



Gestaltung: Stefan Witschi
Foto: Fritz Witschi

Magazin & Rubriken

- 4 Kein Zwang zu Managed Care, deshalb Referendum!
Fritz Witschi
- 6 Von Migration und Integration in der Sozialen Medizin
Lenka Svejda-Hirsch
- 7 Die VUA verabschiedet sich von der Sozialen Medizin
- 8 Vier Jahrzehnte Heil- und Sonderpädagogik
Riccardo Bonfranchi
- 10 Infos aus der Genwelt
Basler Appell gegen Gentechnologie
- 12 „55plus“ geht nicht auf
Ruedi Spöndlin
- 13 Van: Hilfe aus Basel für die Erdbebenopfer
Anne-Lise Hilty
- 20 Massnahmen gegen Pflegenotstand
Rahel Stuker
- 22 Die Unsicherheit, jemanden „gehen“ zu lassen
Angelina Horber-Marinello
- 24 Med in Switzerland: Auf der Couch mit der globalen Gesundheit
Martin Leschhorn (Medicus Mundi Schweiz)
- 55 Salud Mental Comunitaria in El Salvador
Ruth Waldvogel
- 57 El Salvador: Dauerregen führt zu Katastrophe
Ruth Waldvogel
- 74 Bücher und Filme
- 76 Patentverbot für embryonale Stammzellen
Alex Schwank

Medizin für Sans Papiers

- 14 Grundrechte statt Doppelmoral
Daniel Gelzer
- 15 Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht
Interview mit Corina Gross und David Winizki (Daniel Gelzer)
- 19 Gesundheitsversorgungs- und Beratungsstellen für Sans Papiers
Rita Bossart

Aids, Lesotho, Afrika

- 26 Zuerst musste das Schweigen gebrochen werden
Käti Ensner, Fritz Witschi
- 43 SolidarMed in Lesotho
- 44 „It hurts“, sagt Lerato
- 45 HIV-Tag im Health-Center in Makhunoane
- 48 Im Schatten von HIV
Niklaus Labhardt
- 51 Spekulationen um ein Virus
Ruedi Spöndlin

Spitex

- 58 Arbeit in privaten Pflegediensten
Susy Greuter

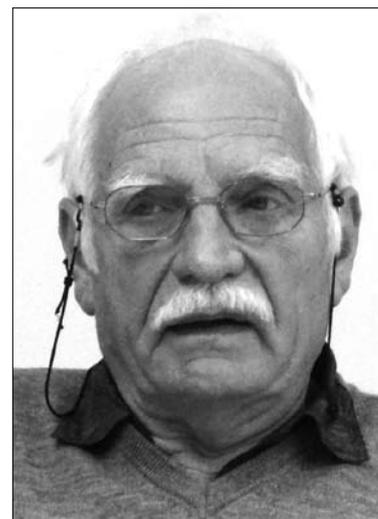
38 Jahre Soziale Medizin

- 64 „... dass es die Soziale Medizin nicht mehr geben wird“
Gesprächsrunde der Redaktionsgruppe mit Ueli Mäder

SGSP

- 31 Info der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SGSP)

Kein Zwang zu Managed Care, deshalb Referendum!



Für Patienten mit schmalen Budget würde die freie Arztwahl zum unerschwinglichen Luxus und die Budgetmitverantwortung wäre ein Anreiz zur Unterversorgung. Aus diesen Gründen unterstützt die Herausgeberin der Sozialen Medizin, die Schweizerische Gesellschaft für ein Soziales Gesundheitswesen (SGSG), das Referendum gegen die vom Parlament beschlossene Gesetzesrevision ‚Managed Care‘.

Die Reform der Grundversicherung hat mit dem Beschluss der eidgenössischen Räte vom 30. September zur sogenannten ‚integrierten Versorgung‘ beziehungsweise ‚Managed Care‘ einen Abschluss gefunden. Die nach langen und zähen Verhandlungen beschlossene Lösung besteht im Kern darin, dass die heute geltende freie Arztwahl extrem verteuert und dadurch für Normalverdiener real nicht mehr bezahlbar würde. Die SchweizerInnen bezahlen bereits heute einen viel höheren Anteil der Gesundheitskosten aus eigener Tasche als alle anderen EuropäerInnen, nämlich 31% der gesamten Gesundheitskosten, 19 von insgesamt 60 Milliarden. Durch die Erhöhung der Selbstbeteiligung würde die Vorlage ‚Managed Care‘ diesen Anteil erhöhen.

Freie Arztwahl wird zum Luxus

Wer in Zukunft dieselben Leistungen wie heute beziehen will, müsste pro Jahr zusätzliche 300 Franken Selbstbehalt

Fritz Witschi, Architekt HTL, langjähriger Geschäftsleiter SGSG / Soziale Medizin

“

Der Anreiz oder die Tendenz zur Unterversorgung der PatientInnen wäre damit offenkundig und ins System integriert, was eine Rationierung medizinischer Leistungen begünstigt.

bezahlen, insgesamt 1'000 statt wie bisher 700 Franken. Zudem würde der prozentuale Selbstbehalt von 10 auf 15% erhöht. In der Praxis bedeutet dies, dass der selbst zu bezahlende Betrag wesentlich rascher wachsen und der Maximalbetrag auch bei kleineren Behandlungen schnell erreicht würde. Ein kinderloses Ehepaar müsste so jährlich neu mit maximal 2'000 Franken Selbstbehalt rechnen, also mit einer zusätzlichen Belastung von 600 Franken ohne Anrecht auf eine Mehrleistung.

Mit der enormen Verteuerung der bisherigen Versorgung mit freier Arztwahl wird Druck ausgeübt, damit diejenigen, die sich das nicht leisten können oder wollen, sich integrierten Netzwerken anschliessen. Diesen soll neu ein Selbstbehalt von 500 statt wie bisher 700 Franken belastet werden, d.h. sie würden 200 Franken günstiger fahren. Der prozentuale Selbstbehalt von aktuell 10% würde jedoch nicht gesenkt, wie dies von verschiedenster Seite gefordert wurde. Auch hier würde der maximale Betrag des Selbsthalts somit erheblich

schneller erreicht. Der ständige Anstieg der Gesundheitskosten beschleunigt diesen Effekt noch zusätzlich!

Die integrierten Netzwerke sollen obligatorisch eine sogenannte Budgetmitverantwortung übernehmen: Die Einzelheiten der Vergütung würden nebst dem Datenaustausch und der Qualitätssicherung in einem Vertrag zwischen Netzwerk und Versicherer festgelegt, allerdings zwingend mit einer Erfolgs- bzw. Verlustbeteiligung des Netzes. Die Budgetmitverantwortung bedeutet also: Je weniger Kosten das Netzwerk den Kassen verrechnet, desto höher sein Gewinn! Der Anreiz oder die Tendenz zur Unterversorgung der PatientInnen wäre damit offenkundig und ins System integriert, was eine Rationierung medizinischer Leistungen begünstigt.

Wettbewerb zwischen Netzwerken

Die Krankenkassen sollen keinem Vertragszwang unterstehen. Sie könnten

mit denjenigen Netzwerken einen Vertrag abschliessen, mit denen sie dies wollen. Das wären in aller Regel diejenigen, denen für weniger hohe Vergütungen arbeiten. Die Macht der Kassen käme in den Verhandlungen voll zur Geltung. Mit der Konkurrenz der Ärztenetzwerke soll ein Wettbewerb über günstige Leistungen angeheizt werden. Aber zwingende Qualitäts- und Leistungsanforderungen sind in der Managed Care-Vorlage keine enthalten.

Für die PatientInnen dieser Netzwerke, die zu den Verträgen zwischen Kassen und Netzwerken nichts zu sagen haben, gäbe es weitere Hürden: Wer die Kassen *und* die Versicherungsform wechseln will (z.B. zurück zur freien Arztwahl), könnte dies neu nur gegen die Bezahlung einer im jeweiligen Vertrag festgelegten Austrittsprämie tun. Und wer sich für eine mehrjährige Vertragsdauer entschieden hat, könnte zwar die Kasse unter bestimmten Bedingungen wechseln, aber nicht die Versicherungsform! Zu all dem kämen aber auch die schon heute bestehenden Schwierigkeiten bei einem Kassenwechsel hinzu – insbesondere diejenigen, die sich aus der Kombination von Zusatz- und Grundversicherung ergeben. Wie sich diesbezüglich die Verhältnisse entwickeln würden, ist heute nicht abzusehen.

Das Ziel ist klar: Im ganzen Lande soll die integrierte Versorgung durchgesetzt werden. Die freie Arztwahl konnte nicht ganz abgeschafft werden – dem hätten die bürgerlichen Parteien nie zustimmen können. Mit der Einrichtung des Doppelsystems und den finanziellen Zwängen konnte auf ein Obligatorium, das die ganze Vorlage von Anfang scheitern gelassen hätte, in alt bewährter politischer Taktik verzichtet werden.

Zwei parallele Systeme der Grundversorgung

Mit der Vorlage Managed Care würden in der Grundversorgung zwei Systeme nebeneinander geschaffen, zwischen welchen sich die Versicherten grösstenteils unter finanziellem Druck entscheiden müssen. In der Tendenz könnte sich auch das Leistungsangebot der beiden Systeme auseinander entwickeln. Wer über genügend Geld verfügt, müsste



sich die freie Arztwahl nicht nehmen lassen, was noch lange nicht heisst, dass er oder sie unverantwortlich handelt. Denn auch im System mit freier Arztwahl bestehen Steuerungsmöglichkeiten, um einer unvernünftigen Inanspruchnahme von Leistungen entgegenzuwirken.

Sollte das neue Doppelsystem angenommen werden, besteht angesichts der bestehenden politischen Mehrheitsverhältnisse die Gefahr, dass die Leistungen in den Ärztenetzwerken eingeschränkt werden, indem bei den Vertragsabschlüssen mit den Krankenkassen am Leistungskatalog geschraubt wird.

Die bisherigen echten Netzwerke auf freiwilliger Basis, in welchen die Versicherten von einer Prämienvergünstigung profitieren, sind eine gute, in der Praxis erfolgreiche Form der Grundversicherung. Sie verfügen über einen guten Leistungsausweis und bieten eine hohe Qualität. Deshalb sollten sie gefördert und erhalten werden. Durch die neue Budgetmitverantwortung würden sie aber in Frage gestellt. Gerade die Versicherten, die sich schon bisher dieser freiwilligen Versicherungsform angemessen haben, würden von den in der Managed Care-Vorlage enthaltenen Selbstbehaltlimiten nicht profitieren. Diese sind heute schon auf dieser Höhe, und zwar ohne die neuen institutionellen Hürden betreffend Kassenwechsel. Nicht unwichtig ist die Tatsache, dass die in der Vorlage enthaltenen Höchst-

beträge des Selbstbehalts vom Bundesrat der Teuerung angepasst werden könnten, also keinesfalls fix sind.

Bekennnis zur freien Arztwahl

Die vom Parlament beschlossene Vorlage hat die Diskussion über eine generelle Lockerung oder gar Aufhebung des Vertragszwangs der Krankenkassen beendet. Die Forderung, dass die Krankenkassen in der gesamten Grundversicherung bestimmen können sollen, welche Arztpraxen ihren Versicherten zur Verfügung stehen, ist vorerst vom Tisch. Mit der Vorlage ‚Managed Care‘ steht die freie Arztwahl aber dennoch zur Disposition, in dem zwei Systeme nebeneinander geschaffen werden sollen. Die Ablehnung dieser hauptsächlich nach finanziellen Kriterien differenzierten Vorlage wäre ein klares Bekenntnis zur freien Arztwahl.

Die SGSG, die Herausgeberin der Sozialen Medizin, hat beschlossen, das von Ärzteorganisationen lancierte Referendum zu unterstützen. Die Ärztekammer der FMH hat sich entsprechend einer Urabstimmung unter den Mitgliedern ebenfalls dafür ausgesprochen. Der Schweizerische Gewerkschaftsbund und insbesondere der VPOD sind ebenfalls bereits mit im Boot. Die Sozialdemokratie und die Grünen werden in den nächsten Wochen entscheiden.

Von Migration und Integration in der Sozialen Medizin: eine lange Geschichte

Zum Abschluss der 38 Jahre Sozialen Medizin in Papierform war ein seriöser Rückblick auf die Berichterstattung zum Thema ‚Migration - Integration und Gesundheit‘ geplant. Wie so oft im Leben, kam es anders. Zum einen hatte der Redaktor keine Zeit gefunden, mir eine repräsentative Auswahl retrospektiver Artikel zukommen zu lassen. Zum anderen war ich auch anderweitig beschäftigt: jede/r dachte, der/die andere würde sich schon melden und plötzlich war der Redaktionsschluss bereits überschritten!

Doch das Thema, das mich – auch in Form der innovativ berichtenden SM – seit meiner Studienzeit begleitet und immer wieder beschäftigt, ist mir zu wichtig, um es einfach auszulassen. Nachfolgend also ein subjektiver, unwissenschaftlicher und aus dem Augenblick geborener Rückblick auf die Thematik. Den Begriff ‚Migration und Kultur‘ brachte vor 1990 ein junger, weitgehend unbekannter Forscher als Gastreferent im Ethnologischen Seminar in Basel ein, er hiess Hans-Rudolf Wicker. Der Vortrag hatte etwas Subversives, wir, die Studenten, waren begeistert. Diese neue, aktuelle politische Dimension, die die Auseinandersetzung mit Migration und Kultur, später auch Gesundheit, hatte, war sehr attraktiv. Meine eigene Sammlung der SM-Printausgaben fängt bei 1995 an und trägt auf dem Titelblatt die Überschrift „Pflegekultur - Kulturpflege“, das Heft thematisiert sowohl



die Patientensicht als auch die der Professionellen in Spitalbetrieben und räsoniert über Ethnologen in Pflorgeteams - geschrieben hat: Daniel Gelzer et al.. Es folgte 1996 eine Tagung zum Thema Einwanderung und Flucht: Überleben - Leben - Zusammenleben, Handlungsmöglichkeiten im Gesundheits- und Sozialwesen als auch ein Tagungsband mit vielversprechenden Voten und Beiträgen. Im Jahr 2000 plädierte das Titelblatt für die Überwindung von Sprach- und Kulturschranken bei „Krankheit in der Migration“. 2002 war ein Heft der „Schattenmedizin für SansPapiers“, der

Therapie für Folteropfer und der Vermittlung zwischen Sprachen und Kulturen gewidmet.

Es folgten Berichte über das Projekt Migrant Friendly Hospital, unterstützt vom BAG, geleitet von einem ehemaligen H+ Direktionspräsidenten. Das war im Jahr 2007: „Gleiche Chancen für unterschiedliche Menschen“ war das Motto - und ist es bis heute geblieben. Hinzu kam die ebenfalls bis heute aktuelle Debatte über Dolmetscher im Spital - eine auf der praktischen Ebene bis jetzt ungelöste Problematik in dem Sinn, dass nach wie vor keiner diese

Leistungen bezahlen will. Und das KVG erst recht nicht. Alle Versuche, Dolmetscher-Kosten gesetzlich darin zu verankern sind kläglich gescheitert. Aber schliesslich haben wir noch andere offene Punkte wie das Managed Care-Modell ... Übrigens auch ein Stichwort, das die SM bereits 2007 aufgegriffen und kritisch debattiert hat. Bereits in Nr. 2/07 hiess es „Demnächst wird sich der Nationalrat mit der Gesetzesvorlage ‚Managed Care‘ befassen“ (S. 59). Drei Seiten weiter folgt „Managed Care und Budgetverantwortung“ ... wiederholt sich denn alles im Leben? Oder sind wir immer noch keinen Schritt weiter gekommen?

Was die Thematik Migration und Gesundheit betrifft, so haben wir uns begrifflich zumindest von der kulturspezifischen, über die interkulturelle, multikulturelle, die Kultur negierende bis hin zur transkulturellen Haltung bewegt, sind von Assimilation zu Integration gelangt, vom Helfen zum „Fördern und Fordern“. Auch wird heute gern in mehrheitsfähigem Tonfall von der „Herausforderung Migration“ geredet, von „Diversity and Inclusion“, der z.B. Novartis eine ganze Abteilung widmet. Diese wird mit Chancengleichheit und „corporate citizenship“ in einem „respectful working environment“ gleichgesetzt. Mit all den akademischen Perspektivewechseln sind dennoch die meisten der Alltagsprobleme geblieben - es sei denn die Menschen mit Migrationshintergrund sind mit uns älter und reifer und eventuell auch integrierter geworden - oder wir der „global society“ gegenüber offener. Wie auch immer, das Thema wird uns sicher noch weiter beschäftigen und das hoffentlich nicht nur in Wiederholungsschleifen. Im Moment sehr beliebt ist der Themenkreis „Migration und Alter“ und angesichts dessen, dass das Alter, älter werden, vollkommen migrationsfrei ist, werden wir uns spätestens da auf Augenhöhe wieder treffen.

LENKA SVEJDA-HIRSCH
Ethnologin + Herausgeberbeirätin SM

Kontakt: Externe Psychiatrische Dienste BL,
4101 Bruderholz. eMail: lenka.svejda@kpd.ch

Die VUA⁺ verabschiedet sich von der Sozialen Medizin

Die SM war mir sehr wichtig als Konsumentin / Abonnentin. - Ich hatte die SM nötig. Ich liess mich von den Debatten zum Denken anregen, von den gelieferten Argumenten wohl auch prägen.

Was die WOZ geschafft hat, kann nicht allen gelingen... schade, schade. Das Verschwinden tut weh.

THERES BLÖCHLINGER

• • • • •

Liebe SM-AutorInnen und -MacherInnen. Vielen Dank für die vielen spannenden, kritischen, anregenden und mit Engagement geschriebenen Artikel, mit denen wir uns in den vergangenen Jahren auseinandersetzen konnten. Sie halfen mit bei der Meinungsbildung und setzten willkommene Kontrapunkte zum journalistischen Einheitsbrei. In diesem Sinne freue ich mich auf die Fortsetzung der Stimme aus Basel, zwar nicht mehr auf Papier, aber mit hoffentlich genauso viel impact wie bisher.

DAVID BRINER

• • • • •

Die SM war für mich als Medizinstudentin nebst der VUA⁺ eine erste Möglichkeit, gesundheitspolitische Einblicke zu erhalten, die über den Tellerrand des Studienalltags hinausreichen, und sowohl das eigene Berufsbild als auch das gesellschaftliche Menschenbild zu reflektieren.

Ich schätzte es sehr, über Themen und Hintergründe informiert zu werden, die in anderen Kommunikationskanälen kaum präsent sind. Spannend

war auch, dass ein gesundheitspolitischer Bezug zu Themen hergestellt wurde, die ansonsten eher unter anderen Gesichtspunkten beleuchtet wurden (beispielsweise Fall Rappaz, AKW's, Stellung der Medizin im Nationalsozialismus). Danken möchte ich der SM auch für die zur Verfügung gestellte Sonderausgabe zur Uni-internen Verteilung an Mitstudierende, die so manch positive Resonanz erzeugte.

Innerhalb des gesundheits- und sozialpolitischen Mainstreams war die SM als kritische Plattform bitter nötig und es stimmt nachdenklich, sehen zu müssen, dass sie in der bisher bestehenden Form nicht weiter getragen werden kann. Schön, dass uns die SM elektronisch erhalten bleibt und dadurch weiterhin die politische Debatte rund um Medizin mitbestimmen wird. Und vielleicht kann ja in Zukunft wieder etwas Neues daraus entstehen.

AYLIN CANBEK

• • • • •

Die Macherinnen und Macher der Sozialen Medizin schafften es ein halbes Menschenleben lang mit Enthusiasmus, ein qualitativ grossartiges nationales und oft auch internationales Forum für Gesundheits- und Sozialpolitik zu gestalten. Noch ist es schwer vorstellbar, auf die spannenden Debatten, die interessanten Interviews, die informativen Artikel, die Stellungnahmen, Kolumnen, ja auch auf die Inserate zu verzichten zu müssen. Da hilft nur der Optimismus, dass eine neue Generation von gesundheits- und sozialpolitischen Aktivistinnen und Aktivisten diese Lücke auffüllt.

DAVID WINIZKI

Heilpädagogik ist ein Thema, mit dem sich die Soziale Medizin seit rund 30 Jahren immer wieder beschäftigt hat. Hier eine Bilanz, was sich in diesem Bereich seither getan hat, sowie ein Ausblick auf die Herausforderungen der Zukunft.

Seit Mitte der 1980er Jahre veröffentlicht die Redaktion der Sozialen Medizin immer wieder Beiträge von mir zu heilpädagogischen Themen. Dafür möchte ich mich hiermit bedanken (umgekehrt möchte die Redaktionsgruppe Riccardo Bonfranchi einen herzlichen Dank für seine Beiträge und sein konzeptionelles Mitwirken aussprechen). Dies stellt für mich aber auch einen Anlass dar, einmal - exemplarisch - zu fragen, was sich im Bereich der Heilpädagogik in diesen knapp vier Jahrzehnten, die ich mittlerweile für den deutschsprachigen Raum überblicken kann, verändert hat oder auch nicht.

1. 1970er Jahre

Hier fällt mir vor allen Dingen ein, dass zum einen eine Reihe von heilpädagogischen Institutionen wie Sonderschulen, Werkstätten und Wohnheime gegründet wurden. Das hat damit zu tun, dass einerseits Geld zur Verfügung gestellt wurde und dass andererseits das Recht auf Bildung auch für Menschen mit geistiger Behinderung nicht mehr in Frage gestellt wurde. Auch die Erwachsenenbildung («Bildungsclubs usw.) für Menschen mit geistiger Behinderung wurde installiert und gefördert. Ebenso wurde die Frühförderung von behinderten Kindern bzw. die Betreuung ihrer Eltern durch Fachleute institutionalisiert. Haben sich diese Institutionen in den letzten 40 Jahren wesentlich verändert? Ich glaube nicht. Sie existieren heute noch und bieten weitgehend das gleiche Angebot wie ehemals. Die Wohnheime entstanden damals aus der Bewegung heraus, die Menschen mit geistiger Behinderung nicht mehr in psychiatrischen Krankenhäusern leben lassen wollte. Heute sind vielen Wohnheimen Aussenwohngruppen angegliedert, aber diese stellen eine Minderheit dar. Die meisten



andreas | flickr

Wieso nicht mehr Kinder mit Down-Syndrom?

Vier Jahrzehnte Heil- und Sonderpädagogik

Menschen mit geistiger Behinderung leben auch heute noch in Wohnheimen, wenn ihre Angehörigen verstorben sind. Natürlich gibt es in den Sonderschulen und Wohnheimen Veränderungen, die die Eigenständigkeit der Menschen mit geistiger Behinderung stärker in den Vordergrund stellen. Aber die Grundstrukturen sind doch mehrheitlich die gleichen geblieben.

2. Neue Informationstechnologien und unterstützte Kommunikation

In der zweiten Hälfte der 1980er Jahre hielten auch der Computer bzw. elekt-

ronische Hilfsmittel Einzug in die Heil- und Sonderpädagogik. Die Diskussionen verliefen damals in den Extrempositionen: Menschen mit geistiger Behinderung dürfen nicht mit solchen Dingen in Kontakt kommen bzw. elektronische Hilfsmittel werden die Behinderung nahezu kompensieren können. Wir wissen heute, dass beides nicht eingetroffen ist. Unterstützte Kommunikation (ehemals AAC = Alternative and Augmentative Communication) ist heute, insbesondere auch in nicht-elektronischer Form, Alltagsgut in der Kommunikation mit Menschen mit geistiger Behinderung geworden. In vielen Klassenzimmern auch von heilpädagogischen Sonderschulen



Es ist nicht abzusehen, dass die Regelschule sich dergestalt verändern würde, dass das Motto «eine Schule für alle» Wirklichkeit werden könnte. Letztendlich handelt es sich hierbei wohl eher um eine Utopie als um eine schulpolitische Realität.

stehen heute PCs und die Schüler und Schülerinnen arbeiten mit entsprechender Lernsoftware. Die Einzelförderung bzw. den Unterricht in den Klassen, vermittelt durch heil- und sozialpädagogisches Fachpersonal, haben sie nicht zu verdrängen vermocht.

3. Pränatale Diagnostik/schwere geistige und mehrfache Behinderung

Dieser Bereich, der von der etablierten Heil- und Sonderpädagogik noch nie richtig zur Kenntnis genommen, geschweige denn aufgearbeitet worden ist, hat dennoch seine Wirkungen über die Jahre hinterlassen. So zeigen Statistiken eindeutig auf, dass es in den heutigen heilpädagogischen Sonderschulen (prozentual) bedeutend weniger Kinder mit z. B. Down-Syndrom gibt. Andere Statistiken geben darüber Auskunft, dass - je nach Region - bis zu 96 % der Schwangerschaften nach einem sogenannten positiven Befund abgebrochen werden. Dieses Phänomen wurde von den Fachleuten einige Zeit kaum wahrgenommen, weil das Gebäralter der Frauen in den letzten rund 15 Jahren erheblich angestiegen ist und damit die Wahrscheinlichkeit der Geburt eines Kindes mit Down-Syndrom ebenfalls

zugenommen hat bzw. hätte zunehmen müssen. Im Grunde müsste es deshalb - ohne pränatale Diagnostik - wesentlich mehr Kinder mit Down-Syndrom geben als noch vor rund 15 Jahren.

Auf der anderen Seite ermöglicht die gleiche Hoch-Technologie-Medizin, dass vermehrt Frühestgeburten (ab ca. 24. Schwangerschaftswoche, Geburtsgewicht ca. 450 - 500 Gramm) überleben. Auch hier wiederum zeigen Statistiken, dass viele dieser Frühest-Geborenen Behinderungen leichteren oder schwereren Ausmasses aufweisen. Ein anderes Phänomen sind die überlebenden Kinder nach Unfällen, die noch vor einigen Jahren auf Grund der Schwere des Traumas gestorben wären. Zu nennen wären hier insbesondere Ertrinkungsunfälle, bei denen die Kinder reanimiert wurden und in einem schwerst- und mehrfachbehinderten Zustand weiterleben. Dies sind Problemlagen, mit denen sich die heutige Heil- und Sonderpädagogik auseinandersetzen muss. Inwieweit sie dies auch tut, wäre eine andere Betrachtung wert.

4. Integration

Die Problematik der Integration z. B. von lernschwächeren Kindern in die Regelschule ist nicht neu bzw. wurde bereits in den 20er Jahren des letzten Jahr-

hunderts thematisiert (Stichworte: Reformpädagogik, Montessori, Kerschstein usw.). Auch die 68er hatten sich dieses Themas angenommen. Viele frühere Exponenten der Integration von behinderten Kindern in die Regelschule gingen aber jeweils davon aus, dass die Regelschule anders gestaltet werden müsste, wenn diese Art der Integration zum Tragen kommen soll. Die in den letzten Jahren zum grossen Teil von oben herab (top down: Bildungsdirektionen, Erziehungsdirektionen) verordnete Integration von insbesondere lernschwächeren Kindern in die Regelschule geht nun aber gerade nicht davon aus, dass die Regelschule sich grundsätzlich ändern müsse, damit die Integration auch gelingen kann. Statistiken aus dem Jahr 2011 zeigen denn auch klar und deutlich, dass z. B. in der Bundesrepublik Deutschland die Integration insbesondere bei Kindern mit geistiger Behinderung (je nach Bundesland leicht unterschiedlich) im Grunde nie über 2,5 - 3 % der Betroffenen hinaus gekommen ist. Dies wird insbesondere von der schulverwaltungs-technologischen Seite her bedauert, während die Praxis eher aufatmet, dass diese Bewegung sich im Grunde in einem kleinen Rahmen abspielt. Es kann daher prognostiziert werden, dass die heute - zum Teil auch über die Medien - aufgebauschte Integrationsidee früher oder später wieder der Vergangenheit anheim fallen wird. Denn es ist nicht abzusehen, dass die Regelschule sich dergestalt verändern würde, dass das Motto «eine Schule für alle» Wirklichkeit werden könnte. Letztendlich handelt es sich hierbei wohl eher um eine Utopie als um eine schulpolitische Realität. Es wäre aber zu hoffen, dass die beiden Systeme Regelschule und Sonderschule vermehrt aufeinander zugehen würden. Deshalb wäre es wohl besser und auch langfristig erfolgreicher, wenn man von der Integrationsidee weg und zur Kooperation (in vielfältiger Art und Weise) finden würde.

RICCARDO BONFRANCHI

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

1. November 1986: «Schweizerhalle»

Vor genau 25 Jahren brach bei Sandoz in Schweizerhalle (BL) ein Grossbrand aus. Eine Woche danach hängten zahlreiche KünstlerInnen in der Stadt Basel Protest-Plakate aus. Der Basler Appell gegen Gentechnologie erinnert mit einer Kampagne an die Tage des Schreckens und an den Widerstand, der aus der Brandkatastrophe hervorging.

Als in den frühen Morgenstunden des 1. Novembers 1986 eine Lagerhalle mit Pflanzenschutzmitteln im Sandoz-Werk Schweizerhalle ausbrannte, starben tausende Fische und fast die gesamte Rheinflora am vergifteten Löschwasser. Der Rhein, Trinkwasserreservoir für 20 Millionen Menschen, färbte sich rot und die Dämpfe, die während der Löschaktion entweichen, drangen in die Häuser der Basler Bevölkerung ein. Zahlreiche Menschen wurden vom Gestank der Gaswolke aus dem Schlaf gerissen und durchlitten Stunden der Angst und Ungewissheit.

Bevölkerung im Aufruhr

Bereits am Tag der Katastrophe kam es in Basel zu Protesten, an denen Angst, Wut und Trauer zum Ausdruck gebracht wurden. Man wehrte sich vor allem gegen die Macht und das Unvermögen der chemischen Industrie. Kritisiert wurde aber auch der dilettantische Umgang der Behörden mit der unmittelbaren Gefahr und die miserable Informationspolitik. Die Bewegung war vielfältig und lancierte Demonstrationen, Leserbriefe und Menschenketten sowie mehrere Bürgerbewegungen. So wurde der Verein «Aktion Selbstschutz» gegründet, die den Abbau des Gefahrenpotenzials in der chemischen Industrie forderte, ebenso der Verein «Ökostadt

Basel» und am zweiten Jahrestag der Brandkatastrophe schliesslich die Gründung des Basler Appells gegen Gentechnologie.

Emotionaler Widerstand

Besonders eindrücklich waren die in einer nächtlichen Plakataktion vom 8. November 1986 geschaffenen Zeitdokumente. Spontan und grossflächig wurden in dieser Nacht an Plakatwänden in der ganzen Stadt Basel Gemälde und Zeichnungen sichtbar. Einen grossen Teil der Plakate schufen KunstgewerbeschülerInnen und visualisierten die schrecklichen Geschehnisse und den wütenden Protest. Es handelte sich um Zeichnungen, Gemälde, Graphiken und Gedichte, zu Papier gebrachte Emotionen, die so schnell als möglich von den so genannten Plakatfegern wieder entfernt wurden. Trotzdem sind sie unvergessen: Die Kunstwerke wurden rechtzeitig fotografiert und dokumentiert.

Kampagne zum 25. Jahrestag

Ein Jahr nach dem Brand bei Sandoz in Schweizerhalle erschien ein Büchlein, das 98 der damals angebrachten Plakate nochmals aufleben liess. Die Publikation wurde in einer Auflage von 50'000 Exemplaren gedruckt und zum 1. Jahrestag der Katastrophe gratis verteilt. Ein paar wenige davon sind heute noch übrig und können – so lange Vorrat – kostenlos bei unserer Geschäftsstelle bestellt werden.

Ein weiteres Jahr später wurde der Basler Appell gegen Gentechnologie gegründet. In den Neunzigerjahren wurde die «Aktion Selbstschutz» in den neu gegründeten gentechnikkritischen Verein überführt, der es auch übernahm, sich weiterhin kritisch mit der Basler Chemie und ihren Risiken auseinander zu setzen. Nicht zuletzt ist dies auch der

Grund, weshalb sich der Basler Appell zum 25. Jahrestag erneut mit der Sandoz-Katastrophe befasst.

Fundierte Kritik bleibt nötig

Mit 120 Plakaten erinnerte der Verein ab dem 26. Oktober an den Schrecken von damals. Eine Woche lang zeigten Basler Plakatwände, was KünstlerInnen nach dem 1. November 1986 anprangerten. Die vom Basler Appell gegen Gentechnologie lancierte Kampagne sollte nicht nur an «Schweizerhalle» erinnern. Sie soll auch Parallelen aufzeigen zu weiteren Katastrophen, die sich seither weltweit ereignet haben. Ein kritischer Umgang mit allen Risikotechnologien ist weiterhin unabdingbar, um sicher zu stellen, dass so genannte «Störfälle» irgendwann tatsächlich der Vergangenheit angehören oder auf Technologien verzichtet wird, die ein nicht absehbares Störfallpotenzial bergen.



Klinische Studie mit ES-Zellen in Europa

Erstmals findet außerhalb der USA ein klinisches Experiment mit embryonalen Stammzellen statt. Zwölf Patienten mit einer seltenen Netzhauterkrankung bekommen im Londoner Moorfield Eye Hospital in einer etwa einstündigen Operation intakte Netzhautzellen in die Augen gespritzt, die aus ES-Zellen hergestellt wurden. Bei der als genetisch bedingt geltenden Krankheit Morbus Stargardt sterben bestimmte Netzhautzellen ab, eine vollständige Erblindung ist die Folge. Dieser Prozess soll mit dem Zellersatz aus der Retorte aufgehalten oder sogar rückgängig gemacht werden - allerdings nicht unbedingt in dieser Studie. Das Londoner Krankenhaus betont, dass es zunächst darum geht, die Sicherheit und Verträglichkeit der Methode zu erproben; deshalb würden auch nur ProbandInnen zugelassen, die fast vollständig erblindet sind. Mit da-

bei ist auch das US-Biotechnologieunternehmen Advanced Cell Technology (ACT), das das Verfahren erstmals im Juli in Los Angeles an einem einzelnen Patienten ausprobiert hat und behauptet, die Ergebnisse seien «sehr positiv» gewesen - allerdings ohne zu erklären inwiefern.



Humanforschungsgesetz:

Biobanken weiterhin ohne Regulierung

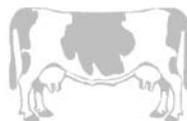
Die Differenzen sind bereinigt: In der Herbstsession segnete auch der Ständerat in einer zweiten Lesung das Humanforschungsgesetz (HFG) endgültig ab. Der Nationalrat hatte zwei Tage zuvor debattiert und das Geschäft umgehend an den Ständerat weitergegeben – was sicher stellt, dass das gewichtige Regelwerk, das der Forschung an menschlichen Probanden Grenzen setzt, baldmöglichst in Kraft treten kann. Die Schlussabstimmung fand am 30. September statt. Widerstand gegen das Gesetz zeichnet sich nicht ab, so dass das HFG wohl im Verlauf des kommenden Jahrs in Kraft treten wird.

Die Debatten über die Forschung am Menschen im Plenum waren weder lang noch emotional: Im Wesentlichen wurden die Vorschläge des Bundesrats beibehalten. Nahezu alle Versuche der Forscherlobby, etwa die Regelung von Haftungsfragen zu verwässern oder eine Bearbeitungsfrist für Ethikkommissionen durchzuboxen, scheiterten. Zwei Abschwächungen sind allerdings zu verzeichnen: Die vom Ständerat geforderte Ombudstelle fiel der Differenzbereinigung zum Opfer. Und die Registrierungspflicht für bewilligte Forschungsprojekte wurde auf eine Registrierungspflicht nur für klinische Studien reduziert.

