässt das KVG verschiedene Versicherungsvarianten zu. Die häufigste ist die Möglichkeit, die Selbstbeteiligung (konkret die Franchise) zu erhöhen. Die höchst mögliche Franchise beträgt zurzeit 2500 Franken pro Jahr, womit sich je nach Krankenkasse eine Prämienreduktion von über 40 Prozent erzielen lässt. Im Jahr 2007 haben sich 53 Prozent aller erwachsenen Versicherten für eine höhere Franchise entschieden, für die höheren Stufen von über 1000 Franken jedoch nur 22 Prozent (12).

Ebenfalls als frei wählbare Variante der Krankenversicherung sind seit 1996

so genannte Managed Care-Modelle möglich. In diesen Systemen steht den Versicherten nur eine eingeschränkte Arzt- und Spitalwahl zu. Sie müssen sich zuerst immer an einen Arzt oder eine Ärztin wenden, die in einem speziellen Vertragsverhältnis zum Versicherer steht und darüber wacht, dass keine Doppelspurigkeiten und unnötigen Leistungen in Anspruch genommen werden. Der Zulauf zu dieser Variante war anfänglich gering, hat aber zugenommen. Im Jahre 2003 hatten sich nur 8.2 Prozent der Versicherten dafür entschieden und damit 10–20 Prozent Prämie gespart (13), im Jahr 2007 waren es schon 16.6 Prozent (14). Ursprünglich hatte man sich von diesen Modellen eine kostensenkende Wirkung versprochen. Wie sich inzwischen zeigte, kommen die Kosteneinsparungen bei dieser Versicherungsvariante aber vor allem dank einer Risikoselektion zustande, weil sich vorwiegend gesunde Versicherte dafür entscheiden (15).

Zurzeit berät das Parlament über eine Gesetzesänderung, die für die Versicherten wesentlich stärkere Anreize zum Anschluss an ein derartiges System schaffen soll. Wer die freie Arztwahl beibehalten will, wird in Zukunft voraussichtlich nicht nur mehr Prämie bezahlen, sondern auch eine Selbstbeteiligung von maximal 1700 statt 1000 Franken tragen müssen (Selbstbehalt von 20 Prozent, maximal Fr. 1400 pro Jahr, dazu Fr. 300 Franchise). Indem der Anreiz nicht nur nicht mehr nur aus einem Prämienrabatt, sondern auch aus einer unterschiedlichen Selbstbeteiligung besteht, soll der Anschluss an ein solches Modell auch für chronisch Kranke attraktiv werden. Im Vordergrund steht in der gegenwärtigen politischen Debatte weniger das Ziel, dass die Patientinnen und Patienten weniger medizinische Dienstleistungen in Anspruch nehmen, sondern vielmehr eine Qualitätssteigerung und Kostensenkung durch die Vernetzung der in einem Managed Care-System zusammengeschlossenen Leistungserbringer. Wirkung zeigen soll dies vor allem bei chronisch kranken Patienten.

Alle Versicherungsvarianten mit Prämienrabatt durchlöchern allerdings ein Stück weit die Solidarität. Denn mehrheitlich entscheiden sich dafür Versicherte, die mit keinen nennenswer-

ten Krankheiten rechnen. So hatten im Jahr 2005 70 Prozent der 16–25-Jährigen eine erhöhte Franchise gewählt, aber nur 30 Prozent der über 86-Jährigen (16).

Vor Inkrafttreten des neuen KVG im Jahre 1996 sah das Gesetz keine derartigen Varianten vor. Trotzdem war das Versicherungsangebot vielfältiger, weil das Gesetz den Krankenkassen nur Mindeststandards und Mindestleistungen vorschrieb. Darüber hinaus durften sie ihr Angebot frei gestalten. Grundsätzlich nicht möglich waren nach dem früheren Gesetz Managed Care-Systeme. Durch eine Verordnungsänderung im Dezember 1989 ermöglichte der Bundesrat jedoch Versuche mit solchen Modellen. Und im Januar 1990 wurde in Zürich dann die erste HMO-Gruppenpraxis eröffnet.