Insgesamt ist eine einheitliche Regelung der Humanforschung begrüssenswert. Der Basler Appell gegen Gentechnologie fordert den Gesetzgeber jedoch auf, in einem separaten Gesetz auch den Bereich der Biobanken zu regeln. Denn

im ersten HFG-Entwurf hätte auch die Einrichtung und der Betrieb von Biobanken sowie die Verwendung von biologischem Material und personenbezogenen Daten geregelt werden sollen. Im Verlauf des Gesetzesvorhabens wurde dieser wichtige Bereich jedoch gestrichen. Die bestehenden Regelungen der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW sind nicht ausreichend, da es sich nur um Richtlinien ohne rechtsverbindlichen Charakter handelt.

Mit dem Humanforschungsgesetz wird die umstrittene fremdnützige Forschung an Urteilsunfähigen nach der Festschreibung in der Verfassung nun auch gesetzlich geregelt. Der Basler Appell hält die Forschung ohne direkten Nutzen etwa an Kindern, AlzheimerpatientInnen und geistig Behinderten weiterhin für inakzeptabel.



Grenzenlose Genforschung

Mehr als tausend hauptsächlich iranische Familien mit behinderten Kindern sind im Rahmen einer groß angelegten Kooperation zwischen dem deutschen Max-Planck-Institut für Molekulare Genetik (MPI) und einer universitären Forschungseinrichtung im Iran «für Untersuchungen herangezogen» worden. Im Ergebnis der fast neunjährigen Zusammenarbeit seien «50 neue genetische Ursachen für geistige Behinderung entdeckt» worden, heißt es stolz in einer dreiseitigen Pressemitteilung. Dass es dabei um rezessive Erbgänge geht, die nur bei einem Bruchteil geistig behinderter Menschen eine Rolle spielen - geistige Behinderung entsteht oft durch Probleme unter der Geburt wie etwa Sauerstoffmangel - ist dem Text nur über Umwege zu entnehmen. Deutlicher wird die Projektleitung allerdings, wenn es um den Nutzen der Studienergebnisse geht: Sie würden betroffenen Familien «neue Möglichkeiten für die Familienplanung eröffnen». Ethische Fragen haben in dem Projekt wohl



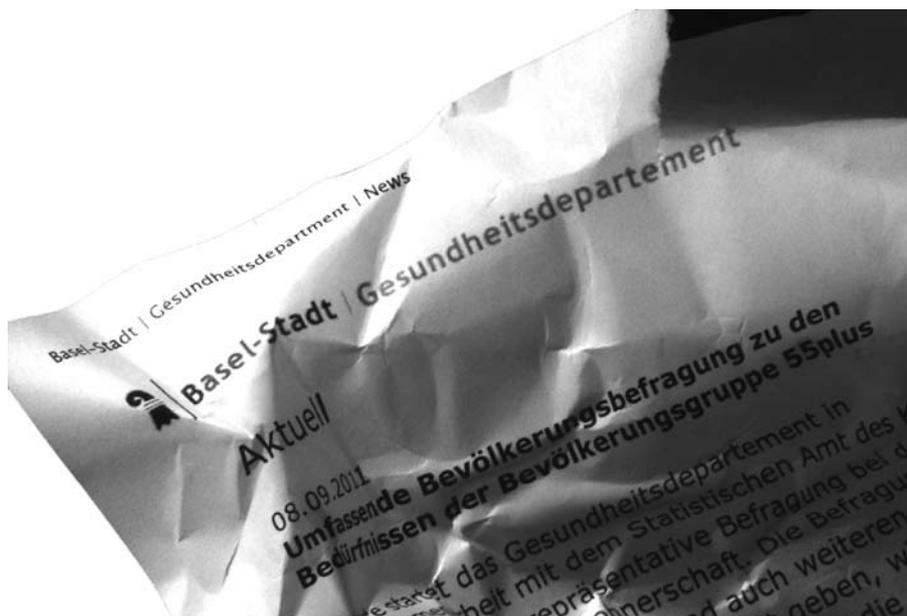
In eigener Sache

Der Basler Appell gegen Gentechnologie bedauert sehr, dass die Zeitschrift «Soziale Medizin» eingestellt wird. Neben der überaus kompetenten Berichterstattung zu allen wichtigen Themen des Schweizer Gesundheits- und Sozialwesens bot uns das Heft jahrzehntelang eine Plattform, um Ihnen wichtige Neuigkeiten aus der Welt der Gentechnologie näher zu bringen. Ganz herzlichen Dank für die langjährige, befruchtende Zusammenarbeit! Wir wünschen dem Redaktionsteam alles Gute!

VORSTAND BASLER APPELL GEGEN
GENTECHNOLOGIE

PS: Wer weiterhin kritisch informiert werden möchte über Aktuelles aus der Genwelt und auch über Alternativen, kann beim Basler Appell gegen Gentechnologie den Rundbrief AHA! abonnieren oder am besten gleich Mitglied werden! Details und Anmeldetalon finden Sie unter www.baslerappell.ch.

ohnehin kaum eine Rolle gespielt. Forschung an Menschen in einer repressiven Gesellschaft wie der iranischen halten die GenetikerInnen des MPI ethisch jedenfalls nicht für begründungsbedürftig. Ihre Erklärung für die Zusammenarbeit: Der Iran sei für die Forschung nach «Gendefekten», die geistige Behinderung verursachen, gut geeignet, weil sich hier im Gegensatz zu westlichen Ländern Großfamilien mit mehreren Betroffenen fänden. Erst recht, so möchte man hinzufügen, wenn diese Großfamilien nicht gefragt werden müssen.



«55plus» geht nicht auf

Wieso mein Umfragebogen ins Altpapier wanderte

Ich gehöre zu den Auserwählten, die vom Gesundheitsdepartement Basel-Stadt in die Befragung 55plus einbezogen wurden. Diese soll die künftigen Bedürfnisse der heute über 55 Jährigen feststellen. Eigentlich könnte man annehmen, dass ein Redaktor der Sozialen Medizin diesen Fragebogen besonders gewissenhaft beantwortet. Das tat ich aber nicht. Die Abgabefrist ist ungenutzt verstrichen, der Bogen wandert ins Altpapier. Nicht aus Nachlässigkeit, sondern aus Ratlosigkeit.

Als der Fragebogen der Erhebung 55plus Anfang September bei mir eintraf, begann ich ihn sofort zu lesen und auszufüllen. Denn als Redaktor der Sozialen Medizin interessiert mich die Planung für ältere Menschen. In zügigem Tempo beantwortete ich Fragen zu meiner Wohnsituation und zu den Verkehrsmitteln, die ich benutze. Auch ob ich mich sicher fühle, wollte das Gesundheitsdepartement wissen. Darauf fiel mir die Antwort ebenfalls nicht schwer. Ich deklarierte ein hohes Sicher-

heitsgefühl. Bei der Beantwortung solcher Fragen lasse ich mich allerdings meistens nicht nur von meinen wirklichen Empfindungen leiten, sondern auch von meinen politischen Präferenzen. Denn ich weiss, Unsicherheitsgefühle zu äussern, ist Wasser auf die Mühlen der SVP. Diesen verzerrenden Effekt haben die Statistiker beim Gesundheitsdepartement aber vielleicht schon längst erkannt und mit einem Korrekturfaktor ausgeschaltet. Für einen gewissen Ausgleich werden auch die politisch eher rechts eingestellten Befragten sorgen, die sich für unsicherer erklären, als sie sich wirklich fühlen.

Will ich einmal ins Pflegeheim?

Soweit kam ich mit dem Ausfüllen des Fragebogens also ganz gut voran. Bis ich dann zum Thema der zukünftigen Wohnsituation gelangte. Welche der nachfolgenden Wohnformen ich mir in Zukunft vorstellen könne, wurde da gefragt. Etwa zu Hause zu wohnen mit Unterstützung der Spitex, in einer Seniorenresidenz, in einem Generationenhaus oder sogar in einem Alters- und Pflegeheim. Das sind natürlich die entscheidenden Fragen, wenn man für die Bedürf-

nisse der älter werdenden Generation planen will. Ich setzte weiterhin eifrig meine Kreuze auf den Fragebogen und dachte mir beispielsweise, wieso nicht im Alters- und Pflegeheim wohnen? Damit hätte ich doch kein Problem, falls es einmal nötig sein sollte. Plötzlich zögerte ich aber und wurde mir bewusst: Das sind doch keine ehrlichen Antworten! Woher soll ich heute – im Alter von 58 Jahren – wissen, ob es mir einmal schwer fallen würde, in ein Alters- und Pflegeheim umzuziehen. Wahrscheinlich würde es mir das, obwohl ich zumindest heute genau weiss, dass das in gewissen Situationen die beste Lösung sein kann. Als Redaktor der Sozialen Medizin ist mir auch bewusst, dass die heutige hohe Qualität der Pflegeheime nicht in Stein gemeisselt ist. Ob ich mir in 25 oder 30 Jahren einen Umzug dorthin vorstellen kann, hängt somit auch davon ab, wie die Heime dannzumal aussehen werden.

Also legte ich den Fragebogen zur Seite und dachte, ich müsse mir dafür ein anderes Mal mehr Zeit nehmen. Und wie das so ist, versank er im Laufe der Tage unter einem Papierberg. Jetzt habe ich ihn wieder gefunden, weil ich ein Bündel für die Altpapiersammlung schnüren wollte. Die Abgabefrist ist schon längst abgelaufen.

Antworten wären nicht ehrlich

Zuerst war mir die Sache peinlich. Da gibt sich das Gesundheitsdepartement eine solche Mühe, um die Bedürfnisse der Generation 55plus zu eruieren. Und ich lasse den Bogen einfach unter dem Altpapier vergammeln. Dann wurde mir aber bewusst: Ich habe den Bogen nicht einfach verschlampt, sondern war ratlos. Hätte ich ihn vollständig ausgefüllt, wäre das nicht ehrlich gewesen.

In einem Interview mit der Sozialen Medizin (Soziale Medizin 3.07 S. 52 ff.) hat Angeline Fankhauser gesagt: „Das Konzept 50 plus, wonach man sich bereits ab 50 aufs Alter einstellen soll, ist ein Humbug. Mit 50 bist du noch voll im Saft. Du kannst dich in diesem Alter nicht mit den Rentnerinnen und Rentnern identifizieren, weil du noch in einer ganz anderen Welt als diese lebst. Der richtige Zeitpunkt wird etwa bei 60 liegen.“ Jetzt weiss ich, dass sie Recht hat.

RUEDI SPÖNDLIN



In der vom Verein unterstützten Wäscherei können die Frauen einerseits ihre Wäsche waschen, bügeln, nähen, sticken und stricken, andererseits Kurse über Menschen- und Frauenrechte, Hygiene und Familienplanung sowie Schulunterricht besuchen.

Van: Hilfe aus Basel für die Erdbebenopfer

Seit Ende Oktober 2011 erschütterten mehrere Erdbeben die Provinz Van im Südosten der Türkei. Der Verein Städtepartnerschaft Basel-Van, der seit über zehn Jahren Projekte in der mehrheitlich von KurdInnen bewohnten Region unterstützt, lancierte eine Hilfsaktion.

Über 600 Menschen starben bei den Erdbeben seit dem 23. Oktober, Tausende wurden verletzt und Zehntausende haben kein Dach mehr über dem Kopf. Inzwischen ist auch noch der Winter mit Schnee und Kälte eingebrochen.

Der Basler Verein Städtepartnerschaft Basel-Van hat eine Hilfsaktion gestartet und sammelt Geld für die Opfer. Mit seiner Hilfe konnten bereits zwei Lastwagen nach Van gebracht und dem Bürgermeister Bekir Kaya übergeben werden. Die Güter wurden mehrheitlich von kurdischen sowie türkischen MigrantInnen und SchweizerInnen gesammelt, die einem Aufruf der schweizerisch-kurdischen Gemeinschaft (SKG) Folge geleistet hatten. Von Swisslos bekam der Verein 20'000 Franken, die er zusammen

mit weiteren Spenden auf Wunsch der ProjektpartnerInnen in Van für beheizbare Zelte einsetzen will. Er tut dies in Koordination mit der schweizerischen Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (Deza), die ihrerseits 50'000 Franken beisteuert.

Verfolgt und vertrieben

Der Verein Städtepartnerschaft Basel-Van war im November 2000 von MigrantInnen und SchweizerInnen in Basel gegründet worden, um auf die prekäre Situation in den kurdischen Gebieten der Türkei aufmerksam zu machen und konkret zur Linderung der Notlage in der Stadt Van beizutragen. Dort leben Hunderttausende Binnenflüchtlinge und bis heute mangelt es an Infrastruktur. Vor allem während der neunziger Jahre hat das türkische Militär Tausende von Dörfern in der Region zerstört. Mit ihrer Politik der verbrannten Erde wollte die türkische Regierung der kurdischen Arbeiterpartei PKK den Rückhalt entziehen. Diese hatte 1984 zu den Waffen gegriffen, um der andauernden Unterdrückung ein Ende zu setzen. Sie geniesst bis heute ein hohes Ansehen in der Bevölkerung, da sie es schaffte, international auf die Situation der KurdInnen aufmerk-

sam zu machen, deren Selbstvertrauen zu stärken und ihre Lage zu verbessern.

Seit den Gemeindewahlen im Frühjahr 2009 hat die türkische Regierung die politische Repression erneut verschärft. Bei den Wahlen erzielte die legale kurdische Partei BDP auf Kosten der regierenden AKP von Ministerpräsident Tayyip Erdogan einen riesigen Wahlerfolg. Die Regierung liess danach Tausende PolitikerInnen und AktivistInnen der BDP verhaften. Unter ihnen befindet sich auch die ehemalige Bürgermeisterin von Van-Bostanici, Gülcihan Simsek, die mit Hilfe des Basler Vereins eine Wäscherei in ihrer Gemeinde aufgebaut hatte. Sie ist bis heute ohne Urteil im Gefängnis.

Widerstand und Solidarität

Kurz vor dem Erdbeben hat eine Delegation des Vereins die Region besucht. Ihr Bericht ist deprimerend: „Premierminister Erdogan scheint entschlossen zu sein, die PKK militärisch zu vernichten und die BDP politisch lahmzulegen. In Diyarbakir hörten und sahen wir tagsüber und nachts regelmässig Bomber starten und Richtung Berge fliegen (wo sich die KämpferInnen der PKK aufhalten; die Red.). Die Verhaftungswelle hat ein unvorstellbares Ausmass angenommen und geht weiter. Die BDP hat selber nicht mehr den Überblick, wie viele Personen inzwischen im Gefängnis sitzen. Es müssen über 4000 sein, eine Tageszeitung sprach sogar von über 5000 inhaftierten BDP-Aktivistinnen und Aktivisten.“

Der Verein unterstützte bisher den Aufbau und die Konsolidierung einer Teppichweberei, die rund hundert junge Frauen sowie ihren Familienangehörigen ein Einkommen garantiert. 2008 konnte die Gemeinde Van-Bostanici die erwähnte Wäscherei eröffnen. Als nächstes will der Verein der Gemeinde beim Aufbau eines Bildungs- und Beratungszentrums für Frauen behilflich sein, dessen Rohbau bereits steht. Zunächst gilt es jedoch, die Not nach der Erdbebenkatastrophe zu lindern.

ANNE-LISE HILTY

Verein Städtepartnerschaft Basel-Van
Postfach 225, 4005 Basel
Postcheckkonto 40-740064-7
www.basel-van.ch

Grundrechte statt Doppelmoral

Zugang zum Gesundheitswesen für alle statt Vierteltweltmedizin

Selbst konservative Schätzungen kommen auf über 100'000 Sans-Papiers, die ohne Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz leben und arbeiten. Diesen stehen inzwischen zwar einige medizinischen Anlaufstellen zur Verfügung, die hervorragende Arbeit leisten. Trotzdem kommen Sans-Papiers lediglich in den Genuss einer Minimalversorgung.

Das Phänomen der Sans-Papiers, von Menschen ohne gültige Aufenthaltsbewilligung, die unter uns wohnen und leben, gab es immer. Zu einer wahrnehmbaren und breiteren Kreisen bewussten Problematik wurde es aber erst Ende der 1980er und vor allem 1990er Jahre. Die Globalisierung, die Verschlechterung der ökonomischen Bedingungen im Süden, sowie das Ende des kalten Krieges liessen die Migrationsströme weltweit anwachsen. Wahrscheinlich wichtigster Faktor für die Zunahme der Anzahl von Sans-Papiers in der Schweiz stellt die stetige Verschärfung der Ausländer- und Asylgesetzgebung dar.

Verschärfung der Ausländer- und Asylgesetzgebung

Mit dem sogenannten Zweikreisemodell oder dualen Zulassungssystem hat sich die Schweizer Migrationspolitik 1998 auf erleichterte Zulassungsbedingungen für Menschen aus der Europäischen Union und massiv erschwerte für Menschen aus der übrigen Welt festgelegt. Menschen aus Nicht EU/EFTA-Staaten werden nur noch im Rahmen sogenannter Spezialkontingente zugelassen. Das 2002 in Kraft getretene Freizügigkeitsabkommen zwischen der

Schweiz und den EU/EFTA Staaten hat diese Entwicklung nochmals verstärkt. Parallel dazu verschärfte sich die Asylgesetzgebung stetig. Das 2007 eingeführte revidierte Asylgesetz sieht vor, dass auf ein Asylgesuch dann nicht eingetreten wird, wenn innerhalb von 48 Stunden keine Identitätspapiere vorgelegt werden können. Ein rechtsgültiger Nichteintretensentscheid bedeutet, dass Asylsuchende jegliche Aufenthaltsberechtigung verlieren und zur Ausreise angehalten werden.

Zahlen

All diese Entwicklungen führten seit Beginn der 1990er Jahre zu einer beträchtlichen Zunahme von Sans-Papiers. Das Ausmass kann nur abgeschätzt werden, die Zahlen sind umstritten. Es wird auch von primären und sekundären Sans-Papiers gesprochen; solchen die als TouristInnen einreisen (ca. zwei Drittel) und hierbleiben und diejenigen, die nach einem Nichteintretensentscheid oder einem abgelehnten Asylge-



Wahrscheinlich wichtigster Faktor für die Zunahme der Anzahl von Sans-Papiers in der Schweiz stellt die stetige Verschärfung der Ausländer- und Asylgesetzgebung dar.

such die Schweiz nicht verlassen. Es wird geschätzt, dass in der Schweiz etwa 120 – 240'000 Sans-Papiers leben, andere Schätzungen gehen von 90 – 300'000 aus. Angesichts dieser hohen Zahlen erstaunt es nicht, dass eine Untersuchung feststellt, dass im Kantons Zürich in jedem 17. Haushalt ein oder eine Sans-Papiers arbeitet.

Wo arbeiten die Sans-Papiers?

Am häufigsten arbeiten Sans-Papiers im Bereich der Betreuung, von Kindern oder alten Menschen. Sie führen Haushalte, putzen (oft an verschiedenen Orten je zwei bis drei Stunden pro Woche), arbeiten im Gastgewerbe (oft auf Abruf), im Bau- und Transportgewerbe und in der Landwirtschaft. Ihre Löhne belaufen sich durchschnittlich auf 1500 – 1800 Franken pro Monat, ohne Sozialleistungen oder Versicherungen. Die Lebens- und Wohnumstände sind entsprechend prekär.

Zugang zum Gesundheitswesen

Leistungen im Gesundheitswesen sind teurer, Spitalleistungen nicht zahlbar. Die Krankenkassenprämien sind bekanntlich ebenfalls sehr hoch, sie werden dank den Prämienbeihilfen in vielen Kantonen auf 100 Franken oder zumindest die Hälfte reduziert. Obwohl seit der Einführung des revidierten KVG 1996 ein Versicherungsobligatorium für alle in der Schweiz wohnhaften Personen gilt, war vielen Versicherungen nicht klar, dass dies auch für Sans-Papiers gilt. Es brauchte Ende 2002 ein Kreisschreiben des Bundesamtes für Gesundheit und des Bundesamtes für Sozialversicherung an die Kantone, das dies in Erinnerung rief und festhielt, dass der Zugang von Sans-Papiers zur Gesundheitsversorgung „nicht zuletzt

Versicherung leisten, sind doch in den meisten Kantonen die Prämienverbilligungen an eine Steuerveranlagung gebunden.

Anlaufstellen für Sans-Papiers

In den letzten 10 Jahren entstanden in allen grösseren Schweizer Städten Anlaufstellen, die Sans-Papiers in juristischen und sozialen Fragen beraten. Daneben leisten sie politische Arbeit zur Verbesserung der generellen Lebensbedingungen von Sans-Papiers. Diese Stellen wurden von Gewerkschaften, kirchlichen Kreisen und Menschenrechtsaktivisten initiiert, finanziert werden sie weitestgehend mit Spenden. Zunehmend zeigte sich, dass die Beratung auch Gesundheitsfragen umfassen muss. So entstanden an verschiedenen Orten auf verschiedenste Weise organisierte Stellen (vgl. separaten Artikel in diesem Heft).

Gleiche Gesundheitsversorgung für alle!

Auch konservative Schätzungen kommen auf über 100.000 Sans-Papiers, die als Arbeitnehmer unter prekären Arbeitsbedingungen arbeiten. Diese werden von privaten Haushalten und häufig von Kleinunternehmern beschäftigt, die von den Tieflohnen profitieren und erst noch auf eine enorme Flexibilität zählen können. Auf der anderen Seite sind es (rechts) bürgerliche Politiker, die meist die Interessen ebendieser Kleinunternehmen und Haushalte vertreten, die am kompromisslosesten Verschärfungen des Asyl- und Ausländerrechtes vorantreiben. Gegen diese Doppelmoral wenden sich die Anlaufstellen in ihrer politischen Arbeit, indem sie minimale Grundrechte für Sans-Papiers fordern. Auch wenn die medizinischen Anlaufstellen hervorragende Arbeit leisten, so handelt es sich doch um eine Minimalversorgung. Die Forderung muss daher heissen: Gleiche Gesundheitsversorgung für alle in der Schweiz lebenden Menschen, ob Avec- oder Sans-Papiers.

DANIEL GELZER

Literatur: *Leben als Sans-Papiers in der Schweiz*, Eidg. Kommission für Migrationsfragen, Dezember 2010



daniel gelzer

Gesundheitsversorgung: Ein Menschenrecht, auch für Sans-Papiers!

Interview mit Corina Gross und David Winizki

Daniel Gelzer: Warum brauchen Sans-Papiers überhaupt eine medizinische Versorgung, weswegen kümmert ihr euch um die medizinische Versorgung von Sans-Papiers?

David Winizki: Sans-Papiers leben unter ausgeprägten Stressbedingungen, sind bedroht von Repression, verdienen wenig, leben oft in beengtesten Verhältnissen und haben ein erhöhtes Erkrankungsrisiko. Ausserdem haben sie keinen geregelten Zugang zum Gesundheitswesen. Auch Sans-Papiers haben ein Recht auf eine gesundheitliche Versorgung, hier wird natürlich auch unser humanitäres Gefühl geweckt.

Corina Gross: Sie verfügen über keine Krankversicherung, da diese bei den ho-

hen Kopfprämien für sie bei Einkommen von oft um die 1500 bis 1800 Franken pro Monat schlicht nicht finanzierbar ist. Sans Papiers wenden sich aus Angst vor Denunziation nur im äussersten Notfall an reguläre Stellen, sie brauchen Anlaufstellen wo sie sich sicher fühlen können.

DG: Auch ohne medizinische Anlaufstelle versuchen Sans-Papiers ihre gesundheitlichen Probleme zu lösen. Welche Strategien haben Sans-Papiers entwickelt, um im Notfall zu einer gesundheitlichen Versorgung zu kommen?

DW: Ich betreue Sans-Papiers schon seit 20 Jahren in meiner Praxis, also schon viele Jahre vor der Gründung von Meditrina. Daher weiss ich, wie Sans-

Papiers vorgehen: Sie sind in Kontakt mit zuhause und lassen sich nach einem Telefon Medikamente schicken, oft kommen sie dann zu mir mit einer angefangenen Schachtel Amoxicillin. Eine weitere Möglichkeit ist die Permanence im Zürcher Hauptbahnhof, eine anonyme Notfallpraxis, wo sie sich als Touristen ausgeben und bar nach Tarmed bezahlen. Zudem gibt es keine Sans-Papiers, der nicht Verwandte oder Bekannte haben, Avec-Papiers, die ihnen ihren Hausarzt vermitteln, wo sie dann bar bezahlen. Eine weitere Variante ist, dass sich Sans-Papiers unter dem Namen einer versicherten Person im Spital melden und dann behandelt werden. Das geht gut, solange keine meldepflichtigen Krankheiten vorliegen, führt aber zu Problemen bei einer späteren Hospitalisation der versicherten Person.

DG: Helft ihr den Sans-Papiers auch Versicherungen abzuschliessen ?

CG: Ja, in Einzelfällen schon, aber das Problem sind die hohen Prämien und die fehlenden Subventionen, da diese nur anhand der Steuerrechnung gewährt werden. Wir empfehlen vor allem bei chronischen Krankheiten oder Operationen eine Versicherung abzuschliessen. Die Kosten belaufen sich auf über 4000 Franken pro Jahr ohne Franchise und Selbstbehalt, das können sich Sans-Papiers kaum leisten. Es stellt sich dann immer die Frage der Finanzierung, eventuell können bei Stiftungen oder caritativen Organisationen Gesuche gestellt werden.

DW: Vergessen wir nicht, dass die Höhe der Krankenkassenprämien unter anderem damit zusammenhängt, dass wir damit auch unser Alter finanzieren. Die grössten Kosten entstehen in den letzten beiden Lebensjahren, einem Zeitraum, den die Sans-Papiers in der Schweiz nur erreichen, wenn sie zu Aufenthaltspapieren kommen, etwa durch Heirat. Die vielgepriesene Solidarität spielt hier nicht.

DG: Wie entstand Meditrina, wie wurde diese Stelle aufgebaut?

CG: Die Stelle wurde 2006 von Médecins Sans Frontières (MSF) aufgebaut und Anfang 2010 vom SRK des Kantons Zürich übernommen. Vorgängiger hatte MSF zwei Bedürfnisabklärungen

durchgeführt, die ergaben, dass für die geschätzten 20.000 Sans-Papiers im Raum Zürich ein grosser Bedarf nach einem niederschweligen Angebot für medizinische Fragen besteht. Die Stelle wurde dann unter Beratung von David Winizki aufgebaut, eine Pflegefachfrau und die Stellenleitung wurden angestellt, ein Ärztenetzwerk aufgebaut. Die

Unsere GesprächspartnerInnen

Corina Gross, Pflegefachfrau und Hebamme, Mitarbeiterin bei Meditrina, Medizinische Anlaufstelle für Sans-Papiers des Schweizerischen Roten Kreuzes Kanton Zürich

David Winizki, Hausarzt, medizinischer Berater von Meditrina und Vorstandsmitglied der Sans Papiers Anlaufstelle Zürich (SPAZ).

Interview und redaktionelle Bearbeitung Daniel Gelzer

Triage in einem kleinen Ambulatorium in der Stadt und dann der Poliklinik und nötigenfalls dem Universitätsspital. Erste Kontakte entstanden Ende 2004 mit MSF und den Gewerkschaften, mit dem Ziel eine Anlaufstelle aufzubauen, die neben sozialer und juristischer Beratung auch das Gesundheitliche abdeckt. 2005 wurde dann die Sans-Papiers Anlaufstelle Zürich (SPAZ) gegründet mit vorwiegend juristischer und Sozialberatung. Damals bestand die Idee, auch die medizinische Anlaufstelle dort anzuschliessen, was dann aus verschiedenen Gründen nicht zustande kam. Nachdem die MSF bereit waren, eine medizinische Anlaufstelle zu führen, baute ich ab 2005 das Netzwerk auf.

CG: MSF deklarierte die Anlaufstelle nicht als Stelle für Sans-Papiers, sondern als Stelle für Marginalisierte, für alle, die keine Krankenkasse haben, ohne explizit darauf hinzuweisen, dass die Stelle vor allem für Sans-Papiers bestimmt ist.

DG: Hatte diese Zurückhaltung politische Gründe?



Die Grundidee war, dass die Pflegefachfrau eine Triage macht, selber berät und behandelt, was möglich ist, und wenn notwendig ans Ärztenetz weiterweist.

Grundidee war, dass die Pflegefachfrau eine Triage macht, selber berät und behandelt, was möglich ist, und wenn notwendig ans Ärztenetz weiterweist. Das Netz besteht aus HausärztInnen, SpezialistInnen und nichtärztlichen TherapeutInnen wie PhysiotherapeutInnen usw.

DG: Habt ihr euch an Vorbildern, Modellen und Erfahrungen aus anderen Städten orientiert ?

DW: Wir haben uns vor allem an den seit 1996 aufgebauten Zentren in der Westschweiz orientiert, zuallererst an Genf, wo ein Dreistufenmodell praktiziert wird mit aufsuchender Arbeit,

CG: Es bestanden Befürchtungen über die Reaktionen der Öffentlichkeit, wenn bekannt würde, dass MSF eine Stelle für Sans-Papiers eröffnet.

DG: Entstanden daraus Schwierigkeiten für euch?

CG: Ich denke, es war schwierig, den Sans-Papiers zu kommunizieren, dass diese Stelle auch und speziell für sie konzipiert wurde.

DW: Die MSF bauten diese Stelle so auf wie sie Projekte in Afghanistan oder Somalia oder wo auch immer aufbauen: Für Leute die keinen Zugang zu medizinischer Versorgung haben. Vierte Welt



Die PatientInnen geben Namen und Geburtsdatum an, in unserer Dokumentation werden sie anonymisiert. Wir fragen nie nach der Adresse, das ist das „Geheimste“ der Sans-Papiers.

in der Schweiz. Es bestand aber auch die Sorge, ob es legal sei, die Sans-Papiers zu unterstützen. Eine Abklärung des Schweizerischen Roten Kreuzes hat diese Bedenken aber zerstreut.

DG: Das zeigt, dass die Unterstützung von Sans-Papiers eine eminent politische Angelegenheit ist. Kaum wurde bekannt, dass die Christoph Merian-Stiftung Ende 2010 entschieden hatte, die Anlaufstelle für Sans-Papiers in Basel beim Aufbau einer medizinischen Beratung zu unterstützen, kam ein kritischer Kommentar von SVP-Seite.

DW: Eine ähnliche Erfahrung machte auch das Sozialamt der Stadt Zürich, das von einem SVP-Kantonsrat angegriffen wurde, weil auf der städtischen Homepage ein Link zu SPAZ zu finden ist. Sowohl der Regierungs- wie auch der Kantonsrat stellten sich aber hinter das Sozialamt.

DG: Zurück zu eurer konkreten Arbeit: Wie funktioniert Euer Alltag?

CG: Aktuell haben wir am Montag, Mittwoch und Freitag von 9 – 12 und 13.30 – 17 Uhr offen. Wir führen eine offene Sprechstunde. Wir sind im Haus des SRK des Kantons Zürich zusammen mit weiteren Angeboten untergebracht, unter anderem der SOS Beratungsstelle für soziale Fragen, mit der wir viel zusammenarbeiten. Neben mir ist am Montag und Mittwoch teilzeitlich Walter Schaeppi, ein pensionierter Hausarzt, anwesend. Wir haben zwei kleine Sprechzimmer beziehungsweise Büros. Die PatientInnen geben Namen und Geburtsdatum an, in unserer Dokumentation werden sie anonymisiert. Wir fragen nie nach der Adresse, das ist das „Geheimste“ der Sans-Papiers.

Wir führen eine Anamnese durch, eine klinische Untersuchung, haben etwas Labor (Urinstreifentest, CRP, Schwangerschaftstest und Strep A Test), Blutdruckgerät, Stetoskop und Ohrenspiegel. Etwa zwei Drittel der Probleme können wir selber lösen, die übrigen schicken wir an das medizinische Netzwerk.

DG: Das heisst, ihr macht das, was man in einer einfach eingerichteten Hausarztpraxis machen kann. Blutuntersuchungen, Röntgen usw. macht ihr auch?

DW: Blutuntersuchungen lassen wir bei der genossenschaftlichen Laborgemeinschaft (LG 1) machen, die PatientInnen zahlen uns den Betrag voraus, das Labor schickt uns die Rechnung, denn es gibt keine Rechnungsadresse für Sans-Papiers. Zudem bieten wir einen HIV-Schnelltest hier an, wir sprechen die Leute aktiv an, dass sie bei uns eine HIV-Test machen können. Wir überlegen uns, ob wir dies nicht auch systematischer für Tuberkulose machen sollten.

DG: Was macht ihr mit dem Drittel der PatientInnen, die ihr hier nicht beraten könnt?

DW: Die meisten von ihnen schicken wir in unser medizinisches Netzwerk, selten mal jemanden direkt ins Spital, das kommt so alle ein bis zwei Monate vor. Im Netzwerk haben wir knapp 30 HausärztInnen und etwa 20 SpezialistInnen. Dazu noch 15 nichtärztliche Fachleute wie Hebammen, eine Diabetesberaterin, einen Chiropraktiker, PhysiotherapeutInnen und Psychologinnen. Dazu noch drei Apotheker, die LG 1 und ein Histologielabor.

DG: Wie hast du das Ärztenetzwerk aufgebaut? Wie verbindlich ist die Zusammenarbeit der ÄrztInnen mit euch?

DW: Aufgebaut habe ich das Ärztenetzwerk bereits für die Anlaufstelle im Jahre 2005. Einen Teil habe ich selber kontaktiert, weitere kamen über die MSF oder andere Kontakte. Selber kenne ich etwa zwei Drittel. Wir haben eine Zusammenarbeitvereinbarung in dem Adressangaben, Sprachkenntnisse und Öffnungszeiten der Praxis aufgelistet sind. Die Vereinbarung hält fest, dass die betreffende Person bereit ist, zu den im Leitfaden festgesetzten Bedingungen Sans-Papiers zu behandeln: Keine Adressangaben erheben, nur Name, Geburtsdatum und Handynummer, Leis-

tung zu 50 Franken pro Konsultation pauschal als Grundtarif, bei aufwendigeren Untersuchungen wie Endoskopien oder Radiologie natürlich mehr. Grundsätzlich sollen alle Netzwerkmitglieder gleichviel bekommen beziehungsweise verlangen, bar einziehen und quittieren.

DG: Wie seid ihr auf die 50 Franken pro Konsultation gekommen?

DW: Die Netzwerkteilnehmer sollen nicht gratis behandeln müssen, das würde die Arbeit auch entwerten. Die 50 Franken entsprechend etwa der Hälfte des TarMed Tarifs, die Konsultationen dauern ja meistens eine halbe Stunde. Da ist dann alles, was wir in der Praxis machen, eingeschlossen (Praxislabor, gyn. Untersuchung, Ultraschall). Die Bezahlung dieser 50 Franken hat bei erwerbstätigen Sans Papiers nie Probleme verursacht in den bald 20 Jahren, seit ich Sans-Papiers behandle.

CG: Bei uns sind die Behandlungen gratis. Beim Labor ist es gleich wie beim Netzwerk. In Einzelfällen kann ein Fonds vom SRK Kanton Zürich einspringen.

DG: Es gibt ja noch weitere medizinische Gebiete, die etwas komplexer sind, wie die zahnärztliche Behandlung, psychische und psychotherapeutische Beratungen. Wie geht ihr damit um?

CG: Ich beginne mit den Zahnärzten. Das Angebot beschränkt sich auf die Schmerz- und Notfallbehandlung zu einem reduzierten Tarif. Das heisst im Wesentlichen auf Extraktionen und Füllungen bei schmerzhafter Karies, eventuell einmal eine Wurzelbehandlung. Aber weitere Sanierung liegen nicht drin.

DW: Ganz wichtig ist uns auch hier, dass alle die gleichen Tarife anwenden, 60

Franken für eine Extraktion, 80 Franken für eine Füllung bei einem schmerzhaften Loch und 300 Franken für eine Wurzelbehandlung. Wir haben das vor kurzem an einem Treffen mit den ZahnärztInnen wieder besprochen. Wir haben sie zu einem Apéro eingeladen und führten vorher eine kurze Besprechung durch. Dabei konnten wir sie und sie sich besser kennenlernen.

CG: Die Verbindlichkeit besteht darin, dass die ÄrztInnen sich verpflichten, zu den abgemachten Tarifen zu behandeln und sagen können, wie viele Sans-Papiers sie bereit sind, zu behandeln.

DG: Für die gynäkologischen Fragen könnt Ihr auf ein Ambulatorium der Stadt zurückgreifen, wie funktioniert das ?

CG: Hier handelt es sich um die gynäkologische Sprechstunde am Standort des Ambulatoriums Kanonengasse. Dies ist hervorgegangen aus dem alten Krankenzimmer für Obdachlose, das zur Zeit der offenen Drogenszene aufgebaut wurde. Es wird von der Stadt getragen und hat eine Poliklinikzulassung, initial für Drogenabhängige, dann zunehmend für Sexworkerinnen und nun auch für Sans-Papiers .

DG: Ein weiteres grosses Feld sind psychiatrische Probleme. Wie geht ihr damit um?

DW: Eine Psychopharmakotherapie ist relativ einfach zu verordnen und verhältnismässig kostengünstig, also auch für Nichtkrankenversicherte finanzierbar. Wir haben intern vor einiger Zeit Richtlinien erarbeitet, wie vor allem Depressionen diagnostiziert und behandelt werden können. Psychotherapien sind schwierig, vor allem weil sie Geld kosten, zudem spielt hier dann die Sprache eine noch viel wichtigere Rolle als in der somatischen Medizin. Diese Therapien sind für Sans-Papiers ohne Krankenkasse nicht zugänglich, vor allem auch, weil es ja mit einer oder einigen Stunden kaum je getan ist. In einigen Fällen überweisen wir die PatientInnen für eine Therapie ans Netzwerk, Meditrina hilft teilweise bei der Finanzierung. Für Beurteilungen im Sinne von Konsilien sieht die Situation wieder gleich aus wie bei anderen Spezialisten. Da haben wir drei Psychiater im Netzwerk und Kontakt mit dem Am-

bulatorium für Folteropfer in Zürich. Ist eine Psychotherapie notwendig, stellt sich auch wieder die Frage, ob doch eine Krankenversicherung abgeschlossen werden soll und wie die Finanzierung dafür organisiert werden kann.

DG: Habt ihr auch Kinderärzte im Netzwerk ?

CG: Ja, wir haben einige Kinderärzte, die mit uns zusammenarbeiten. Das funktioniert gleich wie bei den übrigen Netzwerkärzten.

DG: Ihr habt auch Apotheker im Netzwerk, wie arbeitet ihr mit diesen zusammen?

CG: Wir stellen Rezepte aus, auf denen neben dem Namen Sans-Papiers oder Meditrina steht. Unsere Apotheken stellen keine Beratungstaxe in Rechnung. Für Notfälle haben wir einen kleinen Stock an Medikamenten bei uns, die wir gratis abgeben.

DG: Muss jemand notfallmässig oder geplant, z.B. für eine Inguinalhernienoperation, hospitalisiert werden, stellen sich neue administrative und finanzielle Fragen. Wie geht ihr damit um ?

CG: Muss jemand hospitalisiert werden, melden wir diese Person mit Namen, Geburtsdatum und Adresse an. Das Spital will und muss (u.a. aus haftpflichtrechtlichen Gründen) die Adresse haben, behandelt diese als zusätzliche Sicherheit jedoch vertraulich. Wir haben mit dem Stadtspital Triemli (auch mit den USZ und dem Waidspital, aber die meisten Einweisungen gehen ans Triemli) eine mündliche Vereinbarung, die neben den administrativen Abläufen auch die Abgeltung regelt: Sans-Papiers bezahlen den normalen Allgemeintarif, der den Krankenkassen in Rechnung gestellt wird, nicht aber den Kantonsbeitrag. Trotzdem bleibt die Finanzierung ein grosses Problem. Bei Wahleingriffen können die Kosten abgeschätzt werden, die Leute können einen Vorschuss leisten und dann den Rest in Raten abzahlen. Dies funktioniert in der Regel. Geht es um eine kompliziertere Geschichte mit einem Spitalaufenthalt von mehr als 3 – 5 Tagen, versuchen wir, eine Krankenversicherung abzuschliessen.

DG: Eine derartige Vereinbarung besteht mit allen drei Spitälern ?

DW: Mit den Spitälern liegt nichts Schriftliches vor. Leider ist die Angst, sich zu exponieren und einen pragmatischen Weg zur medizinischen Betreuung von Sans-Papiers festzulegen, nach wie vor gross. Dies ist Ausdruck einer Doppelmoral. Eine im Auftrag der SPAZ von der Konjunkturforschungsstelle (KOF) der ETH Zürich gemachte Untersuchung 2010 ergab, dass in jedem 17. Haushalt im Kanton Zürich ein Sans-Papiers arbeitet – oft nur 2 Stunden pro Woche zum Putzen, aber auch nicht selten sechs mal 24 Stunden pro Woche zum Kinderhüten oder Betagte pflegen.

DG: Notfallstationen sind gehalten, Nothilfe zu leisten für alle, für NEE's usw. Funktioniert das denn?

CG: Doch, doch, das funktioniert schon. Ein Problem stellen Notfalleinrichtungen dar, die nicht über uns vermittelt werden. Die Leute geben sich dann nicht als Sans-Papiers aus, sondern als Touristen. Die Administration stellt eine Privatarifrechnung beziehungsweise verlangt ein hohes Depot. Beides kann nicht bezahlt werden. Die Patienten werden dann dem Sozialamt gemeldet, und es besteht die Gefahr einer Ausschaffung.

DG: Was würdet ihr anders machen, wenn ihr heute anfangen müsstet ?

CG: Wir nahmen anfangs an, dass bei geschätzten 20'000 Sans-Papiers in der Region Zürich viel mehr Leute zu uns kommen. Wir stellten fest, dass wir uns bei den Communities aktiv bekannt machen und deren Vertrauen gewinnen mussten. Etwa ein Jahr nach der Gründung versuchten wir über Schlüsselpersonen an die Sans-Papiers heranzukommen, was dann einen markanten Anstieg der Nachfrage bewirkte. Diese Arbeit ist ganz wichtig und muss kontinuierlich geleistet werden. Dies sollte von Anfang an geleistet werden.

DW: Grundsätzlich ist immer wieder festzuhalten, dass unsere Arbeit hier nicht losgelöst von der politischen Arbeit für die Besserstellung der Sans-Papiers betrachtet werden darf. Sans-Papiers haben ein Recht auf eine bezahlbare Gesundheitsversorgung und sollten dafür nicht die hohle Hand machen müssen, weder bei NGO's wie dem Ro-

ten Kreuz oder MSF noch bei gut meinentenden Leistungserbringern.

CG: Meditrina ist eine von mittlerweile 10 Stellen in der Schweiz, die Sans Papiers medizinisch betreuen. In einigen Kantonen (Fribourg, Waadt und Genf) werden diese Angebote teilweise oder ganz aus öffentlichen Geldern finan-

ziert. Das ist ein klares Zugeständnis, dass diese Arbeit notwendig ist und ein konkreter Beitrag zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrags. Es ist zu hoffen, dass auch andere Kantone zu solchen pragmatischen Lösungen bereit sind.

DG: Herzlichen Dank Corina und David für dieses Gespräch.

Gesundheitsversorgungs- und -beratungsstellen für Sans-Papiers in der Schweiz

Seit Mitte der 1990er Jahre wurden in der Schweiz verschiedene Stellen für die Gesundheitsberatung und -versorgung von Sans-Papiers geschaffen. In Ambulatorien, die ohne Voranmeldung besucht werden können, erheben in der Regel Pflegefachleute eine Erstanamnese, erbringen einfache medizinische Leistungen und nehmen im Bedarfsfall eine Überweisung an ein Mitglied eines ÄrztInnen- und TherapeutInnen-Netzwerks vor. Die Pflegefachleute und die Mitglieder des Netzwerks behandeln Sans-Papiers, die nicht versichert sind, gratis oder zu reduzierten Tarifen.

Genf

Bei der Unité mobile de soins communautaires (Umsco), die 1996 in Genf von der medizinischen Universitätspoliklinik gegründet wurde, ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung besonders niederschwellig: Pflegefachleute bieten hier ihre Dienste nicht nur in einem spitalexternen Ambulatorium an, sondern leisten auch aufsuchende Arbeit. Sie überweisen Personen, die eine ärztliche Abklärung benötigen, an Allgemeinmediziner in der Poliklinik, die ihrerseits – falls nötig – den Zugang zu SpezialistInnen organisieren.

Lausanne

In Lausanne spielt die medizinische Poliklinik (PMU) ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers. Die PMU ist ein Gründungsmitglied und ein wichtiger Partner des Vereins Point d'Eau (PEL), der seit 1999 die primäre Anlaufstelle für kranke Sans-Papiers ist. Neben Beratung in sozialen Fragen und medizinischer Grundversorgung erhalten die KlientInnen beim PEL Zugang zu hygienischen Einrichtungen (wie Du-

schen und Waschmaschinen). Ausserdem verfügt der Verein PEL über eine ins Ambulatorium integrierte Zahnarztpraxis, die günstige Behandlungen anbietet.

Neuchâtel

Auch beim Dispensaire des rues in Neuchâtel ist die Nutzung von Hygieneeinrichtungen ein wichtiger Aspekt. Dieser Verein entwickelte sich ab 2000 zu einem Treffpunkt für alle Personen mit eingeschränktem Zugang zum Gesundheitswesen. Das Dispensaire ist in der Westschweiz die einzige Stelle, die Sans-Papiers Unterstützung im Gesundheitsbereich offeriert und dabei ohne öffentliche Gelder auskommen muss. Wie die anderen Vereine finanziert es sich durch Mitgliederbeiträge und Spenden und zusätzlich mit Stiftungsgeldern.

La Chaux-de-Fonds

Ein Ambulatorium in eher ländlicher Umgebung wurde 2007 in La Chaux-de-Fonds eröffnet. Das Réseau Santé Migrations geht auf die Initiative von Medicus Mundi und dem Hilfswerk evangelischer Kirchen (HEKS) zurück.

Fribourg, Lugano und Zürich

Bei der Entstehung von drei weiteren Gesundheitsversorgungsstellen für Sans-Papiers war die NGO Médecins Sans Frontières Suisse (MSF) involviert. Mit ihrer Unterstützung entstanden:

- 2003 der Verein Frij [santé in Fribourg,
- 2008 das Projekt Salute nell'ombra in Lugano (da MSF den Aufbau einer medizinischen Grundversorgungstelle wegen der geringen Zahl von Sans-Papiers im Tessin als unnötig erachtete, steht bei der Antenna MayDay, die das Projekt übernom-

men hat, die Vermittlung von Terminen bei Netzwerkmitgliedern im Vordergrund; diese Aufgabe wird von Sozialarbeitenden erfüllt) und

- 2006 Meditrina in Zürich. Bei Meditrina werden die Erstkonsultationen entweder durch eine Pflegefachfrau oder einen Arzt durchgeführt. Das Projekt wurde 2010 vom Roten Kreuz Zürich (SRK) übernommen und in dessen Haus untergebracht (2). Ebenfalls über einen ärztlichen Dienst im gleichen Gebäude verfügt ein zweites, vom SRK finanziertes Projekt: die Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers in Bern, die seit 2007 ins Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer (afk) des SRK integriert ist. Bei Bedarf können die Pflegefachleute, die die primäre Abklärung und Beratung übernehmen, Sans-Papiers an den hausinternen ärztlichen bzw. psychiatrischen Dienst des afk überweisen.

Aargau

Die Sans-Papiers Anlaufstelle im Aargau für Gesundheit und soziale Fragen SPAGAT existiert seit 2008. Die Initiative zur Schaffung dieser Stelle ging vom HEKS aus. Neben direkter medizinischer Grundversorgung bietet SPAGAT auch Unterstützung beim Abschluss von Krankenversicherungen und damit beim Zugang zum Regelgesundheitsystem.

Basel

Diese Unterstützung stand auch im Zentrum des HEKS-Engagements von 2009 – 2011 für Sans-Papiers im Raum Basel, das in die Anlaufstelle für Sans-Papiers integriert war. Die Christoph Merian Stiftung (CMS) übernahm das HEKS-Projekt im 2011 und sprach der Anlaufstelle - basierend auf dem Armutsbericht - einen namhaften Betrag zu. Dieser Betrag macht den Ausbau der Sozial- und Gesundheitsberatung und die Schaffung einer Stelle für medizinische Grundversorgung möglich. Letztere wird im 2012 ihren Betrieb aufnehmen.

RITA BOSSART

(1) Einen guten Überblick über diese Stellen liefern der Bericht „Health care for undocumented migrants in Switzerland“ von Veronika Bilger, Christina Hollomey, Chantal Wyssmüller und Denise Efonyi-Mäder (2011, Wien: International Center für Migration Policy Development) und der Artikel „Heraus aus der Schattenmedizin!“ von David Winizki (2009: 43-44, erschienen in: Widerspruch Heft 56: 39-48).

(2) Weitere Informationen zu Meditrina beinhaltet das Gespräch mit Corina Gross und David Winizki in diesem Heft.



Mangel mit internationaler Rekrutierung beheben?

Massnahmen gegen Pflegenotstand

Das schweizerische Gesundheitssystem empfängt ausländische Arbeitnehmende mit offenen Armen. Was soll daran falsch sein? Die demografische Entwicklung, der prognostizierte Pflegenotstand und die Migration von Gesundheitspersonal hinterlassen im Schweizer Gesundheitswesen deutliche Spuren. Die beängstigende Tendenz führt zu neuen Problemstellungen.

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) engagiert sich seit vielen Jahren in der vom Pflegenotstand betroffenen Schnittstelle der Themen Gesundheit, Bildung und Integration. Das SRK hat vielfältige konkrete Bezugspunkte zur Pflege, so zum Beispiel im Bereich der Unterstützung pflegender Angehöriger, der Anerkennung ausländischer Ausbildungsabschlüsse in den Berufen des Gesundheitswesens sowie durch den Lehrgang Pflegehelfer/-in SRK (PH SRK), um nur drei herauszugreifen.

Dies hat das SRK dazu veranlasst, die aktuelle Diskussion nicht nur an einer

nationalen Tagung (September 2011) aufzugreifen, sondern auch die eigenen Möglichkeiten zu überdenken und in einem Positionspapier festzuhalten (1).

Vorwiegend aus Nachbarländern

Einige Eckdaten seien zur Erinnerung festgehalten: Der Bund kündigte im März 2010 an, dass das Gesundheitswesen Schweiz vor grossen personellen Herausforderungen stehe und die Gewährleistung der Gesundheitsversorgung dadurch in Frage gestellt sei (2). Der Mangel an neu ausgebildeten Pflegefachkräften umfasst jährlich rund 5000 Personen. Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz stützt sich bereits heute stark auf Personal ab, das im Ausland ausgebildet wurde (36%)(3). Das eingewanderte Personal stammt vorwiegend aus Nachbarländern, in über 75% der Fälle aus Deutschland (4).

Mit dem Masterplan *Bildung Pflegeberufe* hat der Bund zusammen mit

den Kantonen und den Organisationen der Arbeitswelt (OdASanté) Massnahmen für die zuständigen Akteure in den Pflegeberufen entwickelt, welche bis 2015 umgesetzt sein sollen. Im Zentrum stehen dabei drei Schwerpunkte: erstens mehr Ausbildungsabschlüsse, auch durch das Bereitstellen von mehr Ausbildungsplätzen in den Pflegeberufen, zweitens das Umsetzen der Bildungssystematik und drittens Massnahmen in Bezug auf ausländische Fachkräfte (5). Auch das SRK beteiligt sich an der Umsetzung des Masterplans *Bildung Pflegeberufe* (dritter Schwerpunkt).

Auch global herrscht Mangel

Der Personalmangel ist aber nicht nur ein Problem in der Schweiz. Auch global gesehen herrscht ein Mangel an Gesundheitsfachkräften, der zu Migration von Pflegepersonal führt. Im Mai 2010 wurde im Rahmen der Weltgesundheitsversammlung der WHO ein *Verhaltenskodex für die internationale Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften* (6) vorgeschlagen und einstimmig angenommen. Diesem Kodex hat auch die Schweiz zugestimmt. Er verlangt mehr Rücksicht auf ärmere Länder, welche unter den Folgen des durch Abwanderung von Gesundheitsfachpersonal entstehenden *brain drain* leiden. Denn wenn qualifiziertes Gesundheitspersonal abwandert, kann dies zu einer Verschärfung der Gesundheitskrise vor Ort beitragen (7).

Das Departement Internationale Zusammenarbeit des SRK ist im Rahmen seiner Programme sehr direkt mit der geschilderten Problematik konfrontiert, und viele Anstrengungen der Stärkung von Gesundheitssystemen vor Ort werden deshalb in ihrer Wirkung abgeschwächt. So kann die absurde Situation entstehen, dass das SRK in Osteuropa neue Unterstützungsangebote aufbauen muss, um eine minimale Pflege von älteren Menschen zu Hause zu ermöglichen, weil die wenigen verbleibenden Ausgebildeten ins Ausland abgewandert sind.

Vorgaben für Abwerbung

Dazu das Beispiel einer Frau aus Rumänien (8): Die Gemeindeschwester hat

zwei Kinder, ihr Mann ist arbeitslos. Sie verdient in Rumänien monatlich etwa 190 Euro und ihre Stelle bei der Gemeinde ist wegen öffentlicher Sparmassnahmen zunehmend unsicher. So migriert sie nach Belgien und nimmt eine Stelle in einem Pflegeheim an. Das ist aus ihrer Perspektive nur verständlich. Für Rumänien ist es hingegen eine grosse Belastung, dass jährlich schätzungsweise 2000 bis 3000 Pflegekräfte Rumänien verlassen oder eine Zertifizierung für das Ausland beantragen. Die Schweiz und andere Aufnahmeländer tragen für diese Situation eine Mitverantwortung. Deshalb sieht der WHO-Kodex Vorgaben für das Abwerben von Personen aus armen Ländern vor, indem die Rekrutierung in Entwicklungsländern zum Beispiel mit Mechanismen versehen

wird, welche die dortigen Gesundheitssysteme durch technische oder finanzielle Hilfe stärken.

Das SRK geht noch einen Schritt weiter und hat mit anderen Organisationen zusammen das Manifest *Gesundheitspersonalmangel nicht auf Kosten der Ärmsten beheben* verfasst. Das Manifest will mit einer breiten Koalition von unterstützenden Organisationen dem WHO-Verhaltenskodex in der Schweiz zur tatsächlichen Umsetzung verhelfen. Es hält fest, dass der Mangel an Gesundheitspersonal in erster Linie in der Schweiz bekämpft werden muss. Unser Land muss sich verstärkt für die Ausbildung und den Erhalt einer dem Bedarf entsprechenden Anzahl von Gesundheitsfachpersonen einsetzen. Das SRK ermöglicht konkret



Für Rumänien ist es hingegen eine grosse Belastung, dass jährlich schätzungsweise 2000 bis 3000 Pflegekräfte Rumänien verlassen [...]. Die Schweiz und andere Aufnahmeländer tragen für diese Situation eine Mitverantwortung.

Migrantinnen und Migranten in der Schweiz, ihren Kompetenzen entsprechende berufliche Perspektiven (und Entlohnung) zu eröffnen: Es führt die Anerkennung der im Ausland erworbenen Diplome für die Berufe im Gesundheitswesen durch. Diese Dienstleistung wird jährlich von rund 2000 ausländischen Fachkräften beansprucht, die in der Schweiz arbeiten wollen und wird im Auftrag des Bundes ausgeführt (9).

Pflegehelferinnen SRK

Das SRK bildet aber auch seit mehr als 50 Jahren selber Laienpflegende aus, so insbesondere die Pflegehelfer/-innen SRK. Ein Grossteil dieser PH SRK verfügt über einen Migrationshintergrund und findet als Pflegehelfer/-in den Berufseinstieg. Man darf den Lehrgang

Pflegehelfer/-in SRK wohl durchaus als eine sehr effiziente Integrationsmassnahme bezeichnen, die zusätzlich dem Pflegenotstand entgegen wirkt. So überlegt sich das SRK einerseits, wie hier lebende Migrantinnen und Migranten, die sich für eine Berufstätigkeit im Gesundheitswesen interessieren und eignen, noch besser unterstützt werden können, um den Lehrgang erfolgreich absolvieren zu können (10). Andererseits kann der Lehrgang PH SRK als Sprungbrett für eine weiterführende Ausbildung im Gesundheitsbereich genutzt werden. Das SRK setzt sich dafür ein, dass interessierte Pflegehelfer/innen SRK Anschlussmöglichkeiten und Unterstützung (durch Information oder Beratung etwa) für den Weg in die Berufsbildung erhalten und der Lehrgang in den betreffenden Bildungsverordnungen und Validierungs- und Nach-

holbildungen anerkannt wird. Dies kann zum Beispieldurch eine Anrechnungsklausel in der Bildungsverordnung zum Attest Assistent/-in Gesundheit und Soziales geschehen (11). Da der grösste Teil der PH SRK über schmale Budgets verfügt und gleichzeitig oft grosse familiäre Verpflichtungen trägt, will sich das SRK für erleichterte Rahmenbedingungen einsetzen. Lernende sollten zum Beispiel keine Lohneinbusen eingehen müssen.

Dies sind einige der Überlegungen und Massnahmen des SRK im Zusammenhang mit dem aktuellen Pflegenotstand. Die Situation bleibt komplex und herausfordernd. Das SRK setzt sich auch in dieser Frage für die Verletzlichen ein, hier und im Ausland.

RAHEL STUKER

Lic. Phil., Schweizerisches Rotes Kreuz, Geschäftsstelle, Departement Gesundheit und Integration, Bern.

(1) Das Papier finden Sie auf www.redcross.ch/vielfalt unter Material.

(2) Vgl. GDK und OdASanté, 2009, Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009, Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene, Bern.

(3) Vgl. Jaccard Ruedin, H. & M. Widmer, 2010, Ausländisches Gesundheitspersonal in der Schweiz, (Obsan-Bericht 29), Neuchâtel: Schweiz. Gesundheitsobservatorium, S. 50.

(4) Vgl. ebd.

(5) Vgl. www.bbt.admin.ch/gesundheit.

(6) Für den Code of practice on the international recruitment of health personnel siehe auch http://www.who.int/hrh/migration/code/WHO_global_code_of_practice_EN.pdf

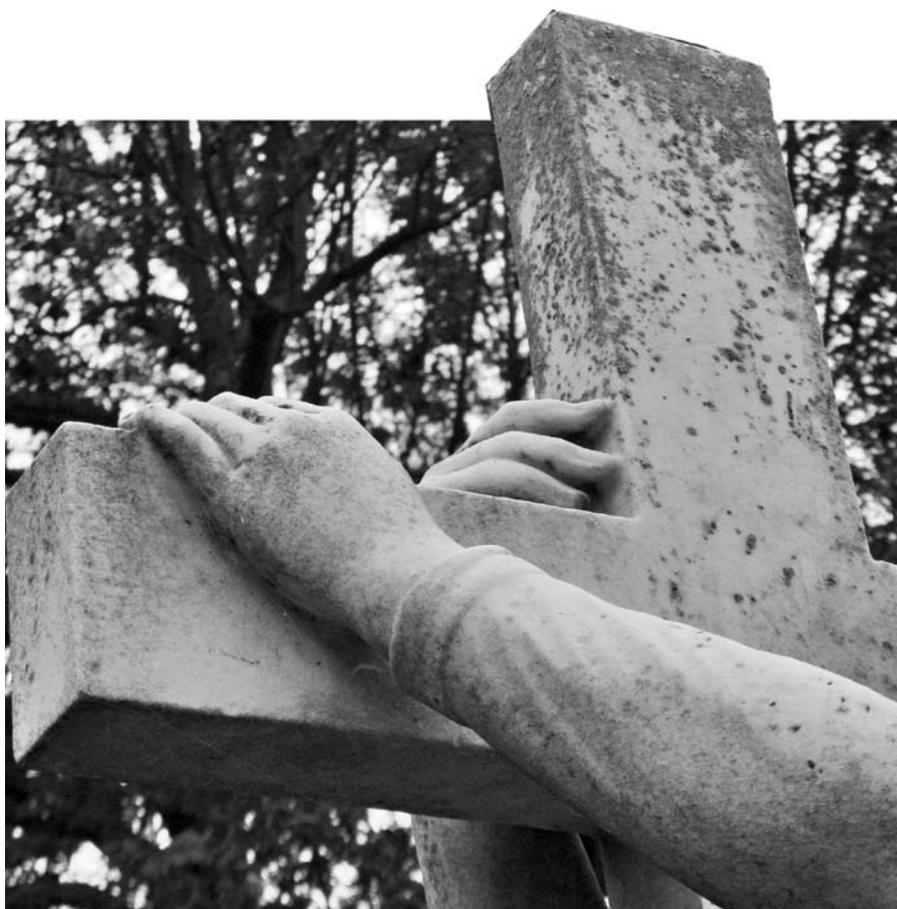
(7) Die Mehrzahl der in der Schweiz tätigen ausländischen Gesundheitsfachkräfte stammt zwar aus dem benachbarten Ausland. Mit der Abwanderung von Gesundheitspersonal wird aber ein Dominoeffekt ausgelöst, der zu noch mehr Abwanderung von Gesundheitspersonal von einem Land in ein nächstes führt und schliesslich die so genannt ärmsten Ländern ebenfalls betrifft.

(8) Das Beispiel stammt aus der Erfahrung der Internationalen Zusammenarbeit des SRK. Für mehr Informationen zu den Projekten des SRK in Rumänien vgl. <http://www.redcross.ch/activities/international/cnt/countries/index-de.php?id=12>.

(9) Mehr Informationen zur Anerkennung von ausländischen Diplomen des SRK finden Sie unter <http://www.redcross.ch/activities/health/hoccd02a02a-de.php>.

(10) Beispiele für sogenannte Förderangebote bietet zum Beispiel das Rote Kreuz Baselland an, siehe <http://www.srk-baselland.ch/kurse/detail.cfm?gtID=1&kID=184>.

(11) Kurse in Richtung Professionalisierung für Pflegehilfen bietet zum Beispiel das Rote Kreuz Kanton Zürich an, siehe <http://www.srk-zuerich.ch/srk/lch-will-lernen/PH-PA-plus/index.php>



shay359 | flickr

Die Unsicherheit, jemanden „gehen“ zu lassen

Diskussion um Verzicht auf Lebensrettung

Kann der NO-CPR-Stempel, den eine Gesellschaft aus dem Thurgau jetzt lancieren will, in Grenzfällen wirklich Klarheit schaffen? Diese Frage stellte Ruedi Spöndlin in einem Kommentar in unserer letzten Ausgabe (<http://www.sozialmedizin.ch/?p=2015>; Soziale Medizin 3.11 S. 22). Hier eine Antwort der Promotorin des Stempels.

Der NO CPR Stempel wurde für Menschen entwickelt, die sich mit dem brisanten Thema Sterben auseinander gesetzt haben. Klarheit zu schaffen ist in diesem Kontext ein subjektiver, zutiefst persönlicher Akt zu bezeichnen. Das Wort Grenzfälle

ist meiner Meinung nach schwierig. Was ist grenzfällig? Ist es der Entscheid eines Menschen, die moderne Medizin nicht zu berücksichtigen? Ist es die Unsicherheit des Rettungspersonals, jemanden „gehen“ zu lassen? Die Polemik ist doch, die Selbstbestimmung eines Menschen – wie er sterben will – und diese in Frage zu stellen. Hat der einzelne Mensch überhaupt das Recht dazu?

Es kann durchaus sein, dass der NO CPR Stempel für Unsicherheit und viel Wirbel sorgen wird. Der Wirbel zeigt sich in den vielen Presseartikeln und nicht zuletzt durch das Schweigen wichtiger offizieller Stellen. Die Medizin hat sich zum hochtechnisierten Leistungsbrieger entwickelt. Die Rettungs- und Lebensverlängerungsindustrie basiert auf einem Sicherheitsbedürfnis der Masse Mensch. Dieses Sicherheitsbedürfnis lässt der Frage – wann ist genug? – kaum Platz.



Falls der Patient bis zum Notfall oder zur IPS überlebt, aber eine klare Verfügung erstellt hat, müssen die Maschinen abgestellt werden. Dieser Moment stellt die grosse Schwierigkeit der passiven Sterbehilfe dar und die Belastung für das Personal und die Angehörigen ist immens.

Und jetzt getraue ich mich als Entwicklerin dieses Stempels, Unsicherheit zu streuen, indem ich eine Lücke abdecke und einstehe für eine Minderheit, die nicht nur weiss, wann für sie genug ist, sondern auch, wie sie sterben will. Die Komparation ist noch provokativer, dessen bin ich mir bewusst. Der kleine „sauteure“ Stempel arbeitet effektiv, medienwirksam. Es ist an der Zeit, dass Mann und Frau sich Gedanken übers Sterben machen. Und dies hat mein Stempel wohl erreicht. Er polarisiert, regt Diskussionen an.

In einer Reanimationshektik aufgehen

Zwei Seiten formieren sich: Auf der einen Seite die Stempelträger, die sich mit der Frage des eigenen Sterbens auseinander gesetzt haben und ganz klar keine REA in irgendwelcher Form wünschen. Dies können palliative Patienten sein, aber auch absolut gesunde ältere Menschen. Sie wollen sich die Möglichkeit offen lassen, bei einem plötzlichen Geschehnis sterben zu dürfen. Genau dies ist heute nicht mehr in der medizinischen Planung. Den plötzlichen Tod, mitten aus dem Leben heraus, sind wir uns nicht mehr gewohnt. Wir sind nicht mehr in der Lage, menschlich zu reagieren, sondern gehen in einer Reanimationshektik auf, die darauf schliessen lässt, dass wir uns mit dem Tod nicht differenziert auseinander gesetzt haben. Dazu kommt die Unfähigkeit, loszulassen, hinzunehmen und das Sterben als natürlicher Vorgang zu sehen.

Dieser kleine Stempel hält uns einen Spiegel vor, stellt unsere Lebenseinstellung und unser Urvertrauen in die moderne Medizin in Frage. Dies muss hohe Wellen schlagen und kontrovers diskutiert werden. Eine neue Kultur des Altwerdens und des Sterbens darf entstehen.

Auf der anderen Seite stehen die Retter, die sich verpflichtet haben, Leben unter allen Umständen zu retten. Sie haben einen Auftrag, den sie sehr gut und gewissenhaft ausführen und so versuchen, die Gefahr einer Spätschädigung zu minimieren. Sie wollen nicht entscheiden müssen, ob REA ja oder nein. Dies ist nicht Inhalt ihres Berufsbildes. Viele Rettungsärzte stehen dem Stempel

skeptisch gegenüber. Der Präsident der FMH will vor einer Entscheidung für oder gegen die Reanimation das Gespräch mit dem Patienten suchen (Tagessanzeiger vom 6.10.2011).

Viele Rettungsleute ziehen es vor, dem Spitalpersonal und den Angehörigen die Verantwortung zu überlassen, die vorhandene Patientenverfügung zu respektieren und zu berücksichtigen. Falls der Patient bis zum Notfall oder zur IPS überlebt, aber eine klare Verfügung erstellt hat, müssen die Maschinen abgestellt werden. Dieser Moment stellt die grosse Schwierigkeit der passiven Sterbehilfe dar und die Belastung für das Personal und die Angehörigen ist immens.

Möglichkeit, Menschlichkeit walten zu lassen

Gespräche mit Rettungssanitätern zeigen deutlich, dass viele von ihnen froh um den Stempel sind, da er ihnen die Möglichkeit gibt, Menschlichkeit walten zu lassen. Dies würden sie nie öffentlich äussern, aber der Spruch unter den Rettungssanitätern: „Wenn wir kommen, wird jeder Tote wieder zum Patienten“, zeigt, dass sie in vielen Situationen zum Handeln gezwungen sind.

Der Stempel wird verkauft, genutzt und irgendwann steht ein Rettungssanitäter vor der Entscheidung, einen Stempelträger zu reanimieren oder eben nicht. Dies verlangt von den Rettern einen ganz neuen Umgang in Notsituationen und vom gesamten medizinischen Personal die Grösse, den Willen eines Patienten zu respektieren. Der

mündige Patient weiss um die möglichen Folgen einer Reanimation und vor allem weiss er um seinen Gesundheitszustand. Die Retter müssen ihm die Urteilsfähigkeit wieder zusprechen und lernen zu akzeptieren, dass ihre Dienstleistung in manchen Fällen nicht erwünscht ist.

Zu meiner Person:

Ich komme aus dem landwirtschaftlichen Bereich, durch Umschulung bin ich seit rund 10 Jahren als Pflegefachfrau HF tätig. Bei der Arbeit mit palliativen Patienten im häuslichen Bereich sind mir die Thematik der Patientenverfügung, die Ängste vor einer allfälligen Reanimation und einem siechenden Aufenthalt im Spital sehr nahe gekommen. Da ich bestrebt bin, Probleme zu lösen, anstatt in langen Diskussionen zu wälzen, kam ich auf die Lösung mit dem Stempel. Von der Idee bis zur Realisation dauerte es über 4 Jahre. Erst als sich die Zusammensetzung der Gesellschafter für die NO CPR GmbH abzeichnete, konnte ich Hoffnung schöpfen, dass der Stempel auch wirklich auf den Markt kommen könnte. Da alle vier Männer der GmbH hinter der Idee stehen und bereit sind, sich auch ohne Gewinnaussichten, sondern aus eigener Betroffenheit heraus zu engagieren, wurde der Marktauftritt überhaupt möglich. Dass dies nun ein so grosses Echo auslöst, war für uns alle nicht voraussehbar, aber von mir erhofft.

ANGELINA HORBER-MARINELLO



Ein Erfolg einer historisch traditionsreichen Bewegung, ein Erfolg einer Bewegung, deren Teil auch diese Zeitschrift ist.

Soziale Medizin: Sind wir am Ziel?

Nun erscheint die Soziale Medizin also zum letzten Mal und man ist fast geneigt zu sagen: Die Anerkennung durch die Weltgesundheitspolitik, dass die sozialen Faktoren unsere Gesundheit bestimmen, zeigt, wir sind am Ziel. Mission erfüllt! Diese Sichtweise wäre dann aber eine ziemliche Schönfärberei. Denn die Gesundheitspolitik in der Schweiz und weltweit ist nach wie vor profitgetrieben. Es braucht genau wie vor dreissig und wie vor hundert Jahren Menschen, die sich dafür engagieren, dass Gesundheit als Grundrecht und nicht als Ware verstanden wird – und es braucht Medien, in welchen dieser Standpunkt reflektiert und erforscht werden kann.

Das Netzwerk Medicus Mundi (MMS) Schweiz verliert mit dem Einstellen der Sozialen Medizin einen Raum, in welchem wir für ein an medizinischen Fragen höchst sensibilisiertes Publikum über die globale Dimension von Gesundheit berichten konnten.