Gesamtbeurteilung:

Zum Schluss stellt sich natürlich die Frage, ob die schweizerische Regelung der Krankenversicherung ein Vorbild für andere Länder sein kann? Der legendäre sozialdemokratische Bundesrat Hanspeter Tschudi meinte nein. Er erklärte in den 1960er-Jahren: „Kein Mensch würde dieses komplizierte Krankenversicherungssystem, das sich nun historisch herausgebildet hat, neu schaffen“ (17). Tatsächlich ist das schweizerische System der Krankenversicherung im Wesentlichen ungeregelt entstanden. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden verschiedene Krankenkassen mit unterschiedlichem Leistungsumfang gegründet. Sie standen meistens nur einem geschlossenen Personenkreisen offen. Somit war die Solidarität damals auf begrenzte Gruppen beschränkt, die sich zum grossen Teil über ihren Beruf definierten.

Nachdem der Versuch, eine Kranken- und Unfallversicherung nach deutschem Vorbild zu schaffen, im Jahre 1900 am Referendum gescheitert war, legte der Bundesrat eine neue Gesetzesvorlage vor, die 1914 in Kraft trat und bis 1995 die Grundlage der schweizerischen Krankenversicherung bildete. Dabei handelte es sich im Grunde nur um ein Subventionsgesetz. Es sah für Krankenkassen, die sich der Bundesaufsicht unterstellten, Bundesbeiträge vor, sofern sie gewisse Mindestleistungen garantierten (18). Mit diesen Bundes-

beitragen wurde ein Element von gesamtgesellschaftlicher Solidarität eingeführt. Zudem garantierte die damalige Regelung immerhin der gesamten Bevölkerung den Beitritt zu einer Krankenkasse.

Die Solidarität war aber nach wie vor auf begrenzte Gruppen beschränkt. In den 1980er und 1990er Jahren spitzte sich die Situation dann insofern zu, als es zu einer extremen Risikoselektion kam. Gewissen Krankenkassen gelang es, vor allem junge Leute zu versichern. Entsprechend günstig waren deren Beiträge. Daneben gab es „überalterte“ Kassen, für deren Mitglieder die Beiträge beinahe unerschwinglich wurden. Auch der (damals noch nicht einheitliche) Leistungsumfang war bei diesen letzteren Kassen eher geringer. Möglich war dies, weil die Krankenkassenprämien bis Ende 1995 vom Eintrittsalter abhingen. Wer jung einer Krankenkasse beitrat, bezahlte sein Leben lang einen günstigen Beitrag. 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 es in der Hand hatten, Neueintritte zu steuern. Die Solidarität zwischen allen Einwohnerinnen und Einwohnern des Landes spielte weniger denn je.

Seit dem Inkrafttreten des neuen KVG am 1. Januar 1996 ist diese Form von Risikoselektion nicht mehr möglich. Seither muss jede Krankenkasse jede beitragswillige Person aufnehmen, sei diese auch noch so alt und krank. Und die Krankenkassenprämien sind altersunabhängig. Somit kann jede und jeder jederzeit zur günstigsten Kasse wechseln. Damit wurde eine die gesamte Bevölkerung umfassende Solidarität verwirklicht, die jedoch keine Umverteilungskomponente zwischen den verschiedenen Einkommens- und Vermögensklassen umfasst.

Mit dem neuen KVG wurden auch die letzten Reste von auf die Arbeitnehmenden beschränkter Solidarität beseitigt und konsequent die Solidarität unter der gesamten Bevölkerung verwirklicht. Das neue System brachte einen lückenlosen Versicherungsschutz, welcher der gesamten Bevölkerung eine

gleichermassen hoch stehende Gesundheitsversorgung garantiert. Gleichzeitig wurden die Krankenkassen einem verschärften Wettbewerb ausgesetzt. Sie müssen günstige Prämien anbieten, sonst wechseln die Versicherten zur Konkurrenz. Dadurch verflüchtigte sich bei den Kassen mehr und mehr der Selbsthilfegedanke. Sie wurden sozusagen zu Unternehmen (auch wenn sie mit der obligatorischen Versicherung keine Gewinne machen dürfen).