Die Schwierigkeit, die sich einer Organisation stellt, die mit beschränkten Mitteln Sensibilisierungsarbeit für globale Gesundheitsthemen macht, besteht darin, dass das mediale Umfeld für internationale Themen im Allgemeinen und globale Gesundheit im Speziellen schwieriger geworden ist.

Wer interessiert sich noch für die Gesundheit der Ärmsten?

Auf der Couch mit der globalen Gesundheit

Wirtschaftskrise und veränderter Medienkonsum machen es zunehmend schwierig. Interesse für Themen der internationalen Gesundheit zu finden. Einige Stiftungen gehen deshalb neue Wege.

VON MARTIN LESCHHORN STREBEL

Im Oktober haben sich Delegierte der WHO-Staaten in Rio de Janeiro getroffen, um diejenigen Faktoren anzugehen, welche die Gesundheit der Menschheit primär bestimmen. Ging es

da um neue Viren wie die Vogelgrippe, Krankmacher wie Tabak oder die Umweltverschmutzung? Nein, es ging um die sozialen Determinanten von Gesundheit – um diejenigen Bedingungen, welche die ungleiche Verteilung von Gesundheit weltweit bestimmen. Die Verteilung von Geld, Macht und Ressourcen definieren den gesundheitlichen Zustand der Menschen auf dieser Erde.

Die Erkenntnis, dass es die sozialen Bedingungen sind, die unsere Gesundheit bestimmen, ist dank dem ausgezeichneten Bericht der WHO-Kommission zu den sozialen Determinanten ganz oben in der Politik angekommen.

Schwindsucht der Auslandberichterstattung

Entscheidend ist, dass die Auslandberichterstattung in den vergangenen Jahren generell in den hiesigen Medien zurückgefahren wurde. Das umfangreiche Jahrbuch über die Qualität der Medien zeigt auf, dass in der Schweizer Presse zwischen 2001 und 2009 der Anteil der Politikberichterstattung über das Ausland von 42% auf 24% gefallen ist. Gleiches lässt sich auch zur Berichterstattung von Radio und Fernsehen sagen. Das hängt sicherlich mit dem vielzitierten Strukturwandel der Medien zusammen, zeigt aber auch den kultu-

rellen Wandel in der Schweiz, die sich nur noch mit sich selbst zu beschäftigen weiss.

Der öffentliche Diskurs ist isolationsistischer geworden. Primär zählt auch in der knapperen Auslandsberichterstattung, was mit der Schweiz verknüpft werden kann. Die MMS-Arbeit zugunsten des WHO-Kodexes zur Rek-

Keyser Family Foundation zeichnet aufgrund von Interviews mit US-amerikanischen JournalistInnen, die sich mit Gesundheitsthemen befassen, die Entwicklung eindrücklich nach. Neben dem fehlenden Geld und der Schliessung von Auslandsbüros der Medien, hat sich die Wahrnehmung dessen verändert, was die LeserInnen interessieren könn-

Fernsehserie zu globalen Gesundheitsthemen realisierte, erklärt im Keyser Bericht, dass dies heute undenkbar wäre: „Es gibt da draussen kein Geld mehr für so was. Pharao Tutanchamuns Gold interessiere nun einmal mehr als eine Malaria-Show.“ (Keyser, p. 6)

Eine Reaktion auf diese Entwicklung besteht nun darin, dass Stiftungen Berichte und Blogs zu Themen der internationalen Gesundheit finanzieren. Dazu zählt – neben der Keyser Foundation selbst – auch die Bill und Melinda Gates Foundation, die in diesem Bereich zu einem grossen Spieler der Advocacyarbeit geworden ist. In den USA bezahlt Gates mit rund 10% ihrer jährlichen Ausgaben von 3 Milliarden Fernseh- und Radiobeiträge von ABC oder Public Radio International wie auch die von der britischen Zeitung „The Guardian“ geführte Website Global Development.

Da stellt sich sehr schnell die Frage, ob damit die Unabhängigkeit der Berichterstattung noch sichergestellt ist. Diese Form der Sensibilisierungsarbeit ist als Reaktion auf die Abwendung traditioneller Medien von Themen der internationalen Gesundheit zwar verständlich. Wenn sie aber nicht mit höchster Transparenz erfolgt, bedroht sie mittelfristig die Reputation der Gesundheitszusammenarbeit mehr als das sie sie fördert.

Martin Leschhorn Strebel ist Mitglied der Geschäftsleitung des Netzwerks Medicus Mundi Schweiz.

Quellen

Taking the Temperature: The Future of Global Health Journalism. A Report for The Keyser Foundation by Nelly Bristol and John Donnelly.

Sandi Doughton and Kristi Heim: Does Gates funding of media taint objectivity. The Seattle Times, 19th February 2011, http://seattletimes.nwsource.com/html/localnews/2014280379_gatesmedia.html

Jahrbuch 2010 Qualität der Medien. Schweiz – Suisse – Svizzera. Herausgegeben vom fög - Forschungsbereich Öffentlichkeit und Gesellschaft/Universität Zürich im Auftrag der Stiftung Öffentlichkeit und Gesellschaft, Zürich 2010.



Es braucht genau wie vor dreissig und wie vor hundert Jahren Menschen, die sich dafür engagieren, dass Gesundheit als Grundrecht und nicht als Ware verstanden wird – und es braucht Medien, in welchen dieser Standpunkt reflektiert und erforscht werden kann.

rutierung von Gesundheitspersonal interessierte die Medien, weil es sich darauf zuspitzen liess, dass die Schweiz ihren Personalmangel auf Kosten der Ärmsten löst. Die dahinter stehenden Probleme in den Herkunftsländern interessierten eigentlich nur am Rande.

Beliebt ist bei den Medien eine Geschichte dann, wenn der Kampf für eine bessere Gesundheit in Entwicklungsländern mit einem „Swissness“-Stempel versehen werden kann. Ein Schweizer Arzt oder eine Schweizer Krankenpflegerin, die sich in einem afrikanischen Spital gegen Malaria engagieren, ist der Stoff, der interessiert. Daraus kann eine Schweizer Homestory aus dem afrikanischen Busch gedreht werden – doch wie setzt man bitteschön die Abschaffung von Gesundheitsgebühren auf die Couch?

Gesundheitssysteme: Nichts für eine Spassgesellschaft

Für Themen der globalen Gesundheit ist dies fatal. Sie fallen zusehends unter den Tisch. Dies ist nicht nur in der Schweiz so. Ein aufschlussreicher Bericht der

te. Übergewicht in Japan sei nun mal viel gefragter als Resistenzen auf TB-Medikamente. Zudem seien Themen, welche die Gesundheitssysteme betreffen, viel schwieriger zu vermitteln als irgendeine Epidemie. Und Larry Klein, ein unabhängiger US-amerikanischer Filmemacher, der 2005 eine grössere

Globale Gesundheitsthemen

Bleiben Sie auf dem Laufenden

Das Netzwerk Medicus Mundi Schweiz informiert regelmässig, in seiner Zeitschrift MMS Bulletin, auf seiner Website, in einem elektronischen Newsletter wie auch über Facebook und Twitter über Entwicklungen in internationalen Gesundheitspolitik und über die schweizerische Gesundheitsausser- und Entwicklungspolitik.

www.medicusmundi.ch

Zuerst musste das Schweigen gebrochen werden

Lesotho und die AIDS-Katastrophe

In Lesotho, einem der ärmsten Länder des südlichen Afrika, hat AIDS katastrophale Ausmasse angenommen. Dies zeigt der vorliegende Reisebericht von zwei Mitgliedern der Redaktionsgruppe Soziale Medizin. Basismedizinische Strukturen befinden sich mit internationaler Hilfe im Auf- und Ausbau und Laien-Kräfte sollen dem Ärztemangel abhelfen. Staatliche und christliche Institutionen sowie NGOs wie SolidarMed arbeiten bei den kostenlosen Präventions- und Therapieleistungen weitgehend zusammen.

Von Käti Ensner
und Fritz Witschi

Die HIV-Epidemie in Afrika hat die südlichen Länder des Kontinents ganz besonders betroffen. Dass man dabei zuerst an die Republik Südafrika denkt, ist verständlich. Mit ihren 50 Millionen Einwohnern ist sie das industriell hochentwickelteste Land Afrikas. In seinen Grossstädten und Bergbauzentren grassiert die HIV-Infektion in erschreckendem Ausmass, z.B. in den grossen Arbeitersiedlungen der Diamanten- und Goldminen.

Aber auch die angrenzenden Staaten wie Botswana und Swasiland und das wie eine Insel innerhalb von Südafrika gelegene Lesotho sind von der Epidemie besonders betroffen. Letzteres hat mit seinen rund 300'000 HIV-positiven Menschen auf 1,8 Millionen Einwohner weltweit die dritthöchste HIV-Rate nach Swasiland und Botswana (siehe Box). Dazu kommt die Tuberkulose - dreiviertel aller Tuberkulose-Patienten sind HIV-infiziert, die Hälfte aller HIV-Patienten sterben an TB!

Krankheit lange tabuisiert

Das in grossen Teilen unfruchtbare Bergland Lesotho ist nicht ganz so gross wie die Schweiz und wirtschaftlich engstens mit der Republik Südafrika verbunden. Es ist einerseits mit seinen von 1000 bis fast 4000 m aufsteigenden Gebirgen so etwas wie das Wasserschloss für Südafrika. Aus den gewaltigen Stauseen seiner Gebirgstäler wird Wasser mittels eines riesigen Leitungssystems bis in die Millionenstädte seines Nachbarlandes geführt. Andererseits arbeitet traditionell ein grosser Teil der erwachsenen Männer als Wanderarbeiter in den Bergbauminen Südafrikas - der Arbeitslosigkeit, aber nicht der Armut entfliehend. Es ist tragisch für alle, dass im Wesentlichen gerade sie, von Schwerstarbeit und Silicose gezeichnet, das Virus ins Land brachten, wenn sie einmal im Jahr für kurze Zeit zu ihren Familien in die Bergdörfer zurück kehrten.



Da die Krankheit lange Zeit wie in Südafrika tabuisiert und das Sterben fatalistisch hingenommen wurde, breitete sich das Virus mit erschreckender Geschwindigkeit aus. In den weiten, abgelegenen und schwer zugänglichen Gebirgstälern, wo höchstens Schafe oder Kühe weiden und Subsistenzwirtschaft noch weit verbreitet ist, gab es für die HIV-Infizierten kaum Hilfe. Das im armen Land ohnehin schon schwach ent-

wickelte Gesundheitswesen war verständlicherweise komplett überfordert. Die innert 10 Jahren drastisch gesunkene Lebenserwartung von 60 auf 40 (M) und 44 (F) Jahre spricht eine deutliche Sprache (WHO, 2008). Die Epidemie brachte dem Land einen enormen wirtschaftlichen Rückschlag. Gemäss Definition der Regierung sind über 50% der Einwohner arm - als arm gilt jemand, wenn sein Haushaltseinkommen pro

Familienmitglied und Monat weniger als 10 Euro beträgt.

Die Katastrophe schwächte auch das für die Bekämpfung der Epidemie wichtige Sozialsystem extrem. Viele Männer und Frauen fast einer ganzen Generation starben oder sind stark geschwächt und hinterliessen ihre Kinder als Waisen den Grosseltern oder Alten der Dörfer.

Aufbau der Hilfe

Lesothos Gesundheitssystem stützt sich auf Spitäler und Gesundheitszentren des Staates mit ca. 1000 Betten und auf christliche Gesundheitseinrichtungen. Diese sind im Dachverband christlicher Krankenhäuser (CHAL) organisiert und verfügen in 8 Spitälern zusammen über rund 700 Betten. Sie versorgen - zusammen mit den ca. 70 von ihnen geführten Gesundheitszentren - etwa die Hälfte der Einwohner, schwergewichtig in den ländlichen und abgelegenen Berggebieten. Eine wesentliche Stütze sind dabei die mobilen Teams, die PHC-Teams (Primary Health Care Team, 'Erste Hilfe Gesundheitsdienste') der christlichen Einrichtungen und die Distrikts-gesundheitsteams des Ministeriums. Diese wirken in Zusammenarbeit mit den Spitälern *ausserhalb* der Spitäler. Sensibilisierung und Aufklärung zu HIV, Prophylaxe, Impfungen, Betreuung von Waisenkindern und Schwangeren, Kontakte zu den Dorfkomitees usw. sind ihre Aufgaben (Siehe 'HIV-Tag in Makhunoane')

Lesotho hat ab 2005/2006 die von der WHO formulierten Massnahmen gegen die HIV-Epidemie zielstrebig an die Hand genommen. Mit den vorhandenen, schon so überforderten ÄrztInnen - auf 10 000 Einwohner kommen eine ÄrztIn und ca. 6 Krankenschwestern - konnte eine solche Epidemie nicht eingedämmt werden.

Jährlich bilden sich zwar rund 50 Basotho im Ausland zu Ärzten aus, aber kaum einer kehrt zurück. Sie praktizieren im für sie lukrativen Südafrika. Die meisten in Lesotho arbeitenden Ärzte kommen aus der Demokratischen Republik Kongo und haben nur eine eingeschränkte Ausbildung für Tropenmedizin (Malaria und andere Tropenkrankheiten, die es in Lesotho praktisch nicht gibt). Umgekehrt hat der Kongo eine relativ geringe HIV-Rate, was dazu führt, dass die in Lesotho ankommenden Ärzte sich in die Aufgaben betreffend AIDS-Epidemie einarbeiten und, französisch sprechend, erst noch englisch lernen müssen. Wenn sie das erfolgreich hinter sich haben, ziehen viele weiter - meistens ebenfalls nach Südafrika.

Um trotz dieser Situation möglichst schnell und effizient die Epidemie bekämpfen zu können, beschloss Lesotho

mit dem sogenannten *task-shifting* sich wesentlich auf ausgebildete Laien-Kräfte abzustützen. Gemäss WHO werden im *task-shifting* Aufgaben, die üblicherweise von höheren Kadern verübt werden, unter Supervision an tiefere Kader delegiert. So wird die Aufgabe der HIV-Therapie von Ärzten an Krankenpflegepersonal delegiert. Die Aufgabe der Kontrolle der Medikamenteneinnahme, Beratung etc. von diesen an Laienpersonal (Laycounsellors, Expertpatients, etc.). Damit dies einheitlich und wirkungsvoll mit möglichst wenigen Fehlern funktioniert, wurde vom Gesundheitsdepartement ein Massnahmenkatalog mit praxisherechten Anlei-

Im Kampf gegen AIDS übernimmt der Staat die Lohnkosten des ausgebildeten Personals der christlichen Einrichtungen. Auch die Medikamente für Erwachsene und Kinder gegen AIDS, Tuberkulose (TB), Impfungen, Testmaterialien usw. werden im ganzen Land vom Staat unentgeltlich zur Verfügung gestellt. Die Zusammenarbeit funktioniert bis in die von der Hauptstadt weit entfernten Regionalspitäler. Mit der unentgeltlichen Abgabe der Medikamente wurden die Gebühren für die stationären Behandlungen in den Spitälern wesentlich reduziert und in den Kliniken/Zentren abgeschafft.

Dieses Betreuungs-Netz ist in den



Bild: Animation im Wartesaal des Ambulatoriums.

tungen ausgearbeitet - zu befolgen wie die Anleitungen eines Kochbuches. Diese müssen im ganzen Lande von *allen* ausnahmslos strikte angewendet werden, was kontrolliert wird.

Die Aufgaben betreffen den ganzen Bereich von Information, Prävention, Diagnose bis zur Therapie für AIDS, TB usw für Erwachsene wie für Kinder. Sie beinhaltet die Betreuung von schwangeren und stillenden Frauen, die Ernährungsberatung, Diabetes usw. In vielen Bereichen funktioniert die Zusammenarbeit mit den Organen der Regionen und Dorfgemeinschaften. Auch die Aufklärungskampagnen werden auf dieser Basis durchgeführt.

letzten Jahren gewachsen und funktioniert, wie uns versichert wurde, stabil und kann Erfolge aufweisen. Dass ein solches System, das sich wesentlich auf Laien-Personal abstützt, tagtäglich mit grossen Schwierigkeiten kämpft, ist verständlich. Um diese Erfolge abzusichern und - was dringend nötig ist - auszubauen, wird es grosse zusätzliche Anstrengungen brauchen.



witschi ensener

Finanzhilfe von aussen

Lesotho war und ist grundlegend auf externe finanzielle und logistische Hilfe angewiesen, um die AIDS-Katastrophe einzudämmen und zu überwinden. Wichtige finanzielle Stützen sind seit einigen Jahren der GFATM („Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria“, multinational und privat finanziert), der PEPFAR (der 2003 von Präsident Georg W. Bush eingerichtete ‚the Presidents Emergency Plan for AIDS Relief‘) und der MCA („Millennium Challenge Account“). Der MCA wird aus verschiedenen Quellen gespeist, z.B. von der *Bill und Melinda Gates Stiftung*, der *Clinton Foundation* usw. Um die periodisch bewilligten Finanzen zu erhalten, müssen von den Staaten und ihren die Mittel verwendenden Institutionen strenge Auflagen für zweckgerechte Verwendung der Mittel erfüllt sein, insbesondere funktionierende, korruptionsfreie Strukturen des Gesundheitswesens.

Dazu kommen die Mittel der NGO's - wie z.B. jene von SolidarMed - und die erheblichen Eigenmittel, die die Kirchen für den Betrieb ihrer Krankenhäuser und Gesundheitszentren aufbringen. Die NGO's wie die Kirchen sind auf die kontinuierliche Spendenbereitschaft in den Herkunftsländern angewiesen.

Wie wichtig im Kampf gegen AIDS die stabile Versorgung der Patienten ist, macht die Tatsache deutlich, dass die *lebenslange*, kontinuierliche und kontrollierte Abgabe der heute viel billigeren und einfach einzunehmenden Medikamente, die im Wesentlichen ein ganz normales Leben ermöglichen und die Ansteckungsgefahr erheblich reduzieren, *unterbrechungsfrei* geschehen muss. Ein Unterbruch von einigen Tagen führt zu Resistenzen und mittelfristig zum sicheren Tod der Patienten.

Grosse Aufgaben noch zu lösen

Wer innert weniger Stunden von Mitteleuropa nach Lesotho - mitten in die Realität der HIV-Katastrophe - gelangt, kann nur grössten Respekt haben vor all jenen, die sich der gigantischen Herausforderung stellen. Je mehr man in

die entlegenen Gebiete kommt, die Dienste der Beerdigungsfirmen an allen Ecken und Enden angeboten bekommt, den Beerdigungszügen begegnet und überall die frisch aufgeworfene Gräber sieht, desto mehr wird einem die Tragödie bewusst. Die malerisch an den wunderbaren Bergen liegenden Häusergruppen kann man nicht mehr betrachten ohne an die darin hausende Krankheit zu denken.

Die Präventions-Kampagnen und der Ausbau der Gesundheitseinrichtungen haben viel gebracht. Zuerst musste das Schweigen gebrochen werden. Eine grosse Kampagne bestand darin, dass die Leute mit einem Gummiband am Handgelenk offen zeigten, dass sie sich getestet haben und ihren Status (auf dem Band stand: „Ich kenne meinen Status – und Du?“) kannten. Auf Strassentransparenten, auf Tafeln, Inschriften an Häusern und Bergflanken in den schwer zugänglichen Bergtälern - überall wird auf AIDS aufmerksam gemacht, auf Gesundheitszentren hingewiesen usw. Kondome sind an allen Orten, wo Menschen zusammen kommen, gratis zugänglich: Bars, Restaurants, Dorfzentren usw. Die Informationskampagne hat vor allem viele Frauen erreicht. Zweifellos ist die Betreuung der Frauen vor, während und nach der Schwangerschaft für diese selbst sowie ihre Kinder besonders wichtig. Denn mit einer medikamentösen Behandlung kann die AIDS-Infektionsrate bei den Säuglingen auf rund 2% gesenkt werden.

Aber die Aufgaben sind riesig. Nach wie vor werden sehr viele Menschen neu infiziert. Das Problem der Wanderarbeiter ist nicht gelöst, obwohl deren Anzahl in neuerer Zeit durch die Wirtschaftskrise und rassistische Auseinandersetzungen in Südafrika zwar zurück gegangen ist, womit die Armut im Lande aber noch zugenommen hat. Viele flüchten neu in die Schwarzarbeit in Südafrika (offenbar auch mehr Frauen) und können so für eine kontinuierliche Therapie gar nicht mehr erfasst werden.

In den weitläufigen Bergtälern ist das Fehlen von Transportmöglichkeiten besonders in den Regenmonaten mit Schlammrutschen und starken Flüssen ein riesiges Problem: Die Informa-



Auf Strassentransparenten, auf Tafeln, Inschriften an Häusern und Bergflanken in den schwer zugänglichen Bergtälern - überall wird auf AIDS aufmerksam gemacht, auf Gesundheitszentren hingewiesen usw. Kondome sind an allen Orten, wo Menschen zusammen kommen, gratis zugänglich

tionen kontinuierlich zu sichern, die frühzeitige Erfassung von HIV-Infektionen oder TB Erkrankungen zu erreichen, Schwangere zu begleiten usw. ist enorm schwierig. Damit Menschen die Gesundheitsstellen mit 2 bis 3 Std. Fussmarsch erreichen, um die Medikamente zu bekommen - um dann ebenso lang zurück zu laufen - müssen sie einigermassen fit sein. Schwache bleiben dann ohne Behandlung, was bei HIV-Positiven und TB-Kranken lebensgefährlich ist. Darum ist es sicher erfolgversprechend, dass, wie jetzt begonnen wird, Gesundheitsteams in diese Täler, Siedlungen und Gehöfte gehen, um basismedizinische Leistungen vor Ort zu erbringen und dabei auch die Zusammenarbeit mit traditionellen Heilern und den Dorfverantwortlichen zu stärken. Das aber ist eine gigantische und kostspielige Aufgabe und es wird wahrscheinlich Jahre dauern, um hier durchschlagende Erfolge zu erzielen. Denn noch immer hat erst jeder zweite Infizierte Zugang zur medikamentösen Behandlung!

Widersprüche und Hoffnung

Widersprüche in den Präventions-Kampagnen existieren auch in Lesotho. Während von staatlicher Seite nebst anderen Massnahmen auch die Benutzung von Kondomen propagiert und deren Verteilung organisiert wird, verzichten die katholischen Einrichtungen auf deren Propagierung und offiziell auch auf deren Abgabe.

Aus unserer Sicht ist es unverständlich, dass angesichts einer solchen Katastrophe diese unbestritten wirksame Präventionsmöglichkeit nicht einheitlich unterstützt und organisiert wird. Dabei ist es zweifellos so, dass in Lesotho jede und jeder, der oder die Kondome gebrauchen will, diese leicht und unentgeltlich bekommt. Paternalistische oder moralisierende Belehrungen sind so oder so kontraproduktiv.

Festzuhalten ist, dass auch die katholischen Einrichtungen in grossen Bereichen der medizinischen Grundversorgung auch für AIDS- und TB-Kranke und besonders bei der Betreuung von Schwangeren/Stillenden und Kindern im ganzen Lande eine enorme und positive Arbeit leisten, und das vielfach unter ganz schwierigen Bedingungen.

Wir haben in Roma die StudentInnen der dortigen, einzigen Universität und im ganzen Lande immer wieder die vielen, vielen Schulkinder gesehen, darunter zwangsläufig viele Waisenkinder. Sie alle verkörpern die Hoffnung Lesothos. Ganz sicher sind die Präventions-Kampagnen zu AIDS in den letzten Jahren an den Schulen vorgekommen. Diese neue Generation wird, so ist zu hoffen, die AIDS-Katastrophe nicht nur überleben, sondern mithelfen, diese zu überwinden.

Dieses Dossier wird auf Seite 43 fortgesetzt

SGSP INFOSSPS

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

Liebe Leserin, Lieber Leser

Seit den 90-er Jahren ist das Internet von einem einfachen Versuch der Kommunikation zu einem weltweit unerlässlichen Medium geworden. Die Anzahl Webseiten ist in rund 10 Jahren von einigen tausenden auf hunderte von Millionen angestiegen und die Anzahl der Internet-Benutzer hat sich zwischen 2000 und 2005 praktisch verdoppelt und heute die Milliarden-Grenze überschritten, sowohl was die Schaffung von Inhalten und Funktionen, als auch die Anzahl Benutzer betrifft.

Das Internet ändert vielleicht nicht grundlegend die menschliche Kommunikation. Das Internet kurbelt jedoch die Kommunikation auf Distanz durch seine Eigenschaften der Unmittelbarkeit, der Quantität, der Wahl, der Öffnung, der weltweiten Verbreitung und dem Netzwerk an.

Zusätzlich zu diesem „Doping-Effekt“ besitzt das Internet als grössten Trumpf die Möglichkeit, unendlich viele Ideen, Inhalte und Anwendungen entsprechend den Konzepten und Bedürfnissen der Verfasser aufzunehmen und zu übertragen.

Diese Eigenschaften führen dazu, dass das Internet unumgänglich wird sobald es einen neuen Kommunikationsraum überschritten hat. Das ist klar der Fall für die verschiedenen sozialen, kommerziellen, pädagogischen, wissenschaftlichen und politischen Bezüge.

Darüber hinaus trägt das Internet und seine Anwendungen auch dazu bei gewisse Aspekte des sozialen Geschehens zu verändern. Eines der auffallendsten Bei-

► S. 32

Chère lectrice, cher lecteur

Depuis les années 90, Internet est passé d'une simple expérience de communication à celui d'un média incontournable à travers le monde. Le nombre de sites web est passé de quelques milliers à plusieurs dizaines de millions en environ 10 ans et le nombre d'internautes a quasiment doublé entre 2000 et 2005, dépassant aujourd'hui le milliard de personnes. Cette croissance se poursuit à travers le monde, tant par la création de contenus et de fonctions que par le nombre d'utilisateurs.

Internet ne change probablement pas de manière fondamentale et intrinsèque la communication humaine. Internet « dope » cependant la communication à distance par des propriétés telles que l'immédiateté, la quantité, le choix, l'ouverture, la mondialisation et la mise en réseaux.

Au-delà de cet effet dopant, Internet a comme atout majeur de pouvoir accueillir et véhiculer une infinité d'idées, de contenus et d'applications adaptables en fonction des concepts et besoins des créateurs.

Ces caractéristiques font qu'Internet devient incontournable dès qu'il a franchi un nouvel espace de communication. C'est clairement le cas pour de multiples transactions sociales, commerciales, éducatives, scientifiques et politiques.

Bien au-delà d'être un support de diverses transactions sociales, Internet et ses applications contribuent à modifier certains aspects du fonctionnement social. Un des exemples les plus frappants

► p. 32

Care lettrici, cari lettori,

A partire dagli anni 90 Internet è passato da una semplice esperienza comunicativa ad un mezzo di informazione e comunicazione indispensabile in tutto il mondo. Il numero dei siti web è aumentato da qualche migliaio a diverse decine di milioni in circa 10 anni e il numero degli internauti è pressoché duplicato tra il 2000 e 2005, superando oggi il miliardo di persone. Questa crescita caratterizza tutto il mondo, sia per la creazione di contenuti e funzioni sia per il numero di fruitori.

Internet, probabilmente, non cambia in modo fondamentale ed intrinseco la comunicazione umana. Però Internet “dopa” la comunicazione a distanza, con caratteristiche come l'immediatezza, la quantità di messaggi, le scelte possibili, l'apertura, la mondializzazione e il collegamento in rete.

Al di là di questo effetto “dopante” Internet ha il grande pregio di poter accogliere e veicolare un'infinità di idee, di contenuti e di applicazioni adattabili in funzione dei concetti e dei bisogni di chi li ha concepiti.

Queste caratteristiche fanno sì, che Internet, oltrepassando la soglia di un nuovo spazio comunicativo diventi indispensabile. È il caso di molteplici scambi sociali, commerciali, educativi e politici.

Ben oltre che ad essere solo di supporto per queste transazioni sociali, Internet e le sue applicazioni, contribuiscono al cambiamento di certi aspetti del funzionamento sociale. Uno degli esempi più eclatanti è il suo ruolo nella

► p. 32

31 Editorial (Yaser Khazaal)

34 I novi Media
(Paolo Cicale)

33 Sozialpsychiatrie und die neuen Medien,
Gedanken zum Thema
(Ruth Waldvogel)

37 La psychiatrie sociale à l'heure des
nouvelles technologies: le regard d'un
jeune médecin
(Alexandre Wullschleger)

39 Internet et la prise en charge
des addictions. Les sites « Stop »
(Grégoire Monney)

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

42 European Congress for Social Psychiatry

spiele ist seine Rolle in der „arabischen Revolution“ von 2011. Das Internet war vielleicht, lange bevor 2011, ein Mittel der Bewusstseinsveränderung und der politischen Vorstellungen und wurde dann zu einem Förderer der Mobilisation grosser Volksgruppen vor Ort.

Es überrascht nicht, dass das Internet ein demokratisches Image hat. Der freie Zugang ist in sich schon Ausdruck von Demokratie.

Die gute Übereinstimmung dieses Image mit der Realität ist jedoch zu hinterfragen, sowohl bezüglich der Schlüsselrolle bestimmter Gesellschaften im Hauptanteil des Verkehrs wie für die Mühelosigkeit mit der gewisse Betriebe die menschlichen Transaktionen überwachen.

Wie dem auch sei, das Internet ist da, mit seinen nicht zu verleugnenden Möglichkeiten in den verschiedenen Gebieten, so auch im Gebiet der Psychiatrie und Psychologie. Im Besondern lässt sich das Internet und seine Anwendungen auf vier prinzipiellen Ebenen einordnen.

1. Zugang zur Information:

Tausende von Webseiten bieten Informationen an bezüglich psychischer Gesundheit, Krankheiten und Behandlungen. Diese Informationen sind besonders gefragt, insbesondere von Personen, die wegen psychischer Beschwerden in Behandlung sind. Diese umfangreichen Informationen haben den Vorteil der Vielfältigkeit. Die Qualität der angebotenen Inhalte ist jedoch oft bescheiden. Verschiedene Vorstösse bezüglich der Qualität (Empfehlungen zu den Seiten, Qualitäts-Labels, Instrumente zur Bewertung der inhaltlichen Qualität durch die Suchenden, etc.) wurden mit mehr oder weniger Erfolg unternommen. Eine kritische Lektüre der Inhalte und eine Diskussion derselben könnten den Gebrauch dieses Hilfsmittels optimieren.

2. Behandlungs-Zugang:

Die Frage bezüglich Behandlung via Internet ist stark am Wachsen. Behandlungs-Programme wurden geschaffen und mehr oder weniger evaluiert. Bis heute sind die Resultate sehr ermutigend, auch wenn viele Fragen offen bleiben, insbesondere bezüglich des Profils derjenigen, die am Meisten davon profitieren könnten, die sinnvolle Ergänzung zu den klassischen Behandlungen, Intensität und Art der wirksamsten Intervention (automatische E-Mail, persönliche E-Mail...).

est son rôle dans les « révolutions Arabes » de 2011. Internet a probablement été, bien avant 2011, un vecteur de modification des consciences et des représentations politiques puis un facilitateur de la mobilisation de grands groupes populaires sur le terrain.

Sans surprise, Internet a une image démocratique. Y accéder librement est en soi, une forme d'expression démocratique.

La bonne concordance de cette image avec la réalité est cependant questionnable tant par le rôle clé de quelques sociétés dans une majeure partie du trafic que par la facilité que pourraient avoir certains services à surveiller les transactions humaines.

Quoi qu'en soit Internet est là avec un potentiel indéniable dans de multiples domaines dont celui de la santé mentale. Tout particulièrement, Internet et ses applications s'y positionnent à quatre niveaux principaux:

1. L'accès à l'information

Plusieurs dizaines de milliers de sites web offrent des informations relatives à la santé, aux maladies ou aux traitements. Ces informations sont particulièrement recherchées, notamment par les personnes en soins pour un trouble psychique. Cette information pléthorique a l'avantage de la diversité. La qualité du contenu offert est cependant souvent médiocre. Diverses démarches de qualité (recommandations aux sites, labels de qualité, outils d'évaluation de la qualité de contenu par les personnes...) ont été élaborées avec plus ou moins de succès. Une lecture critique des contenus et une discussion de ceux-ci pourraient optimiser l'utilisation de ce support.

2. L'accès aux soins

La question du soin via Internet est en pleine croissance. Des programmes de traitement ont été créés et plus ou moins validés. A ce jour, les résultats sont très encourageants même si beaucoup de questions restent ouvertes notamment sur le profil des personnes qui en bénéficient le mieux, la bonne complémentarité avec les soins classiques, l'intensité et le type d'interventions les plus efficaces (e-mails automatiques, e-mails personnalisés...).

3. L'expression et le partage des opinions

“rivoluzione araba” del 2011. Molto probabilmente, Internet, era ben prima del 2011 un vettore di cambiamento delle coscienze e delle rappresentazioni politiche nonché facilitatore della mobilitazione di grandi gruppi popolari sul territorio.

Non sorprende che Internet abbia un'immagine democratica. L'aderenza di questa immagine alla realtà non di meno è discutibile, sia per il ruolo chiave che certe società hanno nella gestione della maggior parte di questi flussi, che per la facilità con la quale alcune agenzie di sorveglianza potrebbero controllare gli scambi umani.

Comunque sia, Internet esiste con un innegabile potenziale in molteplici ambiti, come anche quello della salute mentale. In particolare Internet e le sue applicazioni si posizionano su 4 principali livelli:

1. L'accesso all'informazione:

Migliaia di siti web offrono informazioni sulla salute, la malattia e le rispettive terapie. Queste informazioni sono particolarmente ricercate da persone in cura per disturbi psichici. Questa mole di informazione pletrica ha il pregio della diversificazione. Nel contempo i contenuti offerti spesso sono mediocri. Sono stati elaborati svariati processi di controllo di qualità (raccomandazione dei siti, labels di qualità, strumenti di valutazione della soddisfazione delle persone...) con più o meno successo. Una lettura critica e una discussione dei contenuti potrebbero ottimizzare l'uso di questo supporto informatico.

2. L'accesso alle cure:

La questione delle terapie attraverso Internet è in piena espansione. Sono stati messi a punto e più o meno convalidati dei programmi di cura. Sino ad oggi i risultati sono incoraggianti anche se restano aperti molti interrogativi, più precisamente: sul profilo delle persone che ne posso trarre maggiore beneficio, la buona complementarietà con le cure classiche, l'intensità e il tipo di interventi più efficaci (e-mail automatici, e-mail personalizzati...).

3. L'espressione e la condivisione delle opinioni:

Ogni tipo di social network (es. Facebook), i blogs o i siti web specializzati per pazienti (es. askapatient.com) ma

3. Meinungen und Gedankenaustausch:

Die verschiedensten umfassenden sozialen Netzwerke (z.B. Facebook), Blogs oder einschlägige Webseiten für Patienten (z.B. askapatient.com) aber auch für Fachleute bieten Podien an, um Meinungen und Gedanken auszutauschen. Die Auswirkungen dieser Schnittstellen auf die Praxis der Behandlung und die Gesellschaft ist noch wenig bekannt. Neure Studien regen an, gewisse dieser Netzwerke als Plattformen für Medikamenten-Überwachung zu nutzen. Zusätzlich könnten gewisse, bereits vorhandene oder noch zu schaffende Netze eine Schlüsselstellung einnehmen im Gedankenaustausch zu gewissen übergreifenden Themen der Sozialpsychiatrie (Menschenrechte, Entstigmatisierung, Zugang zur Behandlung...) Diese Erscheinungen könnten in Zukunft in gewisser Weise zur soziopolitischen Mobilisierung beitragen.