Ohne die Reform von 1996 wäre die vorherige Entsolidarisierung fortgeschritten und wohl bald einmal unumkehrbar geworden. Das neue KVG war ein behutsam austarierter politischer Kompromiss, dessen Zustandekommen weitgehend das Verdienst von CVP-Bundesrat Flavio Cotti und des freisinnigen Ständerats Otto Schoch war. Trotzdem stiess es auf grossen Wider-

stand. Es gab ein Referendum dagegen. Und in der Volksabstimmung von Anfang Dezember 1994 sprachen sich nur 51.8 Prozent der Stimmberechtigten für das neue KVG aus. Die Kritik daran ist seither nie verstummt. Ideal ist das heutige KVG sicher nicht. In der damaligen Situation war es aber die einzige (knapp) mehrheitsfähige Möglichkeit, um ein sozialpolitisches Desaster abzuwenden.

Beim vorliegenden Text handelt es sich um einen aktualisierten und überarbeiteten Beitrag für den Kongress ‚Wohlstand durch Gerechtigkeit‘ vom 1./2. September 2005 in Basel. Der Kongressbeitrag ist erschienen in ‚Wohlstand durch Gerechtigkeit, Deutschland und die Schweiz im sozialpolitischen Vergleich‘, herausgegeben von Erwin Carigiet, Ueli Mäder, Michael Opielka und Frank Schulz-Nieswandt, Rotpunktverlag, Zürich, 2006.

Fussnoten:

- (1) Verzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer des BAG. <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/index.html?lang=de>; NZZ 11.05.2010
- (2) In der Stadt Zürich hatten im Jahre 2004 89 Prozent der Betriebe eine Krankentaggeldversicherung für ihre Mitarbeitenden abgeschlossen. Das zeigt die Studie ‚Erwerbserersatz bei Mutterschaft und für Dienstleistende. Eine Umfrage bei Unternehmen in der Stadt Zürich‘, Autorin: Caroline Roggo, Hrsg: Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann der Stadt Zürich, Zürich 2004
- (3) Massgebend ist Art. 324a des Obligationenrechts, wonach der Arbeitgeber im Krankheitsfall „im ersten Dienstjahr den Lohn für drei Wochen und nachher für eine angemessene längere Zeit“ zu entrichten hat. Die Arbeitsgerichte von Basel, Bern und Zürich haben unterschiedliche Skalen zur Dauer des Lohnanspruchs entwickelt. Ab drei Jahren Anstellungsdauer dauert der Anspruch auf Lohnfortzahlung fast überall zwei Monate.
- (4) Historisches Lexikon der Schweiz, Stichwort Krankenversicherung (Bernard Degen)
- (5) <http://www.sozialemedizin.ch/?p=888>
- (6) Bundesamt für Gesundheit: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2008, www.bag.admin.ch
- (7) Bundesamt für Statistik, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2007, S. 24
- (8) Bundesamt für Statistik, Gesundheitskosten in der Schweiz: Entwicklung von 1960 bis 2000, Neuchâtel 2003, Seiten 10 f.

- (9) Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6.11.1991, Bundesblatt 144, Jahrgang (1992) Bd. 1, Seite 192
- (10) Bundesamt für Gesundheit: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2008, letzte Änderung 25.1.2010, <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/index.html?lang=de>
- (11) Thomas Wahlster, die Neuordnung der Pflegefinanzierung, Soziale Medizin 4.09, S. 21 ff.
- (12) http://www.santesuisse.ch/de/dyn_output_graphic_detail.html?content.cdid=24601&navid=416
- (13) Bundesamt für Gesundheit: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2003, Seite 4
- (14) http://www.santesuisse.ch/de/dyn_output_graphic_detail.html?content.cdid=24605&navid=416
- (15) Stefan Felder und Andreas Werblow in Neue Zürcher Zeitung, 2.3.2004
- (16) santésuisse, Brennpunkt 2/05
- (17) Zitat aus Gerhard Kocher, Verbandseinfluss auf die Gesetzgebung – Aertzeverbindung, Krankenkassenverbände und die Teilrevision des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes 1964, Diss. Bern 1967, Seite 17, abrufbar unter http://www.stub.unibe.ch/download/eldiss/67kocher_g.pdf
- (18) Historisches Lexikon der Schweiz, Stichwort ‚Krankenversicherung‘ (Bernard Degen) sowie ‚Ludwig Forrer‘ (Walter Labhardt)