4. Übertriebener Gebrauch des Internet:

Für einen Teil der Internet-Benutzer besteht das Risiko von exzessivem oder unkontrolliertem Gebrauch gewisser Anwendungen des Internet. Diese Tatsache hat zur Entwicklung eines Konzeptes geführt, das noch der Validierung bedarf: die Internet-Sucht. Das Phänomen ist in gewissen Teilen der Welt, insbesondere in Süd-Korea, bereits eine Aufgabe Herausforderung der Volksgesundheit. Immer mehr Studien versuchen diese mutmassliche Sucht genauer zu umreißen und nach Behandlung zu suchen. Nach ersten Erfahrungen scheinen Behandlungen, die einen psychiatrisch-psychotherapeutischen Zugang zeigen und bei dem davon ausgegangen wird, dass exzessiver Internet-Konsum eine Sucht ist, vielversprechend sind.

Mit diesen verschiedenen Aspekten bringt das Internet vielfältige Herausforderungen für die Sozialpsychiatrie. Die Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie schuldet Ihnen also eine spezielle Nummer zu diesem Thema. Zu dieser fesselnden und manchmal witzigen Entdeckung laden Sie die Autoren dieses Heftes ein.

YASSER KHAZAAL

yasser.khazaal@hcuge.ch

Anfragen bezüglich Literatur zum Thema können beim Autoren erfragt werden

Toutes sortes de réseaux sociaux généraux (ex. Facebook), de blogs ou de sites spécialisés pour les patients (ex : askapatient.com) mais aussi pour les professionnels offrent des plateformes d'expression et d'échange d'opinions. L'impact de ces interfaces sur les pratiques de soins et la société est encore peu connu. Des études récentes suggèrent la possibilité d'utilisation de certains de ces réseaux comme des plateformes de pharmacovigilance. Bien au-delà, certains réseaux, existants ou à créer, pourraient, à terme, jouer un rôle clé dans des échanges sur certains des thèmes majeurs de la psychiatrie sociale (droits humains, la déstigmatisation, l'accès aux soins...). Ces phénomènes pourraient, à l'avenir, contribuer à certaines formes de mobilisation sociopolitique.

4. L'usage excessif d'Internet:

Une partie des Internautes est exposée au risque d'un usage excessif et non contrôlé de certaines applications Internet. Ce constat a conduit au développement d'un concept, encore en voie de validation : celui d'addiction à Internet. Le phénomène est d'ores et déjà considéré, dans certaines parties du monde, notamment en Corée du Sud, comme une préoccupation de santé publique. Un nombre croissant d'études tentent de préciser les contours de cette possible addiction et les moyens de la traiter. De manière préliminaire, des traitements combinant un abord psychiatrique-psychothérapeutique et une compréhension addictologique de l'usage excessif d'Internet semblent prometteurs.

Par ces différents aspects, Internet est porteur de multiples défis pour la psychiatrie sociale. La Société Suisse de Psychiatrie Sociale se devait donc de vous offrir un numéro spécial sur ce thème. C'est vers cette découverte passionnante et parfois amusante que vous invitent les auteurs de ce numéro.

YASSER KHAZAAL

Yasser.khazaal@hcuge.ch

Vous pouvez vous adresser à l'auteur pour des références relatives au propos

anche per i professionisti offrono delle piattaforme di espressione e di scambio di opinioni. L'impatto di tali interfacce sulle pratiche terapeutiche e sulla società è ancora poco conosciuto. Alcuni studi recenti suggeriscono la possibilità di utilizzare alcune di queste reti come piattaforme di farmaco-vigilanza. Ben oltre a questo, alcuni reti esistenti o da creare potrebbero assumere un ruolo fondamentale nello scambio su certi temi importanti della psichiatria sociale (diritti umani, de-stigmatizzazione, l'accesso alle cure...) questi fenomeni potrebbero, nel futuro, contribuire a certe forme di mobilitazioni sociopolitiche.

4. L'uso eccessivo di Internet:

Una parte degli internauti è esposto al rischio dell' uso incontrollato ed eccessivo di certe applicazioni di Internet. Questa constatazione ha portato allo sviluppo di un concetto, ancora in via di definizione, quello del Internet-Addiction (dipendenza da internet). Il fenomeno è già preso in considerazione in certe parti del mondo, come la Corea del Sud, come problema dell'ordine della salute pubblica. Un numero crescente di studi cercano di circoscrivere i contorni di questa possibile dipendenza e di ipotizzare i mezzi di cura. In via preliminare, sembra che un approccio psichiatrico-psicoterapeutico combinato ad una lettura in chiave di dipendenza da Internet del uso eccessivo di questo mezzo dia risultati promettenti.

Internet, sotto i suoi vari aspetti, lancia diverse sfide alla psichiatria sociale. La Società Svizzera di Psichiatria Sociale si è assunto il compito di offrirvi un numero speciale sul tema. Verso questa scoperta appassionante e a tratti divertente vi guideranno gli autori del presente numero.

YASSER KHAZAAL

Yasser.khazaal@hcuge.ch



I “NUOVI” MEDIA

Oggi è diffusa la riflessione etica sul variegato paesaggio dei “nuovi” media. Da più parti si auspica la creazione di un codice etico comune. Forse prima è meglio dare uno sguardo alla storia, capire l’evoluzione delle cose.

La struttura delle Università medioevali rifletteva la voglia di affrancarsi dai limiti che l’impossibilità della diffusione dei Codici imponeva. La sete di sapere faceva spostare gli studenti su grandi distanze per il desiderio di ascoltare grandi sapienti. Si faticava in prima persona per appropriarsi del bene supremo che era il sapere, con le tecnologie disponibili e usufruibili. Il sapere creava le barriere, separava le élite intellettuali dal resto dell’umanità occupata in pieno nel duro compito della sopravvivenza.

In passato l’immagine possedeva un potere generativo e ha permesso agli uomini la costruzione nel proprio immaginario di miti, riti, leggende, favole che hanno contribuito ad aiutarli nella loro sopravvivenza ed evoluzione.

A seguito della facilità di produzioni di immagini, dovuta alla moderna tecnologia, le immagini dei miti e dei riti delle culture arcaiche si sono lentamente sbiadite, ed hanno perso le capacità

immaginifiche, simboliche che avevano un tempo.

L’appiattimento progressivo e la disperante omogeneizzazione dei mezzi d’informazione hanno creato un mondo irreali in cui idee, opinioni e informazioni seguono sempre più uno schema ripetitivo. Il mondo delle apparenze, delle mode e delle tendenze, è uno strato cosmetico che nasconde una realtà molto diversa. Il cosiddetto villaggio globale esiste solo nel mondo immaginario delle metafore televisive e spesso diventa difficile differenziare il reale dal virtuale.

Il mondo artificioso è registrato dai media o è da loro proposto?

J. Baudrillard (*Nel Patto di lucidità o intelligenza del Male*, Ed. Cortina, 2006), accusa le tecnologie dell’informazione, con la loro volontà totalitaria e cieca di riprodurre artificialmente la realtà del mondo, di distruggere ogni possibilità di rappresentazione e di rielaborazione intellettuale di esso. Le tecnologie del virtuale conducono, secondo Baudrillard, a una *Realtà integrale*, in cui esiste solo la cifra dell’informazione e in cui conta solo l’essere ripro-

ducibile tecnologicamente. È espunta la possibilità di elaborazione metaforica del mondo e quindi ogni distanza tra l’oggetto e la sua immagine è eliminata. La Realtà integrale, perciò, risulta essere “una realtà perfetta, nel senso che tutto in essa si verifica per collage e confusione con la propria immagine. Nello specchio noi ci differenziamo dalla nostra immagine, entriamo in forma aperta di alienazione e di gioco con essa. Lo specchio, l’immagine, lo sguardo, la scena, tutto ciò apre su una cultura della metafora. Invece, continua Baudrillard, nell’operazione del Virtuale, non si ha più distinzione uomo/macchina: la macchina è dalle due parti dell’interfaccia. Tutto ciò porterebbe a una deflagrazione morale dell’uomo, al quale, insieme con il mondo, è pure sottratta la sua stessa realtà di soggetto morale, ossia di soggetto libero di instaurare un rapporto dialettico, in senso hegeliano, con il mondo.

John Naisbitt, studioso di fama internazionale, a proposito delle nuove tecnologie, definisce il concetto di high tech – high touch, formula che usa per descrivere il modo in cui rispondiamo alla tecnologia. Egli afferma che ogni volta che una nuova tecnologia è introdotta nella società, ci deve essere il contrappeso di uno stimolo umano che ristabilisce l’equilibrio – cioè “high touch” – altrimenti la tecnologia viene respinta. Più c’è “high tech”, più occorre “high touch”. Ogni volta che la tecnologia prende il sopravvento sui contenuti, si ha un impoverimento della comunicazione.

Credo che sia importante rilevare come nonostante tutto lo sviluppo tecnologico (internet, ecc.) non ci abbia mai tolto il desiderio e la necessità dell’incontro umano. Internet non è solo tecnologia ma è fatto anche di persone che comunicano, persone che offrono e cercano informazioni.

Quando l’uomo ha imparato a scrivere non ha smesso di parlare o cantare. Con la diffusione della musica riprodotta, è aumentato e non diminuito il numero di persone che vanno ai concerti.

Invece di concentrarci troppo sull’effetto delle tecnologie forse dovremmo aver maggior cura delle relazioni e delle persone.

L’esigenza di “calore umano” è radicata nei geni della nostra specie.

Purtroppo bisogna evidenziare come oltre a comunicare, come non si era mai potuto fare prima, la rete in alcuni casi può sottrarre tempo alle relazioni vissute. Per questo motivo una permanenza eccessiva è fonte di preoccupazione per tanti genitori che colgono in questo comportamento non una risorsa ma un segnale che indica la difficoltà del loro figlio ad avere relazioni in un mondo reale.

McLuhan ci ricorda come “ogni tecnologia tende a creare un nuovo ambiente umano”, la tecnologia non è soltanto un contenitore passivo.

Nella nostra epoca la transizione dalle scoperte della fisica meccanica, a quelle dell'elettricità, dell'elettronica e della fisica quantistica ha causato una rivoluzione senza eguali nella storia dell'uomo.

Non dobbiamo dimenticare il passaggio epocale costituito dal nascere di una cultura della scrittura accanto a quella dell'oralità. Un passaggio che ha segnato in modo del tutto nuovo le regole della comunicazione. Così com'è avvenuto per il passaggio dal manoscritto alla stampa. Così come sta avvenendo nel passaggio dal supporto fatto di atomi a quello fatto di bit. Siamo in presenza di una rivoluzione.

La rete telematica si presenta come una metafora della condizione postmoderna. La rete è per sua natura priva di centro, è costituita da isole d'informazioni.

Tutte queste informazioni che circolano in rete e che quotidianamente arrivano a noi come incidono nelle nostre vite?

Sembra che siano in grado di modificare la nostra percezione del mondo e, conseguentemente, di indirizzare le nostre scelte.

Tutto questo è giusto, è bene, oppure?

A queste domande risponde l'etica che ha per oggetto la determinazione della condizione umana nell'osservanza dei grandi principi del costume, della vita civile, dei rapporti sociali, dell'agire in genere. L'etica è ciò che ci dice dove sta il giusto e il bene, che ci sono valori e perché dovremo seguirli. Essa non appartiene a una categoria specifica di persone, ma all'umanità in generale, potre-

mo dire con un nuovo linguaggio al “villaggio globale”.

Con la realizzazione della grande rete di Internet possiamo parlare di un vero e proprio tessuto connettivo dei media. Tessuto in cui ogni cellula non solo è connessa in modo determinato attraverso l'indirizzo IP del proprio PC, ma la sua identità e le sue abitudini restano tracciate su una rete globale.

Dalle relazioni interpersonali ai servizi sanitari e della pubblica amministrazione, alla fruizione di notizie, tutto sta convergendo sulla rete.

Resumé

Cet article traite des points suivants:

Un bref rappel historique de l'évolution des moyens de communication et des nouvelles technologies qui leur sont associées.

Notre relation à la simultanéité et les conséquences qui en découlent.

Les effets positifs et négatifs de cette évolution sur notre quotidien et notre manière de communiquer.

L'article se poursuit avec des réflexions éthiques aussi bien sur un plan général que sur celui de l'éthique de la communication.

Il s'agit d'une tentative modeste de contribution à la réflexion sur le thème suivant: à quel point sommes-nous libres ou soumis à ces nouvelles technologies? Sommes-nous libres de ne pas choisir?

Les réseaux constituent-ils un nouvel espace, dans lequel nous pouvons nous exprimer en toute conscience de nos responsabilités, ou devons-nous craindre que cette nouvelle réalité soit une manière de “destin”, auquel il nous serait impossible de prendre part et dans lequel faire des choix pleinement responsables serait compromis?

Un article court, qui cherche, avec les autres articles de ce numéro, à produire des stimuli à même de susciter de nouvelles réflexions sur les nouveaux médias, auxquelles nous ne pouvons nous soustraire.

Possiamo interagire con questa nuova dimensione?

Io credo di sì, poiché nei confronti di questa nuova realtà possiamo compiere scelte responsabili, ciascuno di noi si trova ad esercitare la propria libertà di scelta.

Una libertà che deve fare i conti con l'etica, ed in particolare con l'etica della comunicazione, disciplina che individua, approfondisce e giustifica quelle nozioni morali e quei principi di comportamento che sono all'opera nell'agire comunicativo, e che motiva all'assunzione dei comportamenti da essa stabiliti.

PAOLO CICALÈ
paolocicale@bluewin.ch

Zusammenfassung

Der Inhalt dieses Artikels umreisst folgende Punkte:

Wie sich die Informationsvermittlung und die damit verbundenen neuen Technologien im Laufe der Zeit verändert haben.

Der Einfluss der Zeitgleichheit auf die Beziehung und diesbezügliche Konsequenzen.

Positive und negative Auswirkungen auf unseren Alltag und unsere Art zu kommunizieren.

Im Weiteren geht es um ethische Bezüge sowohl im Allgemeinen als auch bezogen auf die Ethik der Kommunikation. Es ist ein Versuch etwas beizutragen zu den Überlegungen, in wie weit wir unabhängig oder der neuen Technologie unterworfen sind.

Sind wir frei nicht zu wählen?

Stellt das Internet einen Raum dar, in dem wir uns verantwortungsbewusst ausdrücken können oder müssen wir befürchten, dass diese neue Realität eine Art „Schicksal“ ist, an dem wir nicht teilnehmen und verantwortungsbewusst wählen können?

Ein kurzer Artikel, der zusammen mit den anderen Artikeln dieses IN-FOs versucht, Stimuli zu schaffen, um weitere Überlegungen zu den neuen Medien anzuregen, denen wir uns nicht entziehen können.

Sozialpsychiatrie und die neuen Medien, Gedanken zum Thema

Als ich erfuhr, dass dieses INFO die Auswirkungen neuen Medien auf die Sozialpsychiatrie beleuchten will, begann ich deren Präsenz in meiner täglichen Arbeit mehr Aufmerksamkeit zu schenken und war erstaunt, wie oft ich damit konfrontiert bin.

So fragte ich mich, was es für Auswirkungen auf die Beziehung zu zukünftigen Patientinnen und Patienten hat, wenn ich Therapieanfragen per Mail bekomme? Wie am Telefon sehe ich den oder die Patientin nicht, ich kann sie oder ihn auch nicht hören, mit anderen Worten, ich habe weniger Informationen als üblich. Andererseits kann ich mir aber mehr Zeit nehmen um zu antworten, mir überlegen, was die Anfrage bei mir bewirkt und wie ich darauf antworten will. Da ich meist vorschlage, mich direkt anzurufen, da wir so einfacher einen Termin vereinbaren können, führt dies oft dazu, dass der oder die Betreffende sich gar nicht mehr meldet. Hat der virtuelle Kontakt etwas ermöglicht, was im direkten Kontakt aus emotionalen Gründen nicht möglich ist?

Oder der schizophrene Patient, der seine Vorstellungen zur Rettung der Welt auf Facebook stellt und sich erhofft, auf diese Weise endlich ‚gehört‘ zu werden, kann er so wenigstens auf virtuelle Weise Beziehungen aufbauen, mit denen er in der realen Welt grosse Schwierigkeiten hat?

Dann sind da die Benutzer von Facebook, die laufend veröffentlichen, was sie gerade denken, machen und tun, wo sie sind und mit wem, um so ihre Verbundenheit mit der Welt zu zeigen. Für junge Menschen ist dies oft ein Statussymbol, man gehört dazu und stellt sich dar.

Es gibt jedoch auch die andere Seite, das Internet als Informationsquelle, die gerade Menschen mit psychischen Belastungen hilft, zu verstehen, dass sie nicht allein sind mit ihren Problemen

und dass es dafür professionelle Hilfe gibt. Oder sie können sich an virtuelle Selbsthilfe-Gruppen wenden und ihre Schwierigkeiten mit anderen diskutieren.

Und dann nicht zuletzt ist das Internet für uns in der Sozialpsychiatrie Tätige oft, ohne dass wir es gross merken, ein unentbehrliches Hilfsmittel geworden. Um uns über freie Arbeits- und Wohnplätze zu informieren, um Angebote verschiedenster Art für unsere Patientinnen und Patienten zu suchen und auch um uns über Neues in der Sozialpsychiatrie zu informieren.

Doch welchen Stellenwert haben diese neuen Medien in unserer sozialpsychiatrischen Arbeit, wie verändern sie sie?

In der Sozialpsychiatrie gehen wir davon aus, dass das soziale Umfeld einen zentralen Einfluss hat auf die Befindlichkeit der Personen. In der Behandlung muss dem Rechnung getragen werden. Die neuen Medien sind ein Teil des sozialen Umfeldes und es stellt sich

daher die Frage, auf welche Art dies in die Behandlung und Betreuung mit einbezogen werden kann. Dabei gibt es verschiedene Aspekte zu berücksichtigen. Die Benutzung des Internets ist stark abhängig von sozialer Schicht und Alter, dies betrifft sowohl die Gruppe der Patienten als auch diejenige der Behandelnden. Als jemand, der nicht mit Internet und Handy aufgewachsen ist, frage ich mich manchmal, wie wir früher unsere sozialen Kontakte gepflegt haben. Abmachungen wurden meist im direkten Gespräch und über den „altmodischen“ Festnetzanschluss gemacht. Gab es aus irgendeinem Grunde Verzögerungen, musste man einfach warten oder man versuchte ein Telefon zu finden, um zu erfahren was los ist. Mit SMS und Handy findet das Warten nicht mehr statt, im Gegenteil, es wird selbstverständlich davon ausgegangen, dass man informiert wird. Doch was, wenn die anderen kein Handy haben? Nicht viel anders ist es beim Internet. Ältere Menschen haben oft Mühe sich

Riassunto

Quest'articolo contiene alcune riflessioni e questioni aperte sul modo di concepire l'utilizzo dei nuovi strumenti di comunicazione nella pratica della psichiatria sociale. Da un lato vi è il problema di impedire che sorga una «società a due velocità» per quello che concerne l'utilizzo di internet mentre, d'altro canto, bisogna riflettere approfonditamente sulle implicazioni che i nuovi media possono avere sul piano sociale e dunque capire meglio le possibili ripercussioni sul lavoro quotidiano in psichiatria sociale. In questo contesto questioni come l'età e la classe sociale delle persone devono necessariamente essere prese in considerazione.

Resumé

Cet article contient quelques réflexions et questions sur la manière d'appréhender les nouveaux moyens de communication dans le domaine de la psychiatrie sociale. Il s'agit, d'une part, d'empêcher l'émergence d'une société à deux vitesses en ce qui concerne l'accès et l'utilisation d'Internet; d'autre part, une réflexion approfondie doit être menée autour des implications de ces nouveaux médias sur le travail en psychiatrie sociale, afin de mieux comprendre leur répercussions sur le champ social et, partant, sur notre travail au quotidien. Dans ce cadre, il ne faudra pas négliger de s'intéresser aux différences en terme d'âge et de couches sociales.

auf einem Computer zurecht zu finden, es macht ihnen Angst. Das Gleiche gilt für einen Teil der Migranten, insbesondere diejenigen, die kaum Deutsch sprechen und/oder (teilweise) Analphabeten sind. Doch auch diejenigen, welche das Internet regelmässig nutzen brauchen Hilfe im Beurteilen der unendlichen Menge von Information.

Ich selbst habe seit 1997 Internetzugang. Ich hatte es damals eingerichtet, da ich regelmässig in El Salvador arbeitete und die Kommunikation mit den Menschen dort so vereinfacht wurde. Aus der Schweiz bekam ich jedoch lange Zeit nur wenige Mails, da die Leute hier noch kaum eingerichtet waren. Ich gehörte also so quasi zu den Pionieren (sic!). Ich erinnere mich, wie vor etwa 11 oder 12 Jahren einige Kolleginnen zu mir kamen, die wissen wollten, wie das Internet funktionierte! Die ganze Entwicklung ist also noch sehr jung und es ist nicht einfach zu verstehen, wie unser soziales Netz dadurch verändert wird und was es für den einzelnen Menschen bedeutet, dauernd die Möglichkeit zu haben, sich mit andern, oft Unbekannten, von seinem Schreibtisch aus zu vernetzen.

Wie sich die neuen Medien auf die Sozialpsychiatrie auswirken muss auf zwei Ebenen diskutiert werden. Einerseits muss das Individuum lernen, die Informationsflut zu bewerten und das herauszufiltern, was im Augenblick benötigt wird und wie diejenigen, welche keinen oder wenig Zugang zu den neuen Medien haben miteinbezogen werden können. Andererseits braucht es vertiefte Überlegungen dazu, wie sich die neuen Medien auf das soziale Umfeld auswirken und was es für den Einzelnen und die Gesellschaft heisst, laufend virtuell mit der Welt verbunden zu sein.

RUTH WALDVOGEL, BASEL
ruth.waldvogel@bluewin.ch

La psychiatrie sociale à l'heure des nouvelles technologies: Le regard d'un jeune médecin

S'engager aujourd'hui dans le vaste et passionnant champ de la psychiatrie sociale doit procéder d'une conviction forte, celle que la santé mentale ne concerne pas seulement les usagers du système de soin. Au-delà d'eux, elle touche l'ensemble de la société, au travers de questions fondamentales comme celles des droits humains, de la vie en communauté, du logement, du travail, et tant d'autres. Ce qui frappe au premier plan, dès que l'on s'avance sur ce terrain, c'est la nécessité primordiale du travail en réseau. Les partenaires sont nombreux, et il est essentiel de les mettre en relation. La santé mentale ne concerne pas seulement le couple médecin-patient, mais bel et bien l'ensemble des intervenants, travailleurs sociaux, infirmiers, proches, politiciens, membres du tissu associatif, qui travaillent à une meilleure intégration des personnes souffrant de troubles mentaux. Internet et tout ce qu'il offre (réseaux sociaux, forums, sites d'information, téléconsultations, etc.) trouvent ici une place rêvée pour consolider les liens qui unissent les partenaires du réseau. Internet est sans aucun doute l'invention qui aura le plus révolutionné le monde et notre manière de l'envisager, au cours des vingt dernières années. Pour les gens de ma génération, ce nouveau mode de communication et de connaissance a fait très tôt partie de notre vie, et imaginer pouvoir travailler, apprendre, échanger, sans elle paraît impossible, ou tout du moins difficile. Tous les domaines d'activité sont concernés par cette réalité, et celui de la santé mentale ne fait pas exception à la règle.

Comprendre le fonctionnement du réseau de la santé mentale n'est pas chose facile pour les jeunes intervenants, qui cherchent à s'y intégrer ; Internet offre des ressources de premier ordre permettant d'en dresser une carte. En mettant comme jamais auparavant à disposition des bases de données scientifiques, il permet aussi de plonger rapidement dans la recherche et de mieux visualiser les champs d'investigation encore insuffisamment explorés. A n'en pas douter, une des clefs de l'avenir de la santé mentale se trouve sur Internet. J'y vois la chance de pouvoir offrir aux personnes concernées, usagers et proches, une orientation plus efficace et une porte d'accès potentielle aux soins ou aux soutiens nécessaires. Les interventions en ligne permettent de toucher bon nombre de personnes isolées ou à mobilité réduite, particulièrement des personnes jeunes, habituées à utiliser Internet. J'y vois aussi la chance de pouvoir exploiter les possibilités d'Internet comme moyen de diffusion de l'information. Une information de qualité sur les maladies mentales, validée au niveau scientifique, ainsi que la diffusion de la parole des personnes souffrant de ces troubles ou de leurs proches, sont autant d'armes à même de faire reculer la discrimination dont tous souffrent. Internet est aussi un instrument de premier choix, pour constituer des groupes d'influence capables de peser sur les décisions politiques qui influent au premier plan sur le système de soins, et pour mobiliser la population lors de votations importantes ou de manifestations en lien avec la santé mentale. La psy-

chiarie sociale doit donc inventer de nouvelles manières de poursuivre son but, et utiliser au maximum ces ressources nouvelles. Et l'apport des jeunes intervenants du réseau, rompus à ces technologies, sera essentiel

Il ne faudrait cependant pas oublier que l'accès à Internet est aussi sujet à de grandes disparités. Les statistiques 2010 de l'Office Fédéral de la Statistique le montrent : seuls 57% des personnes ayant uniquement fréquenté l'école obligatoire utilisent régulièrement Internet, contre 94% des personnes ayant un niveau d'étude de degré tertiaire ; et si l'on considère les revenus, ce sont seulement 42% des personnes avec un revenu inférieur à 4'000.- CHF par mois qui utilisent Internet de manière régulière, contre 90% des personnes avec un revenu mensuel de plus de 8'000.-CHF. Il faut donc tenir compte de ces inégalités si l'on s'intéresse aux possibilités d'Internet dans le champ de la psychiatrie sociale. Un effort particulier devra être fait pour permettre un accès encore plus large et régulier aux ressources en ligne.

Enfin, il sera nécessaire au cours des années à venir de renforcer les contrôles sur les informations et les sites à disposition des internautes, afin d'assurer à chacun une utilisation d'Internet qui soit enrichissante et sûre, et qui respecte la vie privée de chacun, mise à mal par le système de localisation et de fichage que mettent en place bon nombre de sites. Les professionnels ont ici un rôle prépondérant à jouer, sans limiter la liberté de parole de chacun, mais en offrant un espace qui évite une désinformation qui va à l'encontre des buts que nous recherchons. C'est à ce prix aussi que nous pourrions profiter des ressources inédites d'Internet et que nous pourrions poursuivre l'extension et la solidification du réseau de la santé mentale.

ALEXANDRE WULLSCHLEGER
alex_wull@yahoo.fr



Riassunto

Per i giovani curanti che s'ingaggiano oggi nel mondo della psichiatria sociale, internet rappresenta un mezzo indispensabile. È impossibile immaginare di poter lavorare e d'investirsi in questo vasto campo senza l'aiuto di questo mezzo di comunicazione, verso il quale la giovane generazione è stata iniziata precocemente.

Le possibilità di internet sono numerose tanto sul piano della trasmissione dell'informazione, che su quello dell'accesso alle cure, particolarmente per le persone giovani, o il consolidamento della rete dei partner della psichiatria sociale.

Numerose ineguaglianze sussistono nell'utilizzo di internet che necessitano un'attenzione tutta particolare. Uno sforzo dovrà essere fatto per vigilare sulla qualità delle informazioni messe a disposizione, così come anche la privacy, spesso poco garantita su internet.

Zusammenfassung

Für junge Menschen aus dem Gesundheitsbereich die sich in der Sozialpsychiatrie engagieren, ist das Internet ein unumgängliches Werkzeug. Es ist unvorstellbar, sich in diesem weiten Feld zu engagieren und zu arbeiten ohne die Hilfe dieses Kommunikationsmittels, in das die junge Generation sehr früh eingeführt wurde. Die Möglichkeiten des Internet sind zahlreich, sowohl bezüglich der Vermittlung von Informationen, als auch dem Zugang zu Behandlung, speziell für Junge, als auch zur Stärkung partnerschaftlicher Netze in der Sozialpsychiatrie. Es bestehen jedoch zahlreiche Ungleichheiten in der Benutzung des Internets, die besonderer Beachtung bedürfen. Auch bedarf es weiterer Anstrengungen um über die Qualität der angebotenen Informationen zu überwachen. Ebenfalls wichtig ist der Schutz der Privatsphäre, um die es oft schlecht bestellt ist.

Internet et la prise en charge des addictions

Les sites « Stop »

Les sites « Stop » actuels descendent tous d'une première version de Stop-tabac.ch parue en 1996. Initialement, ce site est né d'une volonté d'innovation dans le domaine de la prévention du tabagisme et de la promotion de la santé. Selon le responsable du site, Dr. Jean-François Etter : « il était nécessaire de créer sur Internet une aide à l'arrêt du tabac qui soit basée sur des approches scientifiquement fondées et dont l'efficacité puisse être évaluée ». D'autant plus qu'une multitude de sites sur le tabac émergeaient déjà sans toutefois proposer un contenu valide, quand ils n'appartenaient tout simplement pas aux producteurs de cigarettes. Le paradoxe étant que les sites de mauvaise qualité d'un point de vue médical, scientifique ou thérapeutique, ont souvent des moyens plus importants que les autres, ce qui leur permet d'être plus visibles et accessibles par les utilisateurs, le référencement sur les moteurs de recherche ayant un coût.

De ce premier site, le concept des sites « Stop » n'a pas cessé de s'enrichir de nouveaux contenus informatifs, de nouveaux outils d'aide à l'arrêt, de nouvelles fonctionnalités, de nouvelles thématiques... Divers partenaires nationaux et cantonaux ont participé à cette élaboration et contribué à faire des sites « Stop » ce qu'ils sont aujourd'hui. Dans les développements notables, on peut notamment citer le « Coach » tabac, arrivant à sa 3ème version en fin 2011, qui est un programme automatisé d'aide au sevrage tabagique : son utilisateur reçoit des conseils personnalisés par Emails et via une « page personnelle », en fonction d'un profil défini par un questionnaire d'entrée (choix d'une date d'arrêt passée ou future, choix d'un arrêt progressif ou immédiat, choix

d'un substitut nicotinique, questions sur le niveau de dépendance tabagique, etc.).

Tous ces contenus participent à la réalisation des objectifs des sites. Stop-tabac.ch, par exemple, vise primordiallement à favoriser l'arrêt du tabac en informant sur le tabagisme, ses conséquences et ses traitements et réalise également des projets de recherche sur le tabagisme, les utilisateurs du site participant aux études élaborées, le plus souvent directement depuis leur ordinateur via des questionnaires en ligne. Mais l'information brute, les tests interactifs avec feedback et le programme « Coach » ne sont pas les seules possibilités offertes par les sites « Stop » pour renforcer la motivation à arrêter – du moins à modifier sa consommation – ou pour prévenir des rechutes. Les sites « Stop » recherchent à faciliter le dialogue, c'est-à-dire les échanges entre les consommateurs et les ex-consommateurs, entre eux ou avec des professionnels de la santé.

Informer et dialoguer

Il est établi que le support social joue un rôle important dans l'initiation et le maintien d'une habitude de consommation. De fait, il influence également l'arrêt, les éventuels risques de rechute et leur prévention. Le réseau social peut présenter des obstacles à la modification du comportement, par exemple dans un contexte de pairs consommateurs ne désirant pas changer, mais il offre aussi la possibilité d'un soutien et d'une compréhension mutuelle. Il fournit dans certains cas un modèle de l'abstinence ou du contrôle de la consommation, une entraide dans la gestion des affects ou des situations à risque de rechute. Les

récentes études ne sont pas parvenues à affirmer que les groupes d'entraide du type AA (alcooliques anonymes) ont une efficacité démontrée, d'autres évaluations seraient nécessaires, pourtant ces soutiens sont d'excellents compléments aux approches médicales, sociales et psychothérapeutiques. Ils renforcent le socle social sur lequel peuvent s'appuyer les patients dans leur démarche vers le changement.

De la même manière, les réseaux sociaux sur Internet peuvent offrir des lieux de partage d'expériences, d'échange et de soutien. En outre, ils possèdent comme grand avantage d'être accessibles quasiment en tout lieu et tout temps. Par ailleurs, ils mélangent très facilement des individus avec des parcours différents et des motivations variées; c'est une richesse. Si les études sur de tels groupes de discussion n'ont jusqu'à présent pas pu démontrer une efficacité évidente au contraire d'autres programmes interactifs, ils fournissent déjà gratuitement et à chaque instant, sans avoir à se déplacer, une opportunité supplémentaire de s'exprimer et d'être entendu.

Sur les sites « Stop », nous sommes chaque jour témoins de ces échanges, particulièrement sur Stop-tabac qui peut déjà compter sur une communauté solidaire et très active. Les utilisateurs du forum de Stop-tabac s'encouragent mutuellement, célèbrent ensemble leurs anniversaires de date d'arrêt, se donnent des astuces pour surmonter des situations difficiles, qui pourraient notamment miner leur motivation à arrêter de fumer, partagent leurs connaissances sur le tabagisme et son traitement, ou sur l'utilisation des substituts nicotiniques... Bref, ils oeuvrent communément au même but qui est de sortir du taba-

gisme, qu'ils n'aient pas encore arrêté ou qu'ils soient déjà abstinents, certains depuis des années.

Outre la facilité d'accès, les réseaux sociaux sur Internet présentent d'autres avantages: l'anonymat du média garanti par l'utilisation d'un pseudonyme offre une chance de s'exprimer avec un minimum de crainte des réactions de l'interlocuteur. Pour les personnes les plus anxieuses socialement, ce type de communication peut être perçu comme moins menaçant et favorise l'expression. La désinhibition que provoque Internet dans les interactions provient probablement du fait que les interlocuteurs ne sont pas soumis aux mêmes contraintes que lors des échanges dans la vie réelle: les différences socio-économiques ne sont pas marquées et il y a très peu de « dangers », du moins de conséquences potentiellement regrettables à ces dialogues. Si les choses tournent mal, il suffit de se déconnecter et le pseudonyme ne livre pas d'informations essentielles. Par ailleurs, l'autre étant pour ainsi dire « invisible », il peut être très facilement idéalisé. Les images valorisantes qui sont invoquées apportent un soutien à l'estime de soi. Certains témoignages sur Stop-alcool et Stop-cannabis vont dans ce sens car des utilisateurs déclarent oser pour la première fois dépasser leur honte ou leur peur de parler de leur problème. Ces paroles sont entendues, recueillies et la communauté s'efforce souvent de les inviter à vaincre leurs craintes pour s'adresser à une consultation ou à un groupe d'entraide, leur propre expérience à l'appui.

Le revers de la médaille

Par sa facilité d'accès et son interactivité, Internet est un formidable outil de prévention et de promotion de la santé. Toutefois, il est à mentionner que ce type d'interactions sociales sur Internet n'est pas toujours porteur de bienfaits. L'anonymat relatif garanti par Internet, précédemment présenté comme un avantage, incite aussi parfois aux comportements démesurés. Sur les sites « Stop » et leur forum, où règne un esprit d'entraide, ces débordements font office d'exception et les exclusions sont très rares. Pourtant, certains espaces de dialogue sur Internet franchissent sans mesures les frontières éthiques en préconi-

Riassunto

I siti “Stop” mirano da un lato a elaborare progetti di ricerca sulle addiction, più precisamente attraverso dei questionari online. D'altra parte, mirano alla promozione della salute favorendo la modificazione dei comportamenti deleteri d'addiction.