Widerspruch 58

„Steuergerechtigkeit – umverteilen!“

Gerade rechtzeitig vor der Volksabstimmung „Für faire Steuern“ legt die Zeitschrift „Widerspruch“ in ihrer neusten Nummer 58 ein umfangreiches Heft „Steuergerechtigkeit – umverteilen!“ vor. In dreizehn Beiträgen werden die vielfältigen Aspekte und Fragen der aktuellen Steuerdebatte in der Schweiz und Deutschland erörtert. So bleiben nach Andreas Missbach und Mark Herkenrath die Steuerflucht und die Rolle der Schweizer Banken weiterhin ein Skandal, ebenso die Strategien der Steuervermeidung und –hinterziehung der multinationalen Konzerne, wie Bruno Gurtner recherchiert hat.

Den Auswirkungen der öffentlichen Budgetpolitik auf die nach wie vor herrschende „Arbeitsteilung“ zwischen den Geschlechtern und auf die vorwiegend von Frauen getragene unbezahlte Versorgungs- und Betreuungsarbeit geht Mascha Madörin nach; sie untersucht akribisch die ökonomische Zusammenhänge von Steuerpolitik, Care- und Genderregimes in der Schweiz. Auch in der Entwicklungszusammenarbeit der Schweiz kommt seit einigen Jahren das Instrument des Gender Budgeting zur Anwendung; eine Bilanz zieht Annemarie Sançar.

Beindruckend zu lesen sind im spannenden Diskussionsteil die Ausführungen von Franco Cavalli über die Pharmaindustrie, die globale Krebsbekämpfung und deren Folgen in der Dritten Welt. Mit Blick auf die bevorstehende Volksabstimmung über die „Ausschaffungsinitiative“ kommentieren Heiner Busch und Balthasar Glättli die SVP-Parole „Ausländerkriminalität“, den Gegenvorschlag und die Positionen der Linken. Marginalien, längere Rezensionen und die Zeitschriftenschau schliessen das Heft ab.

Widerspruch 58, Steuergerechtigkeit – umverteilen! 252 S., Fr. 25.-, Bestellung: www.widerspruch.ch / Buchhandel

Sozialfirma Riedikon:

Einjähriges Jubiläum!

Die Sozialfirma AG aus Riedikon feierte am 21. Mai 2010 im kleinen Kreis ihr einjähriges Jubiläum. Der Verwaltungsrat und die Geschäftsleitung blickten auf ein gelungenes, erstes Geschäftsjahr zurück und planen bereits weitere Dienstleistungsangebote.

Die Geschichte der noch jungen Sozialfirma AG in Riedikon ist kurz und eindrücklich: Im Januar 2009 gegründet, übernahm am 1. April 2009 Marcel Morf die Stelle als Geschäftsführer und baute die Firma mit Engagement und fundiertem Fachwissen auf. Am 1. September 2009 startete der erste Geschäftsbereich „putzundglanz“ seine operative Tätigkeit. Zum Jahresende waren fünf Personen zu mindestens 50% beschäftigt. Und der Output lässt sich sehen: „putzundglanz“ verschafft der Sozialfirma inzwischen bereits Abonnementsverträge in der Höhe von über CHF 300'000 pro Jahr. Vor kurzem wurde der zweite Geschäftsbereich „baumundgrün“ lanciert, weitere Geschäftsbereiche sind in Planung.