I mezzi forniti per mantenere la motivazione al cambiamento del comportamento sono:

- Delle informazioni dettagliate sui comportamenti specifici, le loro conseguenze nefaste ed il loro trattamento.
- Degli strumenti interattivi di de-pistaggio e di autosservazione con dei feedback personalizzati.
- Degli spazi di scambi e di discussione con dei professionisti, consumatori o ex consumatori.

Gli spazi di discussione e la rete di comunicazione si possono ancora arricchire nel futuro.

Le sfide sono di rendere disponibili le funzionalità attuali dei siti sui telefoni mobili e migliorare gli scambi possibili fra gli utilizzatori e i professionisti.

sant par exemple la privation de nourriture et les comportements anorexiques (pro-ana) ou en incitant directement au suicide.

Un autre inconvénient de la communication par Internet pourrait éventuellement s'inscrire dans le cadre d'un usage problématique d'Internet ; l'utilisateur investit tellement de temps sur Internet qu'il perturbe considérablement d'autres plans de sa vie sociale ou affective et qu'il en ressent une souffrance significative. Comme si la communication par Internet réduisait le sentiment de solitude sans fournir pour autant un remède à travers des supports sociaux solide. Et pourtant, sur les sites « Stop », la majeure partie des utilisateurs

Zusammenfassung

Die Webseiten « Stop » zielen darauf ab, Forschungs-Projekte im Bereich von Sucht zu erarbeiten, hauptsächlich durch Online-Fragebogen. Gleichzeitig bezwecken sie Gesundheitsförderung durch Verhaltensänderungen bei schweren Süchten.

Um die Motivation für eine Verhaltensänderung zu fördern werden folgende Mittel angeboten:

- Detaillierte Informationen zum analysierten Verhalten, deren verhängnisvollen Auswirkungen und Behandlung.
- Interaktive Instrumente zur Erkennung und zur Selbst-Beobachtung mit personalisiertem feedback.
- Ein Bereich für Austausch und Diskussion mit Fachleuten und anderen Konsumenten und Ex-Konsumenten.

Die Bereiche der Diskussion und das Kommunikationsnetz sollten in Zukunft noch erweitert werden. Eine weitere Aufgabe ist es nun, die aktuelle Funktionalität der Webseite auch für Mobiltelefone verfügbar zu machen und den Austausch zwischen Benutzern und Fachleuten zu verbessern.

viennent pour communiquer avec d'autres personnes qui se sentent concernées par la même problématique. Quand bien même des personnes présentant nettement des caractéristiques d'usages excessifs de l'Internet viendraient sur un site, le contact créé dans l'ambiance sécurisante peut servir de tremplin pour des démarches dans la vie réelle. Sur Stop-alcool par exemple, il arrive fréquemment que soit discutée la peur de s'inviter dans un groupe thérapeutique ou dans une consultation afin que le pas soit franchi.

Quoi qu'il en soit, ces inconvénients et éventuels risques de la communication par Internet peuvent être minimisés et surpassés par tous les avantages du

média (interactivité, accessibilité, emploi sécurisant, etc.) d'autant plus que des professionnels garantissent le contenu des sites et la modération des discussions.

« Work in progress »

Les sites « Stop » ont déjà beaucoup évolué mais ne sont pas arrivés au terme de leur maturité. Beaucoup de perspectives restent à dessiner pour offrir aux internautes une aide efficace. En premier lieu, il faut oeuvrer à augmenter son accessibilité globale. Stop-tabac vient d'être mise à jour en allemand et il est actuellement en cours de traduction en italien et en anglais. Il est également important de faire connaître ces sites pour en accroître le nombre de visites. En effet, si Stop-tabac possède déjà une com-

munauté très active, Stop-cannabis, Stop-alcool et Stop-jeu souffrent encore de leur relative jeunesse. Par ailleurs, les sites et leurs fonctionnalités (programme « Coach », forum, etc.) devront à l'avenir être accessibles sur les nouvelles générations de téléphones mobiles. Ceci présenterait un nouvel avantage certain: l'accessibilité serait encore accrue et l'utilisateur pourrait accéder à son programme ou rechercher du soutien à n'importe quel moment, quand une envie ou une situation à risque se présenterait. Un tout nouveau projet d'application pour téléphone mobile du type « Coach » voit justement le jour à l'heure où vous lisez ces lignes.

Enfin, outre l'augmentation de l'accessibilité, il semble pertinent de développer également l'offre de téléconsultation. Nous répondons déjà activement

aux questions qui nous sont posées et nous effectuons une modération quotidienne des forum, mais des possibilités de suivi plus étroit peuvent encore être explorées. Le but serait d'accueillir des demandes qui n'ont pas pu être faites dans les consultations usuelles, d'y répondre lorsque c'est possible, et surtout de guider vers d'autres aides adéquates de la vie réelle. Tout un pan de collaboration entre le conseil « online » et les praticiens sur le terrain reste à bâtir.

GRÉGOIRE MONNEY

Psychologue
Institut de médecine sociale et préventive
Université de Genève
gregoire.monney@gmail.com

Bericht aus dem ZV

Wie bereits in früheren Jahren, fand während des Sommers keine Sitzung des ZV statt, so dass der Bericht in dieser Nummer entfällt.

DAS REDAKTIONSTEAM

Rapport du comité central

Comme dans des années antérieures, le comité central ne s'est pas réuni durant cet été. En conséquence, ce numéro ne contient pas de rapport du comité central.

LE COMITÉ DE RÉDACTION

Rapporto del comitato centrale

Come nei anni precedenti, il comitato centrale non si è riunito durante l'estate. Di conseguenza, questo numero non contiene il rapporto del comitato centrale.

IL COMITATO DI REDAZIONE

European Congress for Social Psychiatry

Social psychiatry at the age of Neurosciences



WASP co-sponsored meeting

GENEVA, Switzerland
4-6 July 2012

Dear colleagues

The Swiss Society for Social Psychiatry (SSPP-SGSP) is greatly honored to invite you to attend and participate in the European Congress for Social Psychiatry co-sponsored by the World Association for Social Psychiatry (WASP) which will be held in Geneva, Switzerland, from July 4th to July 6th 2012.

The main theme of the congress "Social psychiatry at the age of Neurosciences" will encourage the integration between clinical and research perspectives at various levels of understanding and action:

European renowned experts in the field will give keynote lectures as well as symposia and workshops. The congress will host the following tracks:

1. Innovation in social psychiatry
2. Human rights, coercion and violence in European societies
3. Suicide prevention
4. E-mental-health, developments and perspective from the Internet
5. Social psychiatry and neurosciences

Come and enjoy the congress as well as the many cultural and leisure opportunities of Geneva, the little big city, in the very heart of Europe, at the best time to visit it, in early July.

Yours sincerely,

For the organizing committee

The president and co-presidents:

Yasser Khazaal, Gea Besso and Ruth Waldvogel

For the scientific committee

Pr François Ferrero, president and

Pr Danuta Wasserman, co-president

For the WASP

Pr Driss Moussaoui,

WASP president



EUROMED NETWORK
MIGRATION & MENTAL HEALTH



EUROPEAN FEDERATION
OF PSYCHIATRIC TRAINEES

SVPA
ASMAP

Anthropomed
Scientific section of the W.A.S.P.

Important dates:

Abstract submission starts

•October 1st 2011

Abstract submission deadline

•January 31st 2012

Early registration

•November 15th 2011 to February 29th 2012

Normal price registration

•March 1st to April 30th 2012

Late registration

•May 1st 2012

Organizing association:

Swiss Society for Social Psychiatry,

Supporting associations among others:

The World association for Social Psychiatry (WASP)

Swiss Society for Psychiatry and Psychotherapy (SSPP-SGPP)

European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT)

Association Suisse des Médecins-Assistants en Psychiatrie (ASMAP-SVPA)

Centre Française Minkowska

The Euro-Mediterranean Network on Migration and Mental Health

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

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

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

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

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



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

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

Adresse / PLZ / Ort:

E-Mail oder Fax: Tel.:

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

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

AbonnentIn/Abonnée des/abbonamento SGSP-Informationen (Jahresabonnement: Fr. 20.-)

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

Senden an / Evoyer au / Spedire a:

Sekretariat AK15, Juravorstadt 42, 2503 Biel

Sekretariat SSPS, p.a. Association Pro Mente Sana, Rue des Vollandes 40, 1207 Genève

Società Svizzera di psichiatria Sociale, c/o Studio Nautilus, Via Maraini 13, 6900 Lugano

Redaktionsteam / Gruppo di redazione / Equipe rédactionnelle:

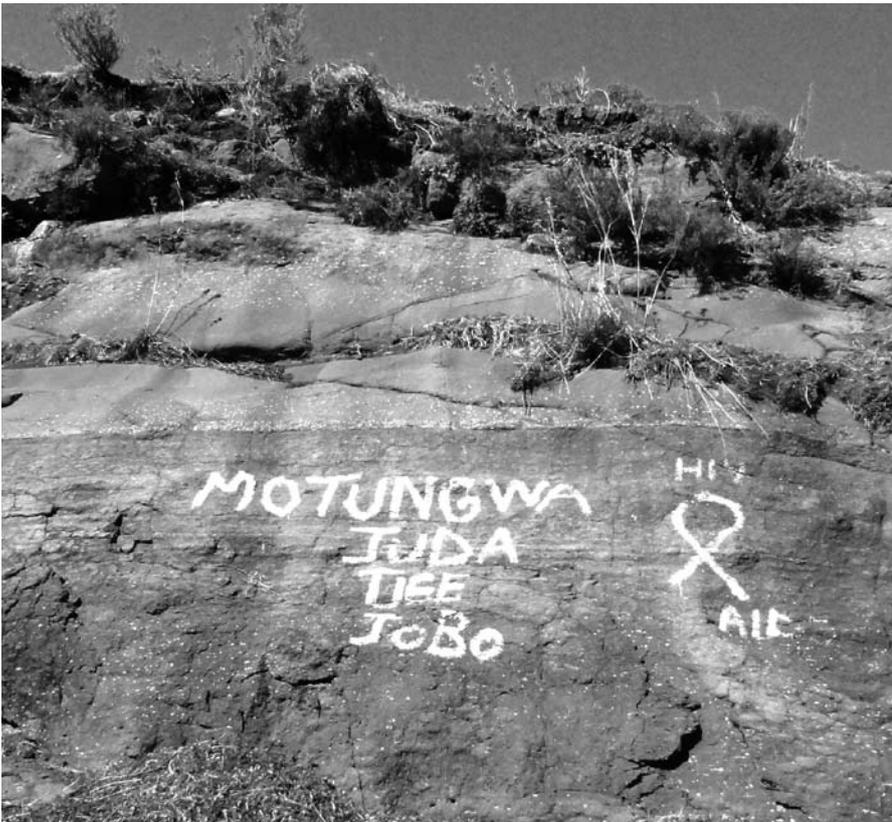
Paolo Cicale, laureato in filosofia, Lugano
paolocicale@bluewin.ch

Yvonne Lüdi, lic. phil.
Geschäftsleitung Stiftung Phönix, Zug
y.luedi@phoenix-zug.ch

Barbara Zbinden, Mediation sociale, Martigny
zbarbara@bluewin.ch

Alexandre Wullschleger, Médecin interne,
HUG, Genève
alex_wull@yahoo.fr

Beiträge bitte jeweils an ein Mitglied der Redaktion.



wilsch/ensner

SolidarMed braucht Spenden!

Die Hilfe von SolidarMed in Lesotho ist wichtig, effektiv und nachhaltig - das haben wir vor Ort eindrücklich erlebt. Das enorme Engagement, die Wissensvermittlung und die Sachhilfe sind noch für lange Zeit wesentlich.

Darum bitten wir die Leserinnen und Leser, mit dem beiliegenden Einzahlungsschein von SolidarMed eine Spende zu überweisen. Das Spendenkonto lautet: PC 60-1433-9

Die Spitäler werden finanziell, technisch und teilweise personell durch die Entsendung von medizinischen und anderem Personal unterstützt.

Das HIV-Projekt wird vom SolidarMed-Projektmanager Dr. med. Niklaus Labhardt betreut, mit der Unterstützung eines ca. siebenköpfigen Teams.

Ein weiteres Ziel der SolidarMed-Unterstützung ist es, die Aktivitäten der *mobilen PHC-Teams* im Bereich Prävention, Information und Aufklärung der Bevölkerung zu HIV und TB zu fördern, den Zugang zu den Gesundheitsdiensten zu verbessern und die aktive Mitwirkung der Bevölkerung insbesondere in den Berggebieten zu stärken. Frühe Diagnose und adäquate Therapie sind gerade in entlegenen Gebieten dringend. Der Mutter- und Kindgesundheit wird spezielle Aufmerksamkeit gewidmet.

Es werden unter anderem unterstützt:

- *Ausbildungsmassnahmen* für Gesundheitspersonal und Dorfgesundheitberatende im Bereich HIV/Aids und Tuberkulose sowie Mutter-/Kindgesundheit
- *Stärkung der Dorfgesundheitskomitees* in deren Rolle als Bindeglied zwischen ihren Gemeinden und dem Gesundheitszentrum
- *Unterstützung von Aufklärungskampagnen* der Dorfgesundheitsberatenden und Dorfgesundheitskomitees zu den Themen HIV/Aids, Tuberkulose, Mutter-/Kindgesundheit und sichere Entbindung

SolidarMed in Lesotho

SolidarMed legt den Schwerpunkt seiner Arbeit auf Nachhaltigkeit und verzichtet deshalb bewusst darauf, eigene Institutionen aufzubauen. Das Ziel ist es, die Leistungen der einheimischen Partner so zu verbessern, dass diese mit dem kleinstmöglichen Aufwand die bestmögliche Grundversorgung anbieten können.

Die beiden Schwerpunktgebiete von SolidarMed in Lesotho sind das Spital in *Seboche* mit 60 Betten und 5 angeschlossenen Gesundheitszentren (Dist-

rikt Buta Buthe) und *Paray* mit 70 Betten und 7 angeschlossenen Gesundheitszentren (Distrikt Thaba Tseka). Beide Bergspitäler gehören der katholischen Kirche.

Seboche liegt im Norden Lesothos, betreut ein Gebiet zwischen 1600 und 3000 Meter Höhe; Paray liegt im zentralen, äusserst armen Bergland auf 2200 Metern Höhe. Mit den mobilen Teams werden die Gesundheitszentren und Dörfer der beiden Distrikte regelmässig besucht. Jedes der Spitäler sichert die Grundversorgung von 60'000 bis 80'000 EinwohnerInnen ab.

HIV in Lesotho 2009

Menschen mit HIV: 290'000
 Erwachsene (15-49): HIV-Rate 23.6%
 Erwachsene (15 und mehr) mit HIV: 260'000
 (Frauen: 160'000 / Männer: 100'000)
 Kinder (0-14) mit HIV: 28'000
 Tote infolge AIDS: 14'000
 Waisenkinder infolge AIDS: 130'000
 (UNAIDS/WHO, 2009)

Ende 2010 lebten von weltweit 34 Mio. HIV-positiven Menschen 34% in 10 Ländern des südlichen Afrika
 (UNAIDS)



witschi enner

„It hurts“, sagt Lerato

Lerato ist eine junge Frau aus dem Dorf Ramabanta. Sie arbeitet in der Lodge, in der wir uns für drei Tage einquartiert haben. Ein malerisches Dorf in einem der traumhaften Bergtäler Lesothos.

Lerato ist mit uns zu den Felsmalereien gewandert, den „Bushmens Painting“. Zuerst hinunter ins Flusstal, auf der andern Seite wieder hinauf, wieder hinunter bis zu einer steilen Felswand. Ein schmales Band führt zu einer Felsspalte, dort finden wir kleine, verblasste rötliche Figu-

ren. Unterwegs, noch im Dorf, hat sie zwei Jungen gerufen und gefragt, ob sie uns begleiten können. Die beiden suchen eifrig nach den schönsten Kristallsteinen, die auf dem Weg nur so herum liegen, und die wir unsern Enkelkindern nach Hause bringen wollen.

Nun sind wir auf dem Rückweg. Wir stehen gegenüber der Lodge, einer wunderschönen Anlage. Die Rundhütten des Dorfes ziehen sich die Hänge hinauf, eingehüllt in die rosa Wolken der blühenden Pfirsichbäume. Dazwischen der Fluss, der sich zwischen steilen Wänden durch wilde Steinformationen windet. Weiter oben sehen wir eine Gruppe Frauen Wäsche waschen. „Wir waschen

immer zusammen“, sagt Lerato. „Wenn ich frei habe, nehme ich meine schmutzige Wäsche und gehe mit den Frauen am Fluss waschen. Wir lachen viel und sprechen über alles, was uns beschäftigt.“

Ihr Blick wandert weiter zum Dorf. „Dort unten ist unser Friedhof. Siehst du alle die frischen Grabhügel?“ Ich sehe sie, ich habe sie schon in allen Dörfern Lesothos, durch die wir gekommen sind, gesehen. „Das ist HIV“, sagt Lerato, „das sind alles Aids-Tote. Es nimmt kein Ende.“ Sie erzählt, dass auch hier viele Männer in Südafrika arbeiten. Einmal im Jahr kehren sie für wenige Wochen zu ihren Familien zurück. Sie schlafen dann mit ihren Frauen und diese werden krank. Denn in Südafrika gehen sie zu Girls, die meist HIV-positiv sind. Sie schützen sich nicht und kümmern sich auch nicht um die mögliche Ansteckung ihrer Frauen. „So viele werden krank und sterben. So viele Kinder sind Waisen. Auch die Eltern der beiden Jungen sind tot.“ Ihr Gesicht ist traurig. „Dabei tun wir soviel. Die Regierung sagt uns auch, was wir tun können. Wir haben eine Klinik hier. Jeden Morgen zwischen 8 und 9 Uhr gibt es eine Info-Runde für alle, die über HIV sprechen wollen oder Informationen brauchen. Wir versuchen, sie für eine Therapie zu motivieren. Aber viele wollen gar nicht wissen, ob sie AIDS haben.“

Schwangere Frauen kommen oft. Wir sagen ihnen, sie sollen nur 6 Monate lang stillen, um die Babies nicht anzustecken.

Kondome verteilen wir überall, gratis, in der Klinik, dem Gemeindezentrum, den Bars. Auch wenn Feste stattfinden, überall dort, wo sexuelle Kontakte wahrscheinlich sind. Es gab auch eine Gruppe Jugendlicher, die sind in alle umliegenden Dörfer gezogen, um mit andern Jugendlichen über HIV zu sprechen. Jetzt hat das aufgehört. Sie sind erwachsen und nach Südafrika zur Arbeit gegangen. Ich habe Angst, dass auch sie krank zurückkommen.“

Lerato schaut mich an. „Gibt es auch AIDS in der Schweiz? Was macht ihr damit?“ Ihr Blick geht wieder zu den frischen Gräbern. „Bei uns“, sagt sie,

„ist AIDS eine unendliche Tragödie. Und es tut weh, it hurts, every day and every night.“



Me Limakatso und Niklaus Labhardt

HIV-Tag im Health-Center Makhunoane

Das Health-Center Makhunoane ist eines von fünf, die in dieser Region vom Seboche-Hospital, in Zusammenarbeit mit Solidarmed, betreut werden.

Heute ist der wöchentliche HIV-Tag. Der Vorraum des kleinen Gebäudes ist gedrängt voll von Menschen aller Altersstufen, Männer, Frauen, Kinder. In einem kleinen Büro berät Me Kamele, Sozialarbeiterin mit Spezialgebiet AIDS,

die Patienten über HIV, Tests, Therapie, soziale Fragen. Auch über ihre Rechte, die gross und deutlich an der Wand aufgehängt sind.

Im Zimmer nebenan sitzt Me Masefako und empfängt ebenfalls Patienten. Die Nurse Me Masefako gehört zum HIV-Team des Seboche-Spitals, das jedes Health Center mindestens einmal monatlich besucht, die an Ort verantwortlichen Nurses bei der Behandlung der HIV-positiven Patienten unterstützt, supervisiert und weiterbildet. Alle HIV-Patienten kommen einmal im Monat zur Therapiekontrolle, bekom-

men die Medikamente für den nächsten Monat und werden im Fall von Komplikationen, die im Center nicht behandelbar sind, zur weiteren Abklärung ins Spital bestellt. Alle sechs Monate werden routinemässig Blut-Tests durchgeführt, um den Behandlungserfolg und allfällige Nebenwirkungen zu monitorisieren. Wenn jemand nicht kommt, geht Momatsiliso Scento vom Health-Center in die Dörfer und Familien, um nachzufragen, was los ist. Dabei kann sie oft auf die Hilfe der „local chiefs“ zählen.

Me Masefako hat sich die Hälfte der Dossiers geholt, es hat heute besonders viele Leute, mehr als 60, darunter ungewöhnlich viele Männer. Sie fragt nach dem Allgemeinbefinden, nach speziellen Problemen. „Machst du Familienplanung? Weiss dein Mann, dass du positiv bist, kennt er seinen Status? Sind die Kinder getestet? Das nächste Mal werden wir sie testen, es kann entscheidend sein für ihre Gesundheit. Du kannst aber auch nein sagen.“ Diese und ähnliche Fragen gehören zu jedem Gespräch. Realitäten, keine Moralpredigten.

Im kleinen Behandlungszimmer, wo die Leiterin des Centers, Me Limakatso zusammen mit dem Arzt Niklaus Labhardt ebenfalls einen grossen Berg Krankendossiers vor sich haben, sitzt nun eine alte Frau.

Sie hat lange gewartet. In aller Frühe ist sie drei Stunden zu Fuss von ihrem entlegenen Dorf bis hierher gelaufen. Wie hier üblich, ist sie in eine warme Wolldecke gewickelt, aus deren Tiefen sie einen grauen, gut verknoteten Plastikbeutel hervor holt, in dem sie das grüne Therapie-Büchlein und die restlichen Pillen des vergangenen Monats verstaut hat. Diese werden gezählt und kontrolliert, ob sie regelmässig eingenommen worden sind. Erst dann werden die neuen Pillen für einen weiteren Monat abgegeben.

Etwas scheint nicht zu stimmen. Die Frau holt die Medikamente nicht für sich selbst, die eigentliche Patientin kann nicht kommen, sie steht nicht mehr auf und redet wirres Zeug. Die Nurse Limakatso und der Arzt Niklaus Labhardt beraten sich. Kurze Fragen in Sotho, die Nurse übersetzt. Der Arzt will sich lieber selbst vergewissern. Ist es weit? Nein, nicht sehr. Die alte Frau

wird gebeten zu warten, wir werden sie im Auto mitnehmen.

Endlich können wir starten. Im robusten Allradantrieb der SolidarMed nehmen Platz: die alte Frau, Kamele und Masefako, Fritz und ich, der Arzt am Steuer. Es herrscht gute Stimmung, alle scherzen und sind froh, den anstrengenden Morgen hinter sich zu haben.

Hausbesuch in den Bergen

„Nicht sehr weit“ heisst real 20 Minuten Autofahrt in die Berge, über holprigste Naturpisten voller Schlaglöcher, über Furten, die bei Regen unpassierbar werden. Endlich erreichen wir den Weiler: eine Ansammlung von Rondavals inmitten blühender Pfirsichbäume. Wir lassen das Auto beim Dorfausgang stehen, weiter müssen wir zu Fuss. „Nicht sehr weit“, sagt die Grossmutter noch einmal. Ein schmaler Pfad, ein felsiger Abhang, die Hütten haben aufgehört. Die eine Nurse schwankt auf Schuhen mit hohen Absätzen den Berg hinauf. Sie beklagt sich, dass sie so weit laufen muss, stöckelt aber unverdrossen weiter.

Nach etwa 20 Minuten erreichen wir unser Ziel. Zwei Rondavals, erdfarben gestrichen, ein rotgoldenes Ocker. Davor rosa blühende Bäume, strahlender, intensiv blauer Himmel. Eine traumhafte Aussicht über die Bergketten Lesothos bis nach Südafrika. Alles sauber und ordentlich, auch der Hühnerstall.

Eine junge Frau in einem türkisfarbenen Kleid kommt näher. Sie hat ein verschlossenes Gesicht und wird von der Grossmutter ins Dorf geschickt. Zwei kleine Kinder kommen den Berg hinauf, bleiben auf Distanz und beobachten uns schweigend. Die Grossmutter ist mit dem Arzt und den beiden Nurses in einem der Rondavals verschwunden. Dort liegt die Patientin, es ist jetzt klar, dass es ihre Tochter ist. Sie holt in der zweiten Hütte ein grosses, gelbes Couvert und übergibt ein Röntgenbild. Der Arzt und die Nurses betrachten es draussen in der Sonne. Besorgte Minen, kurze Beratung. Das grüne Büchlein, in dem der Therapieverlauf, die verordneten Medikamente festgehalten sind, wird nochmals studiert. Die junge Frau muss ins Spital. Sie



ist HIV positiv und hat TB, immer noch die häufigste Todesursache bei AIDS-Kranken. Niklaus fragt uns, wie viel Rand, resp. Maloti wir bei uns hätten, oder ob Fritz zusammen mit ihm die Frau tragen könnte. Der Krankentransport ist teuer, 2-3 Monatslöhne, die Familie hat sicher nicht soviel Geld. Es wird entschieden, mit dem Auto so nahe als möglich heran zu fahren und die Kranke dorthin zu tragen. Die beiden machen sich auf den Weg.

Inzwischen ist eine junge Frau den Berg hinauf gerannt gekommen. Sie sieht aus wie das blühende Leben, mit wogendem Busen und koketter Haarspange. Sie atmet heftig und stürzt in die Hütte. „Es ist die Schwester“, sagt mir Kamele, die Nurse, die mit mir vor den Hütten wartet. Sie hat Hunger, ich habe einen Apfel dabei. Aus dem Rondaval kommt ein Mädchen, vielleicht sechs Jahre alt, zieht sich an und geht zu seinen kleinen Brüdern. Sie schauen

stumm ihrer Tante und der Grossmutter zu, die einige wenige Sachen bereit machen, um sie der Kranken ins Spital mitzugeben, ein eiliges Hin und Her zwischen den Rondavals. Die Grossmutter näht stehend noch an einem Kleidungsstück und beisst den Faden mit den Zähnen ab. Noch eine ältere Frau ist vom Dorf gekommen. „Es ist die Schwiegermutter“, informiert mich Kamele. Der Ehemann? Keine Ahnung.

Me Masefako, kommt aus dem Rondaval, wo sie der Kranken beigestanden ist. Die Grossmutter bringt einen Topf Wasser und leert ihn über ihre Hände, damit sie sie waschen kann.

Dann ist alles getan. Die lautlose Hektik ist verschwunden, es wird noch stiller. Die alte Frau berührt meinen Arm. „Sie möchte, dass du auch in die Hütte kommst, um mit uns für ihre Tochter zu beten,“ erklärt mir Kamele.

Dann stehen wir alle in der Hütte. Es ist pechschwarz, Licht kommt nur vom Eingang. Neben mir kauern die drei Kinder an der Wand. Nach ihnen die beiden Nurses, die in ihrem dunklen Arbeitstunee kaum zu sehen sind. Die Grossmutter steht im einzigen Lichtstrahl, der von der Tür hereinfällt, neben ihr die Schwiegermutter, dann die Schwester, deren buntes Kleid sogar in der Dunkelheit zu erahnen ist.

Die kranke junge Frau liegt links von der Tür, auf den Boden gebettet. Ich sehe im Dunkeln das Weiss der weit aufgerissenen Augen, die weissen Zähne im offen stehenden Mund, erahne ihr eingefallenes Gesicht und die Umrisse des Körpers unter einem Bündel Decken.

Dann beginnt ihre Schwester zu beten. Sie murmelt leise Worte in ihrer weichen, melodiosen Sprache Sotho, unterbrochen von immer häufigerem Schluchzen. Sie hält beide Hände vor ihr Gesicht und verstummt einen kurzen Augenblick. Dann bricht es wie ein Sturzbach aus ihr heraus. Sie schreit ihren Schmerz in die Schwärze des Raumes. Kein Gebet, eine verzweifelte Klage voller hilfloser Wut, eine tiefe, von Trauer und Hoffnungslosigkeit weggespülte Empörung.

Der Aufschrei geht mir durch Mark und Bein und trifft mich unvermittelt mitten in meinem Innersten.

Am Morgen noch habe ich im Health-Center die Aids-Tragödie Lesothos in geordneter Form erlebt. Sie war irgendwie fassbar, fast erträglich. Die funktionierende und zuverlässige Organisation in den Health-Centers, die kompetente Arbeit der Nurses, die sorgfältige Kontrolle der HIV-Therapien durch den Arzt vom Seboche-Spital, die Gratisabgabe der Medikamente, der Berg von Kranken-Dossiers, der Stück für Stück abgetragen wurde, im Gespräch mit den jeweiligen Patienten, viele davon scheinbar gesund und munter. Und hier, im Dunkel dieser einfachen Hütte, werde ich damit konfrontiert, was AIDS für die Menschen in Lesotho wirklich ist: eine schlussendlich unfassbare Tragödie, eine Katastrophe für die ganze Bevölkerung, vom kleinsten Kind bis zu den ältesten Menschen, eine immer wiederkehrende Bedrohung für jede Familie. Eine schwierige Zukunft für die jungen Generationen, bedroht von einer schweren, chronischen

Krankheit, abhängig von der täglichen Einnahme der Medikamente. Erträglich, wenn die Therapie Tag für Tag eingehalten wird, tödlich, wenn die Therapie aus oft unvermeidlichen Gründen zu spät begonnen oder unterbrochen wird. Für viele Kinder, vielleicht selbst auch erkrankt, ein Aufwachsen als Waisen oder Halbwaisen. Für die Grosseltern nicht endende Verantwortung für die zurückbleibenden Kinder ihrer toten Töchter und Söhne.

Der Ausbruch im dunklen Rondaval hört so abrupt auf wie er begonnen hat. Die junge Frau ist verstummt und verbirgt ihr Gesicht in den Händen. Die Grossmutter schaut durch die Tür in eine weite Ferne, die Kinder kauern noch immer still neben mir. Ich mache keinen Versuch, meine Tränen zurück zu halten.

Krankentransport auf steilen Pfaden

Draussen vor der Hütte stehen zwei Männer, in Woldecken gehüllt, und warten. Fritz und Niklaus sind unten zu sehen, sie werden bald hier sein. Sie kommen gar nicht dazu, die Patientin für den Transport aufzuheben. Aus der Hütte stürzt die junge Frau, die sich ihre kranke Schwester auf den Rücken geladen hat. Wortlos rennt sie mit ihr den Abhang hinunter, in einem Tempo, dass die andern kaum nachkommen.

Die Grossmutter ist noch drinnen. Ich gehe zu ihr und gebe ihr alles Geld, das ich bei mir habe. Sie nimmt es ohne grosse Worte, drückt mir die Hand. Sie zieht mich hinaus in die Sonne und zeigt weit hinter die Berge, nennt den Namen der nächsten Stadt in Südafrika, die dort liegt. Ich kann verstehen, dass ihre Tochter dorthin gegangen ist um zu arbeiten. Und dass sie von dort krank zurück gekommen ist.

Ich eile den andern nach. Sie tragen nun die Kranke zu fünft, zwei an jeder Seite, Fritz stützt ihren Kopf. Auch die Grossmutter ist auf dem Weg nach unten.

Zurück bleiben drei kleine, stumme Kinder, die nicht wissen, ob sie ihre Mutter je wieder sehen.

Beim Auto angekommen, drängen sich die Nurses und ich ins Heck, auf die Sitzbank wird die kranke Frau ge-

bettet, Fritz vorne und der Arzt am Steuer. Die Schwester drängt sich hinein und nimmt die Füsse der Kranken auf ihre Knie. Kurz vor der Abfahrt kommt die Grossmutter herbei geeilt und steigt ebenfalls noch ein. Sie bettet den Kopf ihrer kranken Tochter auf den Schoss, und hält ihn so liebevoll, als sei sie noch ihr kleines Kind, und als könne sie sie vor allem Bösen schützen.

Die Kranke hustet. Alle Fenster sind offen, die Nurses halten sich ein Tuch über Nase und Mund. „TB“, fällt mir ein und ich versuche, Nase und Mund mit meinen Händen abzudecken. Die Grossmutter wendet den Kopf und nickt mir lächelnd zu. Dann neigt sie sich zum Gesicht ihrer hustenden Tochter hinunter und flüstert zärtliche Worte. Einen Schutz braucht sie nicht.

Im Spital von Seboche angekommen, wird die Kranke in eines der einfachen, alten Eisenbetten im „Frauenzimmer“ gebettet. „Wenn sie die nächsten zwei Wochen überlebt, hat sie gute Chancen“, sagt Niklaus Labhardt.

Ich verabschiede mich. „Ich bin Käti“, sage ich, und die Grossmutter nennt mir ihren Namen. Ich muss ihn aufschreiben, er ist schwer zu behalten. Sie sagt ihn mir zweimal ganz langsam vor: MUNSEKISE NKELA

Nachtrag

Zurück in Basel erreicht uns ein Mail aus Seboche:

«Leider hat die TB-Patientin die zwei ersten Wochen nicht überstanden. Es sah am Anfang noch hoffnungsvoll aus, aber nach einer Woche bekam sie plötzlich Atemnot und verstarb - wieder 4 Aids-waisen mehr.

Eine von vielen traurigen Geschichten. Die einzige Lösung ist, dass man die Leute viel früher unter Therapie bekommt - wenn sie noch asymptomatisch sind. nächste Woche beginnen wir nun Kampagnen wo Teams in entlegenen Dörfern an jede Türe anklopfen und einen HIV-Test plus andere wichtige Dinge (Blutzucker, Blutdruck, Gewicht, Impfungen, Vitamin A, Family Planning, Deworming, etc.) anbieten. Ich hoffe sehr, dass wir so auch aus entlegenen Gebieten Patienten früh unter Behandlung bekommen.

Dr. Niklaus Labhardt»



wiltsch/ensener

kostenpflichtig. Im Beispiel von Malekunutus Mutter ist es das Insulin, das sie eigentlich zweimal täglich spritzen sollte, das sie aber nicht bezahlen kann und aufgrund eines fehlenden Kühlschranks auch nur begrenzt bei sich zu Hause aufbewahren kann.

Herz-Kreislauf, Diabetes usw.

Mit dem jährlichen Welt-Gesundheits-Bericht der Welt Gesundheits-Organisation (WHO) im Jahr 2005 wurde erstmals die bislang wenig beachtete Epidemie der chronischen nicht-übertragbaren Krankheiten in Ländern mit tiefem und mittlerem Einkommen in einem breiteren Rahmen thematisiert (1). Über 80% der Todesfälle weltweit sind mittlerweile auf chronische, nicht-übertragbare Krankheiten zurück zu führen. Zu den nicht-übertragbaren chronischen Erkrankungen zählen Herz-Kreislauf Erkrankungen und ihre Folgen, Diabetes, chronische Lungenerkrankungen (v.a. COPD, Asthma, Silikose, etc.), psychische und Karzinom-erkrankungen. Man geht davon aus, dass diese Krankheiten weltweit sukzessive zunehmen werden (2). Selbst in Afrika, wo zur Zeit Infektionskrankheiten aufgrund von HIV, Tuberkulose und Malaria immer noch dominieren, geht man davon aus, dass sich die kardiovaskulären Erkrankungen zwischen 1990 und 2020 verdoppeln und die Diabetes-Prävalenz zwischen 2000 und 2030 gar verdreifachen wird (3) (4). Bereits jetzt sind Herz-Kreislauf Erkrankungen im Afrika südlich der Sahara die Todesursache Nummer eins unter über 30-Jährigen (5). Die Weltbank wies in einer Studie auf die massiven ökonomischen Konsequenzen einer derart drastischen Zunahme dieser Erkrankungen hin, da sie nicht nur zu Tod im erwerbstätigen Alter sondern auch zu lebenslanger körperlicher Behinderung (z.B. durch Schlaganfall) führen können (6) (7).

Epidemie der vermeintlichen „Wohlstandserkrankungen“

Die lange unbeachtete Epidemie der vormals als „Wohlstandserkrankungen“ taxierten Krankheiten trifft in Af-

Im Schatten von HIV

Chronisch nicht-übertragbaren Erkrankungen

Lange wurde sie verkannt, die stille Epidemie der chronisch nicht-übertragbaren Erkrankungen in Entwicklungsländern.

VON NIKLAUS LABHARDT
DR. MED., ZURZEIT IN LESOTHO

Als Malekunutus Mutter an AIDS starb, blieb nur noch ihre Grossmutter. Diese ist 50-jährig und ebenfalls HIV-positiv. Im Unterschied zu ihrer Tochter hatte sie jedoch früh mit der anti-retroviralen Therapie begonnen und das Virus scheint

im Moment unter Kontrolle. Trotzdem ist Malekunutus Grossmutter schwer krank und hat wahrscheinlich nicht eine genügend grosse Lebenserwartung, um für ihre Enkelin, zu sorgen bis diese die Schule abgeschlossen hat. Sie leidet seit mehreren Jahren an einem Insulinpflichtigen Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), aufgrund dessen sie schon mehrmals komatös ins Spital eingeliefert werden musste. Bis anhin konnten die Kosten dafür von der verstorbenen Tochter, Malekunutus Mutter, getragen werden – nun ist niemand mehr da, der bezahlen kann. Während alle HIV-assoziierten Medikamente und Untersuchungen für die PatientInnen gratis sind, sind alle anderen Therapien immer noch

rika auf ein unvorbereitetes Gesundheitssystem, und Geldgeber zeigten bis anhin kaum Interesse, in die Prävention und Therapie dieser Krankheiten zu investieren. Obwohl der Grosse Teil der aufgrund von Krankheit verlorenen Lebensjahre (Disability adjusted Life-years, DALYs) auf chronische Krankheiten zurückzuführen ist, investierte beispielsweise die WHO im 2008 nur 12% ihres Budgets in Programme, die diese Erkrankungen im Fokus hatten(8). So ist das Gesundheitssystem in den meisten Ländern Afrikas immer noch primär auf akute und infektiöse Gebrechen ausgerichtet. Angemessene Therapie und Diagnose für chronische Erkrankungen findet man nur in grösseren Spitälern in den Städten.

Anders als bei HIV sind die chronischen nicht-übertragbaren Krankheiten (mit Ausnahme psychischer Erkrankungen) weniger mit einem Stigma behaftet. Der Prävention stehen allerdings kulturelle Idealbilder und Vorstellungen im Wege. So gilt es meist als schick, sich nicht zu bewegen, falls man nicht unbedingt muss, und Übergewicht wird als Zeichen von Gesundheit und Wohlstand gewertet. Doch auch wirtschaftliche Gründe stehen einer effektiven Prävention entgegen. So ist es für die arme Stadtbevölkerung, die nicht selbst Gemüse anbauen kann, günstiger, importierte Nahrung mit hoher Kaloriedichte einzukaufen als einheimische Agrarprodukte. Diese sind weit weniger gesund und führen eher zu Übergewicht.

Diabetes und Bluthochdruck in der Gesundheitsversorgung

Diabetes und Bluthochdruck, zwei prominente Vertreter der chronischen nicht-infektiösen Krankheiten teilen vier wichtige Aspekte mit HIV: es gibt effektive präventionsmöglichkeiten, sie sind lange asymptomatisch, wären eigentlich einfach zu diagnostizieren und verlangen eine lebenslange tägliche Therapie. Diese Sachverhalte machen es notwendig, fachgerechte Prävention, Diagnose und Behandlung möglichst nahe an die Patientinnen und Patienten zu bringen. In der Schweiz sind die Hausärztinnen nahe bei den Patientinnen, im ländlichen Afrika die Gesund-



“ Von SolidarMed in Lesotho unterstützte HIV-Screening-Kampagnen werden beispielsweise nicht mehr isoliert durchgeführt, sondern in einem ganzen Paket an Diensten angeboten.

heitszentren. In einem Pilotprojekt in Kamerun, unterstützt von der coopération africaine und der coopération cameroun-jura-suisse, wurden die Krankenpflegerinnen von 75 Gesundheitszentren in acht Distrikten zur effektiven Prävention, Diagnose und Therapie von Bluthochdruck und Typ 2 Diabetes ausgebildet. Eine Projektevaluation nach zwei Jahren zeigte, dass die Ausrüstung und Ausbildung durchaus eine gewisse Nachhaltigkeit zeigten, dass aber weniger als einer von fünf diagnostizierten Patienten über mindestens ein Jahr in Therapie blieb (9). Patientinnen über Jahre hinweg zu motivieren, für eine oligosymptomatische Krankheit regel-

mässig den Arzt aufzusuchen und die verschriebenen Tabletten auch einzunehmen, ist bereits in Industrieländern eine Herausforderung. In Ländern mit tiefem Einkommen kommen Transport- und Behandlungskosten als weiteres Hindernis hinzu. In einer nachfolgenden Studie im selben Projektgebiet konnte zwar gezeigt werden, dass Patientinnen deutlich besser in Behandlung gehalten werden können (2 von 3 sind nach einem Jahr noch in Behandlung), wenn vor Behandlungsbeginn ein ausführliches Aufklärungsgespräch geführt wird und die Patientinnen, falls sie den Kontrolltermin nicht wahrnehmen, mit einem Standardbrief, der von einem

Dorf-Gesundheitsarbeiter überbracht wird, dazu aufgefordert werden, möglichst bald ans Gesundheitszentrum zu kommen (10). Dennoch bleiben die Chronizität und die damit verbundenen Kosten die grösste Herausforderung in der Therapie von Bluthochdruck und Diabetes in Afrika.

Verteilkämpfe – Integration als Antwort

Im September dieses Jahres fand die erste UN-Generalversammlung zum Thema chronische nicht-übertragbare Krankheiten statt. International wurde starker Druck ausgeübt, den chronischen Krankheiten endlich mehr Beachtung zu verschaffen (11). Leider wird aber der Kuchen für Gesundheitsprojekte in den südlichen Ländern nicht grösser, sondern angesichts der Wirtschaftskrisen eher kleiner. Es kommt daher mehr und mehr zu Verteilkämpfen unter verschiedenen Interessenvertretern, in denen beispielsweise Mutter-Kind-Gesundheit gegen Diabetes und HIV gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufgewogen werden. Eine Antwort darauf kann nur eine grundsätzliche Stärkung der Gesundheitssysteme und damit der Gesundheitsversorgung in diesen Ländern sein. Statt weiterhin vertikale Projekte zu betreiben, die sich auf einen spezifischen Bereich konzentrieren, sollte auf eine integrierte Grundversorgung, die alle häufigen und wichtigen Gesundheitsaspekte in einer Bevölkerung abdeckt, hingearbeitet werden. Durch Integration verschiedener Aspekte in die primäre Gesundheitsversorgung wird die Effizienz gesteigert und es werden Kosten gespart. Für die Bevölkerung sind integrierte Angebote auch besser erreichbar, da sie – wie z.B. im Falle von speziellen HIV-Kliniken – nicht mit Stigma behaftet sind. Von SolidarMed in Lesotho unterstützte HIV-Screening-Kampagnen werden beispielsweise nicht mehr isoliert durchgeführt, sondern in einem ganzen Paket an Diensten angeboten (siehe Bild): Blutdruck, Blutzucker, Gewicht, Entwurmung, Vitamin A und Impfungen für Kinder, Familienplanung, Tuberkulose Screening und HIV-Test. Dies erlaubt es, gleichzeitig einen grösseren Teil der Bevölkerung zu erreichen und

verschiedene Bedürfnisse abzudecken (12). Dem HIV-Test wird damit auch das Stigma entzogen, da er als integrierter Teil eines „gesamt Check-ups“ angeboten wird.

Um nachhaltig betrieben werden zu können, müssen in armen Ländern die aktuell vertikalen Projekte in eine breitere primäre Gesundheitsversorgung integriert werden, die mehr als nur diejenigen Krankheiten abdeckt, welche zur Zeit bei Geldgebern gerade „sexy“ sind. Dabei müssen chronische Krankheiten mit einbezogen werden – auch wenn uns in den Geberländern die Geschichte eines unterernährten Kleinkindes stärker berührt als diejenige einer übergewichtigen Grossmutter mit Diabetes.

Einen Schwerpunkt über die Projekte von Niklaus Labhardt in Kamerun haben wir im Mai 2008 in unserer Ausgabe 2.08 publiziert.

(1) World Health Organization: Preventing Chronic Diseases. A Vital Investment: WHO Global Report. ISBN 92 4 156300 1. Abrufbar unter www.who.int

(2) World Health Organization. Cardiovascular disease: guidelines for prevention and control 2007. Abrufbar unter www.who.int

(3) Berand, Yudkin JS. Diabetes care in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2006;368:1689-95

(4) Miranda JJ, Kinra S, Casas JP, Davey Smith G, Ebrahim S. Non-communicable diseases in low- and middle-income countries: context, determinants and health policy. *Trop Med Int Health* 2008;13:1225-34

(5) Gaziano TA, Reddy KS, Paccaud F, Horton S, Chaturvedi V. Cardiovascular Disease (Chapter 33). In: *Disease Control Priorities In Developing Countries*. 2nd Edition (Eds: D Jamison Et. Al.). Washington, D.C.: Oxford University Press And The World Bank, 2006. P. 645-62

(6) Rasmn, Stuckler D, Rocco L. Chronic disease: an economic perspective. *Chronic disease: an economic perspective* 2006

(7) Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegón M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370:1929-38.

(8) Stuckler D, King L, Robinson H, McKee M. WHO's budgetary allocations and burden of disease: a comparative analysis. *Lancet* 2008;372:1563-9

(9) Labhardt ND, Balo JR, Ndam M, Grimm JJ, Manga E. Task shifting to non-physician clinicians for integrated management of hypertension and diabetes in rural Cameroon: a programme assessment at two years. *BMC Health Serv Res* 2010, 10:339

(10) Labhardt Nd, Balo Jr, Ndam M, Manga E, Stoll B: Improved Retention Rates With Low-Cost Interventions In Hypertension And Diabetes Management In A Rural African Environment Of Nurse-Led Care: A Cluster-Randomised Trial. *Trop Med Int Health* 2011

(11) Time for action in New York on non-communicable diseases. *The Lancet*, [Volume 378, Issue 9795](http://www.thelancet.com), Page 961, 10 September 2011. doi:10.1016/S0140-6736(11)61389-5

(12) Solidarmed. Comparison of door-to-door versus Community gathering to provide HIV counseling and testing services in rural Lesotho (dodopi) – study protocol. <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/nct01459120>



Spekulationen um ein Virus

30 Jahre Aids

Kurz nach der Gründung der Sozialen Medizin trat eine neue, zunächst unerklärbare Krankheit auf: AIDS. Diese verliertödlich und war sexuell übertragbar. Kein Wunder war sie Gegenstand unzähliger Spekulationen und erregter Debatten. Auch für die Soziale Medizin war AIDS ein wichtiges Thema.

VON RUEDI SPÖNDLIN

Anfang der achtziger Jahre stand die Medizin vor einem Rätsel. Am 5. Juni 1981 berichtete das Mitteilungsblatt des «Center for Disease Control» in Atlanta (Georgia/USA), innerhalb eines Monats seien ihm

fünf Patienten mit der seltenen Lungenentzündung Pneumocystosis gemeldet worden. Alle fünf würden in Los Angeles leben und seien jüngere homosexuelle Männer. Die Pneumocystosis wird von einer banalen Mikrobe hervorgerufen, die praktisch überall auf der Welt vorkommt und für gesunde Menschen nicht gefährlich ist. Krankheitssymptome ruft sie nur bei geschwächter Immunabwehr hervor, etwa bei einer Leukämie. Bei gründlicher Untersuchung der fünf Erkrankten fanden sich dann noch weitere Infekte, die ebenfalls von sonst unbedeutenden Erregern hervorgerufen wurden, etwa die seltene Krebsart «Kaposi-Syndrom» und ein Pilzbefall der Mundschleimhaut.

In den folgenden Monaten wurden immer neue Fälle dieser seltsamen Erscheinung gemeldet. Betroffen waren fast immer jüngere männliche Homose-

xuelle, manchmal auch Gebraucher intravenös gespritzter Drogen und Hämophile, die Blutprodukte benötigten. Beobachtet wurden die seltsamen Erkrankungen zunächst nur in Los Angeles, dann in New York und anderen Städten der USA. Ab 1982 traten in Europa die ersten Fälle auf.

Der Wettlauf nach dem Virus

Das «Center of Disease Control» gab der Erscheinung 1981 einen Namen: AIDS - acquired immune deficiency syndrome. Durch diese Benennung wurde die rätselhafte Krankheit einer breiteren Öffentlichkeit bekannt. Über ihre Ursachen wusste man aber noch nichts. Umso eifriger wurde darüber spekuliert, moralisierende Interpretationen schossen ins Kraut. Von der Rache der Natur für die «unnatürliche» Lebensweise der Schwulen war beispielsweise die Rede. Anhänger einer freiheitlichen Sexualmoral widersprachen entrüstet (vgl. SM 6+7+8/85). Die Suche nach den Ursachen von AIDS wurde zum Thema von höchster gesellschaftspolitischer Brisanz.

Die Ausbreitung von AIDS liess dann bald auf ein Virus schliessen. Nach diesem wurde fieberhaft gesucht. 1983 gelang es dem Team von Luc Montagnier in Frankreich, das LA-Virus als AIDS-Erreger nachzuweisen. Montagnier war aber nicht der einzige, der hinter dem Virus her war. Das Team von Robert Gallo in den USA konnte 1984 Montagniers Entdeckung bestätigen und gab dem Virus den neuen Namen HTLV-III. Ab 1986 sprach man dann vom HI-Virus. Gallo hatte den Ruhm der Erstentdeckung zwar knapp verpasst. Dafür liess sich aufgrund seiner Forschung ein Diagnostest entwickeln. Der dramatische Wettlauf zwischen Montagnier und Gallo nährte später immer wieder den Verdacht, die beiden könnten ungenau gearbeitet haben, um als erster ans Ziel zu kommen.

Rassismus und der Ursprung in Afrika

In der Folge kreisten die Spekulationen um die Herkunft des Virus. Weil

Schwarze in besonderem Ausmass von AIDS betroffen waren, wurde schon bald ein afrikanischer oder afro-amerikanischer Ursprung vermutet. Bestärkt wurde diese Annahme durch die Entdeckung eines ähnlichen Virus bei afrikanischen Affen. Es schien naheliegend, dass das Virus in Afrika durch Affenbisse auf Menschen übertragen worden war.

Diese afro-amerikanische These drohte, ohnehin vorhandene rassistische Vorurteile zu verstärken. Viele Menschen guten Willens stürzten sich deshalb auf jeden Anhaltspunkt für eine andere Entstehungstheorie. Eine grosse Rolle spielte dabei die Vermutung, das HI-Virus könnte durch einen Laborunfall entstanden sein. Geradezu ideal ins links-grüne Weltbild passte dann die Hypothese, die der damals 76-jährige Biologieprofessor Jakob Segal aus der DDR im Jahre 1987 auftrachte. Sie lautete, das HI-Virus sei möglicherweise 1977 durch Genmanipulation in den B-Waffen-Labors der US-Army in Fort Detrick geschaffen und anschliessend an Strafgefangenen getestet worden. Diese hätten es 1979, nach ihrer Entlassung, in New York verbreitet (vgl. SM 9/87).

Hatte die Stasi die Finger im Spiel?

Kein Wunder, wurde Segals These begeistert aufgenommen. Sie versprach, sowohl die damals noch junge Gentechnologie als auch die B-Waffenforschung ein für allemal ins Unrecht zu versetzen. Dass sie bei Lichte betrachtet höchst unplausibel war und sich durch keinerlei Fakten stützen liess, wollten viele nicht sehen.

Der Hypothese von Segal aufgesessen war vor allem die deutsche Tageszeitung taz. Im Januar 2010 ging diese dann selbstkritisch über die Bücher und berichtete, hinter der Verbreitung von Segals AIDS-Hypothese habe die Stasi gestanden, der Staatssicherheitsdienst der DDR. Segal, ein renommierter Wissenschaftler, war überzeugter Kommunist. Nach der Machtergreifung der Nazis musste er ins Exil gehen, wo er sich aktiv im Widerstand betätigte. Seine wissenschaftliche Laufbahn durchlief er

Die Soziale Medizin und AIDS

resp. Die Soziale Medizin hat sich seit den frühen 1980er Jahren intensiv mit AIDS beschäftigt. Zu erwähnen ist etwa die vielbeachtete AIDS-Tagung im März 1987, die der damalige SGSG-Geschäftsführer Ruedi Bautz organisiert hatte. Daraus entstand dann die Sonderausgabe 9.87 zum Thema AIDS. Das Hauptanliegen der Sozialen Medizin und ihrer Herausgeberin SGSG war damals, gegen eine Ausgrenzung von Menschen mit HIV und AIDS anzukämpfen. Die Vorurteile in der Bevölkerung waren gross und gewisse Politiker forderten diskriminierende Massnahmen wie Quarantäne und die zwangsweise Tätowierung von HIV-Positiven.

Später setzten wir uns auch kritisch mit den Theorien der HIV-Dissidenten um Peter Duesberg auseinander. In

unserem Umfeld gab es einige, die viel davon hielten. Unsere Redaktionsgruppe blieb zwar immer skeptisch und vertraute auf die schulmedizinischen Theorien zum HI-Virus. Trotzdem veranstalteten wir im März 1993 eine Tagung mit Alfred Hässig und behandelten das Thema in unserer Ausgabe 3.93 kontrovers. In Ausgabe 2.99 beschäftigten wir uns dann ausführlich damit, was die neuen medikamentösen Therapien für die HIV-Betroffenen bedeuten.

In den 2000er Jahren, als es um AIDS ruhiger wurde, war unser Hauptanliegen, die Betroffenen nicht in Vergessenheit geraten zu lassen. Dabei richteten wir den Fokus stark auf die Dritte Welt, wo die Misere am grössten war und nach wie vor ist.

grösstenteils in Frankreich, bevor er 1953 an die Humboldt-Universität in der damaligen DDR berufen wurde. Dass sich die Stasi für die Nutzung seiner AIDS-Hypothese zu politischen Propagandazwecken interessierte, scheint zuzutreffen. Wieweit sich Segal bewusst in diese Geheimdienstpläne einspannen liess, ist aber unsicher (vgl. Links zu <Jakob Segal> bei Google, insbesondere Wikipedia).

Das Wachstum der Stadt Khinshasa

Dass HIV aus Afrika stammt, gilt seit längerem als gesichert. Zunächst ging man davon aus, das Virus sei in den 1930er Jahren bei der Jagd in Afrika von Affen auf Menschen übertragen worden. Inzwischen glauben amerikanische Wissenschaftler herausgefunden zu haben, dies sei zwischen 1880 und

1920 im Kongo geschehen (vgl. <http://uanews.org/node/21749>). Zur Ausbreitung könnte dann die Kolonisierung der Belgier entscheidend beigetragen haben. In der 1881 gegründeten Kolonialstadt Leopoldville, dem heutigen Kinshasa, habe sich das Virus ausgebreitet. Dazu beigetragen habe das enorme Bevölkerungswachstum der Stadt, deren Einwohnerzahl zwischen 1930 und 1950 von 40'000 auf 250'000 angewachsen war. Heute hat sie über 8 Millionen EinwohnerInnen.

Hat AIDS nichts mit einem Virus zu tun?

Ab den späten 1980er Jahren ging das Interesse an der Herkunft des Virus deutlich zurück. Für Aufsehen sorgte bald eine ganz andere These, die vom deutschstämmigen Molekularbiologen Peter Duesberg von der Berkley-Universität in Kalifornien stammte. Duesberg, ein renommierter Krebs- und Virosexperte, bezweifelte, dass AIDS vom HI-Virus verursacht wird, und behauptete, AIDS sei im wesentlichen die ungesunde Lebensweise vieler Drogenabhängiger und Schwuler zurückzuführen. Ähnlich, wenn auch nicht ganz gleich, äusserten sich Eleni Eleopulos und der emeritierte Berner Medizinprofessor Alfred Hässig, ein weltweit bekannter Spezialist für das Blutspendewesen (vgl. SM 3/93). Pikant ist: Im Dezember 1998 wurde Hässig vom Genfer Strafgericht der Gefährdung des Lebens und Körperverletzung schuldig gesprochen und zu einem Jahr Gefängnis bedingt verurteilt. Ihm wurde vorgeworfen, als Direktor des Zentrallaboratoriums des Schweizerischen Roten Kreuzes zugelassen zu haben, dass von 1985 an nicht auf HIV getestete Blutprodukte auf den Markt gebracht wurden. Hässig zog das Urteil erfolglos weiter. Als das Bundesgericht seine Beschwerde in letzter Instanz ablehnte, war er allerdings bereits verstorben.

Die Thesen dieser HIV-Dissidenten kamen den Hoffnungen tausender von Betroffenen entgegen. Ihre zentrale Botschaft lautete nämlich: Eine HIV-Infektion bedeutet kein Todesurteil. Der Ausbruch von AIDS hat gar nicht oder nur beschränkt mit dem Virus zu tun, eine grössere Rolle spielt die Lebensweise.

Nach der Lehrmeinung mussten sich HIV-Infizierte hingegen auf einen ziemlich sicheren Tod innert weniger Jahre einstellen.

Wieder Spass am Sex

Auf Interesse stiessen die HIV-Dissidenten auch bei Kritikern der Pharmaindustrie, weil sie AZT, das damals einzige AIDS-Medikament AZT als kontraproduktiv bezeichneten.

Ebenfalls über die Duesberg-These freuen konnten sich diejenigen, welchen

Moral war für ihn kein Thema. Das Gleiche gilt für Hässig und die anderen bekannten HIV-Dissidenten.

Die HIV-Theorie ist tatsächlich ein starkes Bollwerk gegen moralisierende Schuldzuweisungen. Eine ausgrenzende Seuchenpolitik liesse sich jedoch auch mit ihr legitimieren - mit zwangsweisen Tests und der Internierung von Infizierten. Ansätze dazu gab es immer wieder. Insgesamt setzte sich in Westeuropa aber eine liberale AIDS-Politik durch, wozu die führenden Vertreter der HIV-Theorie massgebend beitrugen. In den Präventionskampagnen wurde die Bot-



Ohne das HI-Virus wäre die heutige liberale Drogenpolitik in der Schweiz nie möglich gewesen.

die HIV-Prävention den Spass am Sex verdorben hatte. Wenn das Virus keine Rolle spielte, konnte man auch die Präservative wieder sein lassen. Damit lässt sich die an Diskussionsverweigerung grenzende Abwehrhaltung erklären, welche Behördenvertreter und viele Ärzte Duesberg gegenüber einnahmen. Man warf ihm vor, die Präventionsarbeit zunichte zu machen. Alfred Hässig war in dieser Hinsicht zurückhaltend und plädierte dafür, die Regeln der HIV-Prävention vorsichtshalber doch zu beherzigen.

Die Virus-Theorie als Garantin der Solidarität

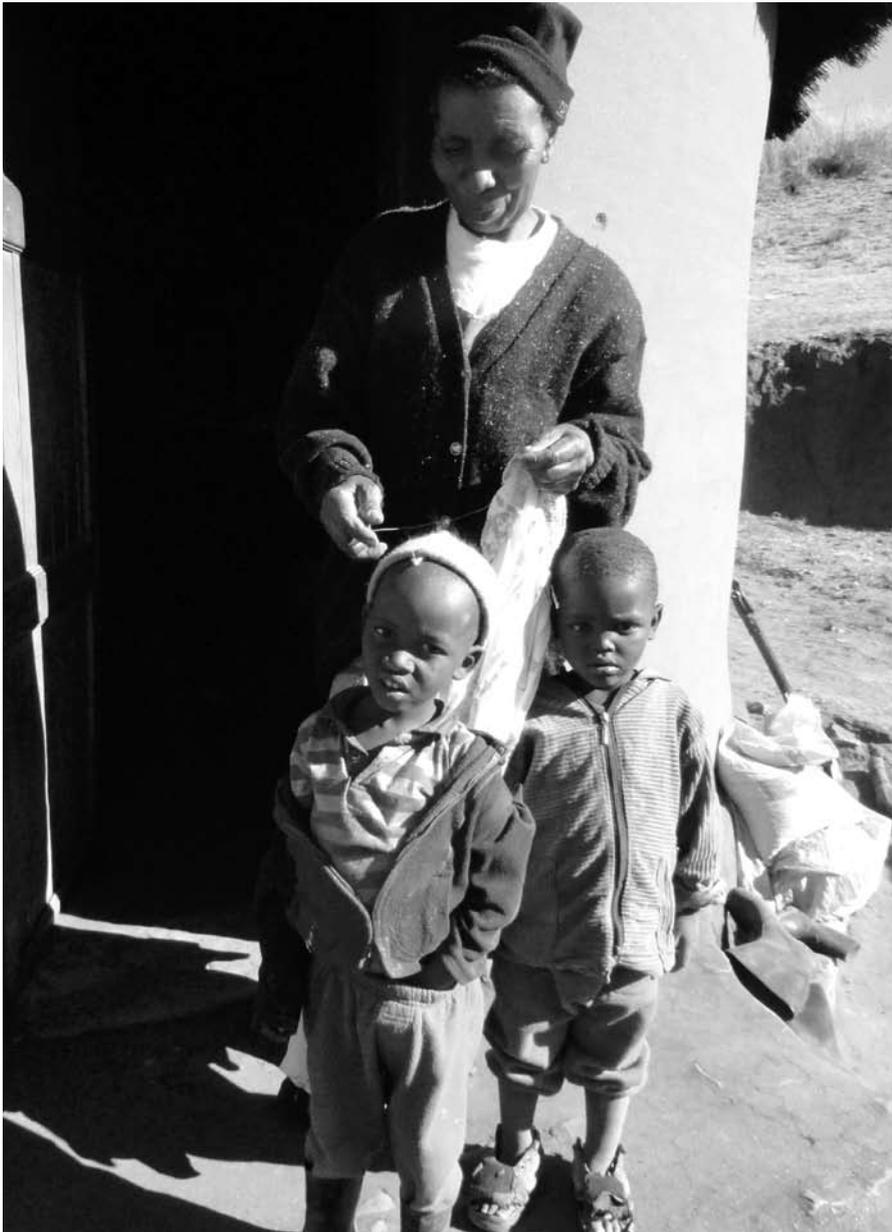
Ebenfalls starke Abwehrreflexe dürfte Duesbergs-These deshalb ausgelöst haben, weil sie AIDS auf bestimmte Lebensweisen zurückführte. Damit öffnete sie die Tür für moralisierende Schuldzuweisungen an Schwule und Drogenabhängige, wie sie vor Entdeckung des Virus Konjunktur hatten. Duesberg selbst - das ist zu anerkennen - äusserte sich allerdings nie in diese Richtung. Diskriminierung und ausgrenzende

schaft vom Virus immer an die Empfehlung von Präservativen und sauberen Spritzen gekoppelt. Gleichzeitig wurde Solidarität mit den Betroffenen gefordert. Ohne das HI-Virus wäre die heutige liberale Drogenpolitik in der Schweiz nie möglich gewesen. Somit gibt es gute gesellschaftspolitische Gründe, seine Bedeutung zu verteidigen.

AIDS verliert seinen Schrecken

Duesberg und seine Mitstreiter konnten sich aber durchaus auf Beobachtungen stützen. So gab es HIV-Infizierte, bei welchen die Krankheit Aids nach zehn bis fünfzehn Jahre noch nicht ausgebrochen war. Dies widersprach der ursprünglichen Lehrmeinung. Die durchschnittliche Latenzzeit zwischen Infektion und Ausbruch der Krankheit musste dann laufend nach oben korrigiert werden.

Somit legten die HIV-Dissidenten um Duesberg den Finger auf ein paar wunde Punkte der Lehrmeinung. Zum Einsturz brachten sie diese aber nicht.



witschi ensner

Die zentrale Behauptung der Dissidenten, dass es AIDS-Fälle ohne HIV-Virus gebe, scheint inzwischen widerlegt zu sein. Ebenfalls ins Unrecht versetzt wurde Alfred Hässig, der auf die geringe Häufigkeit von AIDS in Asien hinwies und dies mit dem häufigen Genuss von Grüntee in jener Weltgegend erklärte. Inzwischen hat sich AIDS leider auch in Asien ganz rasant verbreitet.

In den späten 1990er Jahren liess das öffentliche Interesse an den Thesen von Duesberg und Konsorten allerdings deutlich nach. Dies könnte damit zu tun

haben, dass es seither Medikamente gibt, die ein längerfristigeres Überleben von Aidskranken ermöglichen. Damit hat AIDS seinen Schrecken etwas verloren.

Eine Folge davon war aber, dass die HIV-Ansteckungen zu Beginn der 2000er Jahre wieder zunahmen, weil viele Menschen die Gebote der Prävention nicht mehr so ernst nahmen. Besonders betroffen von dieser Zunahme waren Migrantinnen und Migranten, die aufgrund ihres prekären Aufenthaltsstatus von der Prävention und Gesundheits-

versorgung schlecht erreicht wurden (vgl. Interview mit Franz Walter in Soziale Medizin 4.05 S. 26 ff.). Dies zeigt, dass gut funktionierende medizinische Angebote für Sans Papiers nicht ausschliesslich ein humanitäres Postulat sind, sondern auch der Eindämmung übertragbarer Krankheiten dienen.

Laut der Statistik des BAG stabilisierte sich die HIV-Ansteckungsrate in der Schweiz zwischen 2003 und 2008 und ist seit 2009 wieder rückläufig. Bis 2008 war eine Zunahme bei Männern zu verzeichnen, die Sex mit Männern hatten. Offenbar haben die Präventionsbotschaften der AIDS-Hilfe und der Gesundheitsbehörden jetzt aber auch diese Gruppe besser erreicht (http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05490/05749/05750/index.html?lang=de).

AIDS in Afrika

Anders verhält es sich in Afrika, wo laut Schätzungen der WHO über 20 Millionen Menschen mit dem HI-Virus angesteckt sind. Ähnlich präsentiert sich die Situation in anderen Ländern der Dritten Welt. Dort standen die das Überleben sichernden Medikamente zunächst natürlich nicht zur Verfügung. Zudem ist AIDS in vielen dieser Länder mit viel schwereren Tabus belegt als bei uns. Man spricht nicht darüber und kann deshalb auch keine Präventionsbotschaften verbreiten. Wie Klaus Labhardt kürzlich in unserer Zeitschrift zeigte, ändert sich das aber allmählich (Soziale Medizin 2.08 S. 53 ff). In Kamerun beispielsweise stehen HIV-Medikamente kostenlos zur Verfügung und die Leute nennen AIDS inzwischen auch beim Namen. Wie es heute in Lesotho steht, zeigen die Beiträge von Käti Ensner und Fritz Witschi in diesem Heft. Selbstverständlich ist das Leiden an AIDS in den Ländern der Dritten Welt nach wie vor viel grösser als bei uns. Die dortige Gesundheitsversorgung lässt sich auch nicht mit der unsrigen vergleichen. Aber der Trend geht nicht unbedingt ständig abwärts. Je mehr sich die westlichen Länder um einen fairen Austausch mit der Dritten Welt bemühen und entwicklungspolitische Unterstützung leisten, desto besser wird sich AIDS weltweit behandeln und eindämmen lassen.



merlin 1487 | flickr

Es geht nicht nur um die harten Fakten

Salud Mental Comunitaria in El Salvador

Der Aufbau einer funktionierenden Gesundheitsversorgung in einem Land der Dritten Welt ist eine grosse Herausforderung. Spezielle Anforderungen stellen sich dabei im Bereich der Psychiatrie. Ein Bericht aus El Salvador.

Seit im Juni 2009 die FMLN, die nach dem 12-jährigen Bürgerkrieg 1992 aus der Guerilla entstandene linke Partei, den Präsidenten stellt, hat sich einiges getan im Gesundheitswesen. Die Gesundheitsministerin, selbst Ärztin und während vielen

Jahren bei der WHO und OPS tätig, ist mit ihren einiges über 85 Jahren sehr aktiv. Aus politischen Überlegungen ernannte sei zwei VizeministerInnen, die frühere Bürgermeisterin San Salvadors, Violeta Menjivar und Eduardo Espinoza, langjähriger Direktor einer NGO im Bereich Gesundheit, beide mit langjähriger Erfahrung in „Salud publica“. Sie übernahmen das Gesundheitswesen in einem desolaten Zustand, mit Schulden von 18 Mio. USD. Das Budget für 2009 war von der vorgängigen, rechten Regierung in den ersten 5 Monaten bis zum Machtwechsel am 1. Juni praktisch aufgebracht.

Trotzdem wurden rasch dringende Veränderungen vorgenommen. Eine der

ersten war die Abschaffung der „cuotas voluntarias“, so genannt freiwilliger Beiträge, wodurch viele arme Familien erstmals Zugang zum Gesundheitswesen erhielten. Dazu ist zu vermerken, dass in El Salvador, wie in vielen Ländern Lateinamerikas, nur Festangestellte über ihren Arbeitgeber versichert sind und damit Zugang zu den versicherungseigenen Spitälern haben. Die restlichen ca. 80% der Bevölkerung, die im informellen Sektor arbeiten, sind auf die staatlichen Spitäler angewiesen. Dort wurden für jede Behandlung, auch im Akut-Fall, etwa 20 USD als „freiwilliger“ Beitrag erhoben, ein Betrag, den sich sehr viele nicht leisten können.

Kaum fundierte psychotherapeutische Ausbildung

Die psychiatrische Versorgung liegt besonders im Argen. Für das ganze Land mit seinen ca. 6,5 Mio. Einwohnern gibt es eine staatliche psychiatrische Klinik in der Hauptstadt San Salvador

mit 300 Betten. Für die Klinik und die angeschlossenen ambulanten Dienste sind acht PsychiaterInnen und vier PsychologInnen zuständig (sic!). In den letzten Jahren wurde in verschiedenen „Unidades de Salud“, Zentren für Basis-Medizin, auch psychiatrische Versorgung angeboten. Häufig sind dafür jedoch Allgemeinärzte zuständig, die keine psychiatrische Ausbildung haben. Generell sind PsychiaterInnen vor allem in medikamentöser Behandlung ausgebildet, fundierte psychotherapeutische Ausbildungen gibt es kaum. Auch PsychologInnen haben nur vereinzelt eine effektive Therapie-Ausbildung durchlaufen. Aufgrund ihres Studiums verfügen sie, je nach Universität, zwar über eine gute theoretische Bildung. Selbsterfahrung und Fall-Supervision fehlen jedoch.

Gefühle der Überforderung

Verschiedentlich werden von Organisationen oder Einzelpersonen aus den USA und Europa in Workshops Einführungen in bestimmte Therapieformen oder Techniken angeboten. Da dies meist einmalige Veranstaltungen ohne Vertiefung und Techniken ohne theoretischen Hintergrund sind, besteht keine Möglichkeit einer vertieften Aneignung solider, gut abgestützter Therapieverfahren.