Ein Geschäftsmodell mit Vorbildcharakter

Das Kernkonzept der Sozialfirma ist in dieser Form einzigartig: So arbeiten Menschen ohne und mit einer psychisch bedingten Leistungsbeeinträchtigung oder mit Integrationsschwierigkeiten Hand in Hand zu gleichen Konditionen zusammen. Die Firma funktioniert nach marktwirtschaftlichen Regeln und versteht sich als Teil des ersten Arbeitsmarktes, was sich an den Arbeitsbedingungen zeigt: Sämtliche Mitarbeitenden erhalten orts- und branchenübliche Löhne, Festanstellungen mit mindestens 50 Stellenprozenten und die Möglichkeit einer Berufskarriere. Im Gegenzug wird von ihnen auch eine verbindliche Leistungsbereitschaft erwartet. Diese Ausgangslage ermöglicht der Sozialfirma im Endeffekt, ihren Anspruch

als Premium-Anbieter zu realisieren und Dienstleistungen auf qualitativ hohem Niveau anzubieten.

Positiver Rück- und Ausblick des Verwaltungsrates

Anlässlich des einjährigen Jubiläums zog der Verwaltungsrat an der Feier am 21. Mai 2010 eine erste Zwischenbilanz, welche äusserst positiv ausfällt: Die Idee und Zielsetzungen stiessen bisher auf gute Resonanz in der Öffentlichkeit, bei Behörden und bei Auftraggebern. Entsprechend zuversichtlich wirken die Verantwortlichen. Sie planen einen kontinuierlichen Ausbau der bestehenden Angebote und die Lancierung neuer Dienstleistungen. Die Ziele sind laut Geschäftsführer Marcel Morf klar definiert: „Wir streben einen Jahresumsatz von CHF 450'000 an und der Mitarbeiterbestand soll bis Ende 2010 auf 800 Stellenprocente wachsen.“

Die Sozialfirma AG sucht immer nach neuen Aufträgen und interessanten Projekten für eine Zusammenarbeit. Marcel Morf, Geschäftsführer der Sozialfirma, freut sich auf die Kontaktaufnahme.



Für Fragen und weitere Informationen:
 Marcel Morf, Geschäftsführer
 Turicaphonstrasse 31, 8616 Riedikon
 Telefon 044 944 60 44 info@diesozialfirma.ch
www.diesozialfirma.ch



Theda Borde, Matthias David,
Ingrid Papies-Winkler (Hrsg.)

Lebenslage und gesundheitliche Ver- sorgung von Menschen ohne Papiere

Mabuse-Verlag, Frankfurt, 248 Seiten,
ca. SFr. 38.-- , ISBN 978-3-940529-
36-7

dg. Dieser Band befasst sich mit der Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers, Menschen ohne Papiere, undocumented migrants, Illegalen...oder wie immer diese Menschen benannt werden. Zuerst wird festgehalten, dass medizinische Versorgung ein Menschenrecht ist, das höher zu bewerten ist als die Bestimmungen nationaler Ausländergesetze. In Deutschland sind alle amtlichen Stellen gesetzlich unter Strafanordnung verpflichtet, Sans-Papiers den Behörden zu melden, dies im Unterschied zu den meisten EU-Ländern und auch der Schweiz. Vorgestellt wird das europäische Netzwerk PICUM (Platform for international cooperation on undocumented Migrants), das zum Ziel hat, Standards in Europa zu verbessern und weiterzuentwickeln. Dazu werden vergleichende Studien durchgeführt, Seminare abgehalten, den regionalen Anlaufstellen Informationen zur Verfügung gestellt und bei Regierungen interviert.

Es werden Modelle der parallelen Gesundheitsversorgung in Berlin und

Köln vorgestellt, die Problematik des Aufbaus von Parallelstrukturen dargestellt und die Integration der Sans-Papiers in die Regelversorgung gefordert, z.B. mittels anonymem Krankenschein oder mittels Fonds, bei denen die behandelnden ÄrztInnen und Spitäler ihre Leistungen geltend machen können. Erwähnung findet auch die Schweizer Lösung, welche die ehemalige Bundesrätin Ruth Dreifuss als eine ihrer letzten Amtshandlungen in Kraft setzte: Krankenversicherungen sind verpflichtet, jede in der Schweiz lebende Person aufzunehmen. Dass die Versicherungen dies nur widerwillig tun (meistens müssen Beratungsstellen nachhelfen) und dass die Kosten für die Prämienhoch sind, sind weitere ungelöste Probleme.

Eine Artikelsammlung, die eine Fülle von Informationen und Literaturhinweisen enthält und auch für uns in der Schweiz interessant ist.



Demenz

«Ich spreche für mich selbst»

Menschen mit Demenz melden sich
zu Wort

Menschen mit Demenz sind nach landläufiger Vorstellung alt, pflegebedürftig und hilflos. Das ist ein völlig schiefes Bild.

Es wird viel über Menschen mit Demenz gesprochen, aber wenig mit ihnen.

Auch und gerade, wenn es um die Frage geht, wie sie unterstützt werden können. Das ist ein gesellschaftliches Armutszeugnis.

In diesem Buch ergreifen Menschen mit Demenz das Wort. Sie artikulieren Wünsche und Forderungen, an das unmittelbare soziale Umfeld und an die Gesellschaft. Auch Stimmen aus Ländern, in denen bereits eine organisierte Selbstvertretung von Menschen mit Demenz existiert, wurden in den Band aufgenommen.

Ein inspirierendes und aufrüttelndes Buch. Es wird seinen Beitrag leisten, dass zukünftig mehr Menschen mit Demenz mitreden, wenn es um ihre Belange geht.

Demenz Support Stuttgart

Die Arbeit der Demenz Support Stuttgart möchte im Sinne eines Informationstransfers zwischen Wissenschaft und Praxis vermitteln und so einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz leisten. Zum Tätigkeitsspektrum zählen anwendungsorientierte Forschung, Fachveranstaltungen sowie Veranstaltungen für die interessierte Öffentlichkeit, Publikationen, die Aufbereitung von internationalem Forschungswissen sowie Beratungs- und Qualifizierungsangebote.

Seit 2007 besteht eine Kooperation mit dem Mabuse-Verlag in Frankfurt am Main in Form einer Publikationsreihe.

«Ich spreche für mich selbst», Reihe: Demenz Support Stuttgart, 162 Seiten, Mabuse2010, ISBN: 9783940529541, € 16.90

Trainingsprogramm gegen depressive Verstimmung

BALANCE – für mehr Lebensfreude im Alter

BALANCE, das Trainingsprogramm gegen depressive Verstimmung entstand als Teil eines Projektes des Caritas Zentrums München West, „Leben im Alter – wohnen daheim“ und wurde von der

Psychologischen Psychotherapeutin Christine A. Lechner entwickelt. Um junge Senioren und um ältere Menschen geht es in diesem Buch, das in zwölf Einheiten erarbeitet und darstellt, was erforderlich ist, um sich nicht hilflos der Schwermut beziehungsweise Depression ausgeliefert zu fühlen. Lieder und Entspannungsübungen, die die beigefügte Audio-CD enthält, helfen dabei. „BALANCE – für mehr Lebensfreude im Alter“ ist in erster Linie als Anleitung für Multiplikatoren gedacht. Hierzu zählen: Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Theologinnen und Theologen, Pflegekräfte in der Altenarbeit sowie Betroffene und ihre Angehörigen.

Christine A. Lechner, „BALANCE – für mehr Lebensfreude im Alter. Ein Trainingsprogramm gegen depressive Verstimmung“, 1. Auflage, kartoniert, broschiert, 96 Seiten, mit Audio-CD, Preis: EUR 15,50, SFr. 26,90 ISBN: 978-3-7841-916-8, www.lambertus.de



Fachtagung

Sozial ausgegrenzt – psychisch krank

Ansätze zur Prävention und Integration. 8. Nationale Fachtagung SRK in Bern, Donnerstag, 23. September 2010

Im Europäischen Jahr zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung widmet sich die Tagung des SRK dem Zusammenhang von sozialer Ausgrenzung und psychischer Belastung.

Die Tagung fragt nach den Ursachen von sozialer Ausgrenzung und psychischer Belastung und untersucht die Auswirkungen für Betroffene und die Gesellschaft. Diskutiert werden Massnahmen zur Prävention psychischer Belastung und zur Entstigmatisierung von Betroffenen. Anhand von Beispielen aus der Praxis werden Ansätze für die gesellschaftliche Wiedereingliederung aufgezeigt.

Weitere Informationen: katrin.schoeni@redcross.ch, Telefon 031 960 76 24

Caritas Forum 2011 – die sozialpolitische Tagung der Caritas.

Ist Alterspflege Privatsache?

Freitag, 14. Januar 2011, 9.30 bis 15.30 Uhr.
Kultur-Casino, Herrengasse 25, Bern

Eine Tagung für:

- Mitarbeitende von Organisationen im Sozialbereich
- Fachleute aus Wirtschaft, Politik und Verwaltung
- Fachleute und Studierende der Sozialwissenschaften
- Sozialarbeitende
- Caritas-Verbandsmitglieder
- Medienschaffende
- weitere Interessierte

Programm

Konferenzsprachen: Deutsch und Französisch (mit Simultanübersetzung)
Mit Ausschnitten aus Filmen von Marianne Pletscher, Schweizer Fernsehen, DOK

Ab 9.00 Uhr	Empfang, Begrüssungskaffee
9.30 Uhr	Eröffnung – Fulvio Caccia, Präsident Caritas Schweiz
9.40 Uhr	Arme Alte – reiche Alte: Soziale Ungleichheit im Pflegealltag Referat von Otto Piller, Präsident Curaviva Schweiz
10.20 Uhr	Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: Luxus oder Notwendigkeit? Referat von Katharina Amacker, Leiterin Unternehmenskommunikation Swisscom
11.00 Pause	
11.20 Uhr	Wer bezahlt die Pflege? Referat von Pierre-Yves Maillard, Regierungsrat Waadt, Gesundheits- und Sozialdepartement
12.00	Mittagspause
13.30 Uhr	Alterspflege in der Schweiz: Strategien für eine soziale Zukunft Referat von Martin Mezger, ehemaliger Direktor Pro Senectute Schweiz und selbstständiger Berater
14.15 Uhr	Podiumsdiskussion: Ist Alterspflege Privatsache? Podiumsgespräch mit: – Otto Piller – Katharina Amacker – Martin Mezger geleitet und moderiert von: Iwan Rickenbacher
15.20 Uhr	Schlusswort – Hugo Fasel, Direktor Caritas Schweiz
15.30 Uhr	Ende der Tagung

Kosten

Im Preis inbegriffen sind die Kosten für das Mittagessen sowie die Tagungsdokumentation.

Normaltarif	Fr. 220.– bei Anmeldung bis zum 1.12.2010, danach gilt der Solidaritätstarif
Ermässigtar Tarif	Fr. 100.–, mit Legi oder KulturLegi
Solidaritätstarif	Fr. 250.–, damit ermöglichen Sie Studierenden und Armutsbetroffenen eine vergünstigte Teilnahme

Anmeldung

Die Anmeldung erfolgt schriftlich oder telefonisch an das Tagungssekretariat:
Caritas Schweiz, Bereich Kommunikation
Löwenstrasse 3, Postfach, CH-6002 Luzern
Telefon: +41 41 419 22 22, Telefax: +41 41 419 24 24
E-Mail: info@caritas.ch, Internet: www.caritas.ch
Anmeldeschluss: 7. Januar 2011

Nach Eingang Ihrer Anmeldung wird Ihnen eine Rechnung, eine Anmeldebestätigung und ein Lageplan zugestellt. Bei einer Abmeldung bis zum 7. Januar werden Ihnen 50 Prozent der Gebühren zurückerstattet, ab dem 7. Januar erstatten wir keine Anmeldegebühren zurück.