Wie belastend dies für die Beteiligten ist, habe ich letzten Februar erfahren, als ich Gelegenheit hatte, einer Gruppe von PsychologInnen, die in staatlichen Gesundheitszentren arbeiten, eine Einführung in Supervision zu geben. Die KollegInnen begannen bald von ihrem Alltag zu reden und es wurde deutlich, wie sich ihre eigenen Probleme unter der grossen Belastung mit denjenigen der PatienInnen mischen. Vielfach werden Gefühle der Überforderung durch überhöhte Anforderungen an sich und die



Ignazio Martin Baró entwickelte in den 1980er Jahren eine Sozialpsychologie, die den sozialen und historischen Bedingungen der Bevölkerung eine zentrale Bedeutung für die psychische Befindlichkeit beimisst. Er wurde 1998 von Todesschwadronen ermordet.



Andern abgewehrt, was zu Teamkonflikten führt und damit verbundenen Kündigungen.

Erfahrung mit Gemeinschaftsarbeit

Dies sind die Vorgaben, auf dem nun ein sozialpsychiatrisches Versorgungssystem (Salud mental comunitaria) aufgebaut werden muss - angesichts der schmalen finanziellen und professionellen Ressourcen ein riesiges Unterfangen. Allerdings darf nicht vergessen werden, dass es in El Salvador eine breite Erfahrung mit Arbeit in der Gemeinschaft gibt. Salvadorianische NGO's haben etwa im Bereich Landwirtschaft, Erziehung, Umwelt, Gesundheit und eben auch Salud Mental seit dem Krieg in den Kommunen auf der Basis von Educación Popular gearbeitet. Dabei werden die Themen im Dialog mit der Bevölkerung erarbeitet. Wissen wird vermittelt, indem die Betroffenen ihre Erfahrung zum Thema einbringen und mit Hilfe der Facilitatoren (Mentoren) nach neuen Wegen suchen, die Probleme zu lösen. Gerade im Bereich Salud Mental ist dies eine Möglichkeit, der Stigmatisierung psychisch Kranker entgegen zu wirken, da den Leuten bewusst wird, wie wir alle unsere Schwierigkei-

ten haben und an früheren Erfahrungen und Erlebnissen leiden. So wird familiäre Gewalt, Alkoholismus und Depression in Zusammenhang mit Ereignissen während des bewaffneten Konfliktes, der strukturellen Gewalt und eigenen negativen Erfahrungen in der Kindheit gebracht und damit in einem breiteren sozialen Kontext gestellt.

Ebenfalls von grosser Bedeutung ist das Werk von Ignazio Martin Baró, früherer Dekan der psychologischen Fakultät und einer der sechs Jesuiten der UCA (Universidad Centroamericana José Simeón Cañas) die 1998 von Todesschwadronen ermordet wurden. Er entwickelte in den 80er Jahren eine Sozialpsychologie, die den sozialen und historischen Bedingungen der Bevölkerung eine zentrale Bedeutung für die psychische Befindlichkeit beimisst. Martín Baró entwickelte seine Theorien an Hand der Erfahrungen in El Salvador. Sie bilden somit einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung von Projekten im Bereich von Salud Mental.

Die Geldgeber mischen sich ein

Als Entwicklungsland ist El Salvador beim Aufbau einer funktionierenden Sozialpsychiatrie von finanzieller Unterstützung aus dem Ausland abhängig,

was dazu führt, dass sich die Geldgeber in die Projekte einmischen. Dies kann hilfreich sein, da so andere Erfahrungen miteinbezogen werden können. Oft beruhen diese Erfahrungen jedoch auf ganz anderen sozialen und historischen Gegebenheiten. Diese Unterschiede zu vermitteln ist nicht einfach, da es nicht nur um die „harten Fakten“ geht, sondern auch um die kulturellen Unterschiede. In der Zusammenarbeit müssen die unterschiedlichen Vorstellungen von psychischer Gesundheit berücksichtigt werden. So ist zum Beispiel in den Geberländern Eigenständigkeit im Sinne einer individualistischen Haltung Ausdruck von Emanzipation und Selbstbestimmung. In Ländern wie El Salvador gilt es, die gruppenorientierte Haltung zu berücksichtigen. Dies ist nicht einfach, da diese Konzepte nicht bewusst sind, sondern Teil der kollektiven Matrix darstellen. Es ist das, was wir als Normalität, als Gegebenes bezeichnen auf Grund unseres bisherigen Erlebens in Familie und Gesellschaft.

Normalität betrifft nicht nur innere Werte und Vorstellungen, es umfasst im weitesten Sinn unseren Alltag, unser Verhalten gegenüber unserer Umwelt und die Erwartungen, die wir an diese haben. So genügt theoretisches Wissen der sozialen und politischen Situation eines Landes nicht, um dessen Auswirkungen auf den Alltag zu verstehen. Doch hier liegt eine der Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit und Unterstützung von Salud Mental-Projekten. Die Empfänger von Unterstützung nehmen meist an, dass das Wissen und die Erfahrung der Unterstützenden aus dem Norden besser seien als ihre eigenen Kenntnisse und wagen kaum konstruktive Kritik anzubringen. Dies obwohl sie sich ihrer Kritik durchaus bewusst sind. So sagte mir Eduardo Espinoza in einem Gespräch: „Diese Techniken mögen bei Euch wirken, für uns funktioniert es nicht“. Durch die finanzielle Abhängigkeit entsteht ein Machtgefälle, eine einseitige Abhängigkeit, deren sich die Gebenden oft nicht bewusst sind und das laufend in der Zusammenarbeit thematisiert werden sollte. Wichtig ist dabei, dass ein breiteres Bewusstsein entsteht um die Motivation an solchen Projekten mitzuarbeiten.

RUTH WALDVOGEL



Ein Nachtrag

Dauerregen führt zu Katastrophe

rw. Nachdem mein Artikel über Salud Mental bereits fertiggestellt war, ereignete sich in der Zeit vom 10. bis zum 20. Oktober 2011 wieder einmal eine schwere Katastrophe: Mittelamerika wurde von einem aussergewöhnlichen Dauerregen heimgesucht. Besonders schwer betroffen war El Salvador, wo in den 10 Tagen bis zu 1.6 m Regen fielen. Dies hatte unzählige Erdbeben und schwere Überschwemmungen zur Folge. 34 Menschen kamen ums Leben, 566 Notunterkünfte mussten errichtet und rund 50'000 Personen evakuiert werden. Ernteauffälle in mehrstelliger Millionenhöhe sind prognostiziert. Eine schwere Naturkatastrophe in diesem Land, das immer wieder von Erdbeben, Hurrikanen und Vulkanausbrüchen bedroht ist!

Was in diesen Tagen jedoch deutlich anders war als bisher, ist der Umgang mit der Katastrophe. Es gab gut organisierte Hilfe, sowohl was Einsätze bei akuter Gefahr betraf als auch die Betreuung in den Notunterkünften. Das Gesundheitsministerium kontrollierte von Anfang an die Medikamente, da in der Vergangenheit oft gefälschte oder abgelaufene Produkte im Umlauf waren, und erarbeitet bereits Projekte, um die betroffene Bevölkerung nach den Unwettern somatisch und psychisch zu betreuen. Dabei ist besonders erwäh-

nenswert, dass Salud Mental einen wichtigen Platz einnimmt. Die Gesundheitsministerin betont die Wichtigkeit der Begleitung in den Notunterkünften, aber auch bei der Heimkehr und dem Wiederaufbau des Landes.

In einem Land, dessen Bevölkerung immer wieder sowohl durch bewaffnete Konflikte als auch durch Naturkatastrophen traumatisiert wurde, werden mit jedem neuen Ereignis alte, unverarbeitete Wunden aufgerissen. Dies führt zu Depressionen, Angststörungen, psychosomatischen Erkrankungen und Gewalt und macht die Menschen hilflos und abhängig, was wiederum Ohnmachtsgefühle und Hilflosigkeit verstärkt. Wichtig ist dabei nicht nur die Behandlung als solche, sondern auch das Anerkennen der psychischen Belastung und die Aufklärung über die Zusammenhänge des Erlebten und der daraus resultierenden psychischen Verfassung. Dies trägt dazu bei, dass die Leute wieder vermehrt handlungsfähig werden, einerseits um Haus und Hof wieder aufzubauen, aber auch um ihre Wut und Trauer zu verstehen und zu verarbeiten. Damit werden Kräfte frei, um sich für längerfristige Projekte einzusetzen, sei es im Gesundheits-, Umwelt- oder Bildungsbereich, und so aus Abhängigkeit und Hilflosigkeit herauszufinden.

Ein immer grösseres Heer prekär Beschäftigter

Arbeit in privaten Pflegediensten

Nebst der „offiziellen“ Spitex gibt es immer mehr private Pflegedienste. Hier eine differenzierte Untersuchung über die Arbeits- und Betreuungsbedingungen in dieser Branche.

Von Susy Greuter
Sozialanthropologin, Dr.phil, Basel

Offizielle Spitex“ werden hier die vom Bund verordneten, von Kantonen und Gemeinden aufgebauten Dienste genannt. Sie nehmen einen Leistungsauftrag wahr und sind als solche als ‚Service public‘ von der öffentlichen Hand subventioniert. Dieser verpflichtet sie, jeder Anfrage nachzukommen. Auch sie sind jedoch privatrechtlich, meist als Stiftungen organisiert.

„Private Pflege- und Betreuungsdienste“ im Gegensatz sind in aller Regel nicht durch einen Leistungsauftrag in Pflicht genommen. Sie brauchen eine Betriebsbewilligung und müssen in einem Konkordatsvertrag mit den Krankenkassen stehen, um ihre Pflegeleistungen von diesen rückvergütet zu erhalten.

Sie gliedern sich in **gemeinnützig wirtschaftende** und in **kommerzielle Agenturen**, die gewinnorientiert sein können.

Der Name „Spitex“ ist nicht geschützt und wird vor allem von den Behörden generell und teilweise auch von

privaten Pflegediensten verwendet. Bezüglich der gesetzlichen Regelungen haben die Kantone ziemlich freie Hand, sodass diese oft sehr unterschiedlich sind. In vielen Kantonen ist vor allem die Regelung der Zulassung der privaten Pflegedienste zur Subventionierung gemäss Pflegeversicherungsgesetz noch in Bearbeitung.

„Im Altersheim ist das alles so strukturiert: Ab sechs Uhr müssen alle ins Bett gebracht werden, 21.45 Uhr ist Ruhe im Stall...Deshalb hab ich zur privaten Spitex gewechselt: Weil ich dachte, da können meine Leute abends ihre Ruhe haben, fernsehen, sie können essen, was sie wollen“. (Frau S., Pflegerin bei einem privaten Betreuungsdienst) (1).

Es sind auch bei privaten Spitex-Diensten engagierte Pflegerinnen, die sich für alte Menschen einsetzen. Diese Pflege- und Betreuungsdienste haben sich in den vergangenen zwanzig Jahren multipliziert und scheinen kaum Mühe zu haben, Personal zu rekrutieren. Ne-



roberto verzo | flickr

ben der abnehmenden Chance, als „Ungelernte“ bei der offiziellen Spitex Anstellung zu finden, sind es Gründe wie die Möglichkeit zu Teilzeitarbeit und die grössere Toleranz für Personen fremdsprachiger Herkunft, die die wachsende Zahl von PflegerInnen (2) bei den „Privaten“ stellen.

Beliebt sind die „Privaten“ vor allem auch bei den alten Menschen, die – etwas hilfloser geworden – sich vor dem Altersheim fürchten und die Vertrautheit ihrer Wohnung und das Bisschen informellen Kontakt zu ihren Angehörigen und Nachbarn nicht missen möchten. Dies kann auch medizinisch angezeigt sein: Der Verlust der eigenen Lebensräume und damit die Sinnentleerung der Umgebung kann zu zunehmender Verwirrtheit und Verlust der Lebensmotivation führen.

Sicher ist das mit einbezogen in die Wende, dass das Verbleiben in den eigenen Wänden, verbunden mit ambulanten Pflege und Betreuung, zur prominenten Strategie der Behörden bezüglich Versorgung der Alten geworden ist.

Ziemlich wichtig ist aber auch, dass es bei Weitem die billigere Lösung für die öffentliche Hand ist: Sie benötigt keine öffentlichen Immobilien, weniger Personal, und die Betreuung muss von den Betagten selber bezahlt oder von Angehörigen geleistet werden. Es wird gespart und liegt damit in der Linie der generell über die letzten sechs Jahre verringerten öffentlichen Finanzierung des Gesundheitssektors.

Trotz der Parole „im Alter zuhause!“ wurde die „offizielle“ Spitex in den letzten Jahren kaum mehr ausgeweitet,

sondern umgepolt zugunsten der kassenpflichtigen Pflege. Eigentliche soziale Betreuung wurde hier nie angeboten, die ähnlich wahrgenommenen hauswirtschaftlichen Dienste werden hingegen tendenziell abgebaut. Ein beträchtlicher Teil der Nachfrage wird dadurch den „privaten“ Diensten zugeleitet.

Ungleiche Ellen

Die Mehrzahl der privaten Pflege- und Betreuungsdienste sind auf die Kombination von Grundpflege und Betreuung ausgerichtet, nicht überall wird Behandlungspflege überhaupt angeboten. Diese muss, ebenso wie die vorausgehende Bedarfsabklärung, durch diplomierte Pflegerinnen vorgenommen werden. Falls nötig betreuen die anderen privaten Dienste ihre Kunden in Zusammenarbeit mit der offiziellen Spitex, die in Kurzbesuchen die medizinisch verordneten Behandlungen leistet.

Die offizielle Spitex ist auf die Pflege konzentriert und muss dabei nach den Zeitmassgaben der Krankenversicherungen arbeiten – die privaten Diensten schicken Grundpflegerinnen und Betreuerinnen aus, die mehrere Stunden beim Kunden verbringen: Dieser Unterschied begründet die Beliebtheit der letzteren. Alte Menschen sind nicht nur verlangsamte, sie erhalten vielfach auch wenig Aufmerksamkeit. Wenn diese spürbar nach Zeit bemessen ist, wirkt

die Zuwendung geschmälert. Die offizielle Spitex leidet unter dem Image, nur beiläufig noch einen menschlichen Kontakt zu bieten. In den grossen städtischen Organisationen, in denen für jedes Bedürfnis die jeweils befähigten Kräfte eingesetzt und zugleich arbeitsrechtlich passable Bedingungen angeboten werden, können keine gleichbleibenden Pflegepersonen angeboten und lediglich Kurzbesuche offeriert werden. Nur die Haushaltshilfen werden für jeweils zwei Stunden eingesetzt, eine Zeit, die auch ein längeres Gespräch und Zusammensein erlaubt. Diese Einsätze sind aber - mit den meist nach kantonalen Besoldungsverordnungen entlohnnten Angestellten der offiziellen Spitex - relativ teuer für die subventionierende Behörde. Dies mag mit ein Grund für den Abbau dieses Angebots in vielen Kantonen sein.

Aufgrund der oft langen Wegstrecken in ländlichen Gebieten wird hingegen häufig Behandlungspflege und Grundpflege, oder Hauswirtschaft und Grundpflege, von einer entsprechend befähigten Person vorgenommen. Auch die Bekanntheit der Pflegerinnen in dieser Umgebung mildert das Problem und hat den offiziellen Spitex-Diensten das Image der „gehetzten“ Einsätze erspart.

Die privaten Pflege- und Betreuungsdienste, die sich vor allem auf die Grundpflege und Betreuung konzentrieren, nehmen nur Einsätze von mindestens zwei Stunden wahr. Diese können bis zu 24-Stunden Betreuung in Akutfällen ausgeweitet werden. Nach eigenen Angaben bespricht eine hoch kommerzielle Agentur mit den Kunden auch gerne fernere Bedürfnisse, um ihr weiteres Angebot vorzubringen. Mit dem Minimaltakt von zwei Stunden bleiben für die Agenturen die mitzurechnenden Administrationskosten pro Einsatz im Rahmen, und für den Kunden ergibt sich ein befriedigendes Kontaktangebot.

„Ich gehe ganz bewusst ohne Uhr zu den Leuten, weil das ein ungutes Gefühl gibt, wenn ich nach einer Viertelstunde ständig auf die Uhr schaue – so unter dem Motto: „Mach jetzt vorwärts, ich will gehen!“.. Ob ich jetzt mal zehn Minuten später oder fünf früher gehe, macht den Braten nicht fett: Die Arbeit

muss gemacht sein und nicht nur die Arbeit: die Kommunikation auch. Vielfach sind die alten Leute sehr schweigsam, sie verlernen das Reden. Der einzige Freund sonst ist das Fernsehen“.
(Frau F., Grundpflegerin und Betreuerin in privatem Dienst)

Das Kontaktangebot wird zumeist durch das Versprechen vieler Agenturen, dem spezifischen Kunden immer die gleiche Betreuungsperson vorzubehalten, noch gesteigert. Bis auf Ferienablösungen ist das mit dem besonderen Organisationsmodus (s.u. Einsatzverträge) der privaten Anbieter leicht machbar. Nicht wenige der Koordinatorin-

Schon ein 50%-Pensum von 21 Stunden pro Woche ist meist auf fünf bis sechs Tage verstreut, und die zwei bis drei Einsätze pro Tag können von mehreren Leerstunden („Freizeit“) unterbrochen sein.

Der Koordinationsaufwand, den auch kleine Agenturen leisten, ist nicht zu unterschätzen, auch wenn er bei Weitem nicht an jenen der offiziellen Spitex herankommt: Diese organisieren – in sogenannten „Touren“ – zusammenhängende Pensen für die Beschäftigten und garantieren für alle beispielsweise mindestens ein freies Wochenende pro Monat, drei Wunschfreitage und einen festen freien Abend pro Woche (3). Ist



Aufgrund der oft langen Wegstrecken in ländlichen Gebieten wird hingegen häufig Behandlungspflege und Grundpflege, oder Hauswirtschaft und Grundpflege, von einer entsprechend befähigten Person vorgenommen.

nen rühmen ihr Unternehmen damit, dass sich oft mehrjährige Betreuungsverhältnisse ergaben.

„Ich such die richtige Pflegeperson für einen Patienten. Er hat dann immer die gleiche Betreuerin, wo die Chemie auch stimmt – das ist das A&O! Alte Leute sind sonst rasch überfordert“.
(Frau. B., Unternehmerin eines privaten Betreuungs- und Pflegedienstes)

Super-Angebot: auf wessen Kosten?

Private Betreuungsdienste leisten eine erhöhte Anpassung an die Kundenwünsche. Wochentage und Tageszeiten können praktisch frei vereinbart, Einkäufe und Essen vom Kunden bestimmt, und Ausgänge mit Begleitung frei geplant werden. Erreicht werden kann dieser individuelle Zuschnitt der Leistungen aber nur durch die hohe Verfügbarkeit, die den Betreuerinnen abverlangt wird.

bei privaten Diensten das Pensum grösser als 70%, bleiben quer durch den Monat kaum noch Tage, die der Betreuerin ganz zur eigenen Verfügung stehen. Nicht wenige der schliesslich der Gewerkschaft VPOD zugetragenen Einsatzpläne liessen den Beschäftigten oft nur einen freien Sonntag pro Monat.

Solche Verstösse gegen das Arbeitsgesetz werden vom Arbeitsinspektorat aufgenommen und die fehlbare Agentur abgemahnt. Dies passiert allerdings nur, wenn Missbräuche eingeklagt werden, denn eine aktive Kontrolle und spezifische Regelung gibt es nicht. Wenn die Betriebsbewilligung einmal erteilt ist, gibt es bislang selbst bezüglich medizinischer Qualität in den wenigsten Kantonen nennenswerte Nachkontrollen. Im genannten Klagefall wurde den Betreuerinnen umgehend gekündigt. Mit Blick auf die zukünftige Anstellung getrauten sich diese jedoch nicht, gegen die missbräuchliche Kündigung nochmals Klage zu erheben.



danièle paquet / flickr

Dazu ist die Abhängigkeit von den Agenturen zu gross, die Unsicherheit der Pensen ein Tor für den willkürlichen Umgang mit den Arbeiterinnen.

„Die Pflegerinnen haben Angst – das ist mir immer wieder aufgefallen: Angst, über ihre Arbeitsbedingungen zu sprechen oder sich zu beschweren. Sie befürchten, kritische Bemerkungen würden sie den Job kosten und ihr Name könnte auf einer schwarzen Liste landen...die sind unheimlich abhängig. Und es gibt keinen Personalverband, der ihre Interessen wahrnimmt“.

(B.W, Gerontologe)

Gerade bei den gewinnorientierten Organisationen sind sie ja nicht eigentlich angestellt, sondern erhalten lediglich Einsatzverträge für die Bedienung bestimmter Kunden. Muss ein Kunde schliesslich ins Pflegeheim oder Spital eingewiesen werden, fällt der Einsatzvertrag dahin und das Pensum der Betreuerin verkürzt sich von einem Moment auf den anderen um die entsprechende Anzahl Stunden. Erneut ist sie auf das Wohlwollen der Geschäftsleitung angewiesen, ihr möglichst rasch wieder einen neuen Kunden in Betreuung zu geben. Ihr Lohn ist ganz an die Anzahl Stunden geknüpft, die sie bei „ihren“ Kunden ableisten kann.

„Das ist das Problem: man kann keinen festen Lohn erwarten, wir sind im Stundenlohn eingestellt... Sagen wir, ich habe vier Leute, 25 Stunden die Woche. Aber einer fällt um, kommt ins Spital: Da hab ich nur noch drei zu versorgen. Das geht an die Existenz! Die meisten Leute, die da arbeiten, sind ja alleinerziehende Mütter, weil sie so die Zeiten am Stundenplan der Kinder vorbei einsetzen können. Aber wenn sie alleinerziehend sind, bräuchten sie einen festen Grundlohn, der die existentiellen Kosten deckt: Miete zahlen, Krankenkassenbeiträge... Das ist Stress, dass du kein Budget machen kannst. Das macht dich allmählich selber krank“. (Frau E.)

Stress einprogrammiert

Eigentlich ist der Job für die klassische Hausfrau gedacht, deren Kinder bereits unabhängig sind und deren Gatte den Hauptteil des Budgets einbringt. So scheinen auch viele Politiker diese Arbeit noch immer zu sehen. Noch vor zwanzig Jahren bildeten Teilzeit arbeitende Ehegattinnen tatsächlich die Mehrzahl der Pflegerinnen, doch heute ist das anders.

100%-Pensen sind trotzdem praktisch undenkbar, schon weil sie bezüglich Ruhetagen fast notwendig mit dem

Arbeitsgesetz in Konflikt gerieten. Ausser den Koordinatorinnen arbeiten alle in Teilzeit, obwohl nicht wenige der Beschäftigten damit ihren ganzen Lebensunterhalt bestreiten. Meist ist es schon die Verzettlung der Einsatzorte, die diese Einschränkung erzwingt. Nicht ein Arbeitsort muss rechtzeitig erreicht werden, sondern zwei, vielleicht drei über den Tag verteilte Einsätze müssen angepeilt werden. Die Wegzeiten zwischen verschiedenen Einsätzen werden nur in den gemeinnützigen Organisationen auch entschädigt. Der Wechsel und die immer neu geforderte Einstellung auf die verschiedenen Kunden und Einsatzumgebungen verlangen den Betreuerinnen zudem grosse Einfühlung und unablässige Anpassungsleistungen ab. Sowohl bei der offiziellen Spitex als bei den privaten Diensten wird ein 100%-Pensum deshalb als nicht machbar eingeschätzt. Burnouts und Stresserkrankungen sind in dieser Branche keine Seltenheit.

„Einmal hatten wir 23,8 % Ausfälle krankheitshalber in einem Monat. Die Leute können sich nicht mehr regenerieren, werden krank. Die sogenannte ‚Work-Life-Balance‘ kann nicht mehr aufrecht erhalten werden. Ich war selbst mit 40% schon am Limit...“

(Frau A., Spitex-Angestellte)

„Ich brauche auch Ansporn! Mit 50 [Jahren] hatte ich einen ‚Burn-out‘, war ich am Boden. Ich habe Anti-Depressiva genommen, dachte, ich kann nicht mehr arbeiten...“

(Frau D., Pflegerin)

Betrachtet man die Belastung durch die nötige Anpassung und die hohen Anforderungen an die Sozialkompetenz, die in den ständig wechselnden Situationen gefordert sind, sowie die Unmöglichkeit, in Vollzeit tätig zu sein, kommt man zum Schluss, dass ambulante Pflege und Betreuung eigentlich höher bezahlt werden müsste als die stationäre Arbeit. Dem ist aber selbst in der offiziellen Spitex nicht so. Normalerweise sind die Löhne des Spitex-Personals jenen der Spitalangestellten entsprechender Qualifikation gleichgestellt. Aufgrund des privatrechtlichen Status werden in einigen Kantonen die Spitex Beschäftigten dieser Agentur aber bereits

etwas schlechter bezahlt. In privaten Spitex-Betrieben arbeiten oft in der Mehrzahl ungelernete Betreuerinnen und Pflegerinnen, die lediglich durch den Rotkreuz-Kurs von 34 Halbtagen Theorieausbildung und 15 Tagen Praktikum für die Grundpflege befähigt sind. Hier liegen die Stundenlöhne auch in den gemeinnützigen Organisationen zu meist nur knapp über jenen, die der schweizerische Normalarbeitsvertrag (NAV) für erfahrene Hausangestellte ansetzt. Das sind dann zwischen 23 und 25 Franken die Stunde. Obwohl bei den meisten Agenturen die Löhne relativ ähnlich sind, gibt es aber grosse Unterschiede in der Handhabung; Unterschiede, die sich von einem genossenschaftlichen Teilen der Gewinne bis zur willkürlichen Nichtbezahlung geleisteter Stunden erstrecken!

„Da (kleine Privatagentur) erhielt ich nie keine Zulagen und es wurden immer Stunden gestohlen, meistens bei Leuten, die viel arbeiten..und ich bekam sofort die Kündigung angedroht, wenn ich fragte!“ (Frau D., Pflegerin)

*„Für mich ist das Wildwest!“
(S.N., Gewerkschaftssekretärin).*

Betont gewinnorientierte Betriebe richten sich für rein betreuerische Arbeit direkt nach der NAV-Massgabe, die minimal 18.20 Franken die Stunde ansetzt – eine Massgabe, die ausdrücklich auf über fünfständige Tätigkeit pro Woche pro Arbeitgeber ausgerichtet ist. Da, wie dargestellt, praktisch alle Grundpflegerinnen und Betreuerinnen im Stundenlohn arbeiten, sind Feriengeld und andere Zulagen bereits im Stundenlohn enthalten. Dies gilt auch bei den Agenturen, die – erst seit dessen Gültigkeit – die Ansätze des Normalarbeitsvertrages (für Hausangestellte) bezahlen, obwohl diese dort als Bruttolöhne exklusiv Feriengeld und Zulagen vorgegeben sind.

Mit einem stressvollen 80%-Pensum von 34 Stunden pro Woche werden also im besseren Fall monatliche Löhne von brutto 3280 bis 3570 Franken erreicht, im schlechteren Fall von brutto 2600. Dies nur während elf Monaten pro Jahr, da die gesetzlichen vier Wochen Ferien ja bereits mit abgegolten sind – wenn sie überhaupt eingehalten werden. Kein Wunder, weist selbst die

Koordinatorin einer grossen, gewinnorientierten Agentur darauf hin, dass mit dieser Arbeit kein ganzer Lebensunterhalt bestritten werden kann. Zuvor Arbeitslose würden sie aber häufig als Zwischenverdienst deklarieren. Zwischenverdienste werden durch die Arbeitslosenkassen ergänzt bis zu dem 70-80%-Entschädigungsanspruch auf den einstigen Lohn. Ein guter Teil der Fluktuation des Personals in diesem Betrieb erklärt sich denn auch durch Abgänge von Beschäftigten in dem Moment, wo sie als Arbeitslose endgültig „ausgesteuert“ sind.

Dabei sind 80%-Pensen bereits eher selten, auch weil sie unter Einhaltung der vorgeschriebenen Ruhetage schwierig zu organisieren sind. Am häufigsten sind 40% – 60%-Teilpensen. Trotzdem haben viele Betreuerinnen ausschliesslich diesen Lohn. Kommen nicht mindestens (beispielsweise) Alimente für minderjährige Kinder dazu, sind diese Arbeiterinnen Musterbeispiele von ‚working poors‘, die zusätzlich Beiträge vom Sozialamt anfordern müssen.

„Warum gibt es nicht so etwas wie einen Grundlohn, ein Existenzminimum, dass die Leute wenigstens ihren Grundbedarf gedeckt haben? Es ist eine Kettenreaktion: verdienen ich nicht genug, hab ich Angst um meine Existenz und irgendwann will und kann ich das nicht mehr. Da gehen sehr viele Leute wieder ab aus der Pflege, und ich finde das schade, weil es eine ganz wichtige Arbeit ist. Das geht auf Kosten unserer alten Leuten, die es verdient hätten, die letzten paar Monate oder Jährchen in Würde – ohne Zeitdruck und respektvoll – sagen zu können: „Ich hab da eine ganz tolle Frau, die jeden zweiten Tag kommt!“ Das wäre so mein Wunsch! Ich hoffe, dass sie im Gesundheitswesen noch mal auf eine andere Linie kommen!“ (Frau F.)

Ein weiteres Problem bilden die Ansprüche auf Pensionskassenbeiträge: Beim mittleren Stundenansatz von 23 Franken muss mindestens ein Pensum von 50% während elf Monaten des Jahres erreicht werden, damit der „Koordinationslohn“ pro Jahr erreicht wird, der Anspruch auf paritätische Bezahlung von Pensionskassenbeiträgen auslöst. Mit dem Tiefstlohn von 18 Franken 20

wird dieser Anspruch erst mit einem 65%-Pensum erreicht.

*„Viele Frauen haben Kleinstpensen, die dann natürlich nicht unter das Pensionsobligatorium fallen. Es ist sichtbar, dass da (bei privaten Diensten) „Hochprozentige“ durch „Niedrigprozentige“ ersetzt werden. Da unterstelle ich ihnen auch, dass das Berechnung ist.“
(S.N., Gewerkschaftssekretärin)*

Trotz allem: Viel Qualitätsarbeit

Nicht unbedingt eine blühende Landschaft also. Trotzdem wird, an der Zufriedenheit der Kunden gemessen, grosse Qualität geboten.

Wichtig für die Qualität der Dienste ist die Auswahl der Betreuungspersonen und ihrer Kombination mit den Klienten, die von den KoordinatorInnen, eventuell gemeinsam mit den Pflegefachpersonen der Agenturen vorgenommen wird. Besonders die kleineren Agenturen wurden oft von ehemaligen Gemeindefrauen gegründet, die sich im Verlauf des Spitex-Aufbaus selbstständig machten. Diese Frauen verfügen über grosse Erfahrung und einen intuitiven Blick auf die Anforderungen. Echte Sozialkompetenz spielt eine wichtige Rolle in der Auswahl der Mitarbeiter und in der gekonnten Kombination der Charaktere und Interessen von Klienten und Betreuerinnen.

*„Ich denke, Betreuung hat wahnsinnig viel mit Sympathie und Antipathie zu tun. Wenn bei X (mittelgrosse Organisation) Anrufe kommen: „Mein Vater braucht...“ wird nicht einfach jemand hingeschickt. Die Leiterin geht selber nachschauen, im Spital oder zuhause, sieht sich das Umfeld an, macht ein richtiges Aufnahmeblatt und anhand von diesem wird geschaut: Wer könnte dahin passen? Sie teilt nicht einfach ein.“
(Frau F.)*

Seit Längerem werden vom Roten Kreuz nur noch Personen mit einem sehr hohen Niveau an Deutschkenntnissen ausgebildet (Niveau B2), die für das Kommunikationsbedürfnis der Betreuten wichtig sind. Die Arbeitsvermittlungsstelle vermeldet allerdings, dass die Absolventinnen dieser Kurse zur

Zeit nicht sehr gefragt seien. Werden die Ränge der stetig wachsenden privaten Agenturen inzwischen mit weniger qualifizierten gefüllt? Die nötigen Ausbildungsnachweise sind wichtig, denn zumindest nach Reglement können nur von Berechtigten ausgeführte Pflegehandlungen den Krankenkassen verrechnet werden. In sehr vielen Organisationen sind nur ein bis zwei diplomierte Pflegerinnen eingestellt, die zuständig sind für die Aufnahme von Kunden, die Beratung der Betreuerinnen und die Besuche bei Klienten. Zu solchen kommt es in guten Organisationen auch dann, wenn Konflikte entstanden sind: Manche der alten Leute sind ja nicht immer gutmütig, sie können Launen an eingestelltem Personal auslassen oder gar übergriffig werden.

„Da arbeiten auch viele Ausländerinnen, aber solche, die sich gut verständigen können. Grad die Inderinnen und Tamilinnen: die haben so eine Herzlichkeit und eine Engelsgeduld gegenüber alten Leuten Diese Frauen sind sehr beliebt, aber es besteht die Gefahr, dass sie schnell mal ‚gekrallt‘ werden, also dass man versucht, sie ein wenig länger bleiben zu lassen, weil die nicht sagen: ‚Ich habe seit zehn Minuten Feierabend, ich gehe jetzt!‘ Die Alten haben das schnell raus... (,Frau F.)

Eine grosse Organisation, die ihren Beschäftigten an sich die Maxime mitgibt: „Kunde ist König!“ erteilt nun Weiterbildungskurse im Halten von Distanz – ein ambivalentes Unterfangen, wenn den Betreuerinnen vorausgehend persönliche Kompetenzen abgesprochen wurden. Zwei Grundpflegerinnen ausländischer Herkunft beklagten sich im Interview leise über diskriminierendes Verhalten von Klienten – und auch von schweizerischen Kolleginnen. Weiterbildungen sind für alle Dienste mit Betriebsbewilligung obligatorisch, scheinen aber in vielen kleineren Betrieben etwas knapp gehalten.

Ein weiteres Qualitätsmerkmal eines Pflege- und Betreuungsdienstes beruht in der ausreichenden Unterstützung der Pflegerinnen: Diese müssen unbedingt und jederzeit auf eine diplomierte Fachkraft zurückgreifen können, wenn sie geringfügige Veränderungen bei ihren Schützlingen beobachten oder

gar eine Verschlechterung eintritt (4). Vielfach geht das per Telefon und sollte den Besuch durch die Fachkraft oder die Verständigung des Arztes zur Folge haben. In guten Diensten ist von Zeit zu Zeit ein Kontrollbesuch einer Fachkraft am Pflegeort vorgesehen, aber nur einzelne Dienste haben zusätzlich regelmässige Besprechungen der „Fälle“ mit den Betreuerinnen. Dabei könnte es wichtig sein, das Vorgehen der Beschäftigten zu besprechen und zu unterstützen und damit ihre Motivation und Verantwortlichkeit zu bestärken. Trotz dieser ‚backstopping‘-Möglichkeiten und der Hierarchie braucht es ein Mitdenken der Grundpflegerin/ Betreuerin, das auch einen eigene Gestaltungsmöglichkeiten voraussetzt.

Es sind die Sozialdienste der Spitäler, welche die Weiterversorgung der Patienten durch ein ambulantes Arrangement organisieren müssen. Von der Mehrzahl der angefragten Zuständigen werden diese Qualitätsmerkmale von privaten Diensten aber erst in zweiter Linie beachtet. Abgesehen von einer Beeinflussung durch die teilweise sehr aggressiven Werbemethoden grosser, kommerzieller Dienste, ist für sie das zentrale Kriterium, dass die Übernahme sofortigen Einsatz garantiert können. Da sind es die grossen Agenturen mit einem entsprechenden ‚pool‘ von Einsatzbereiten die das Rennen am ehesten machen.

Für den Einsatzplan der Beschäftigten ebenso wie für die komplexe Verrechnung der Pflegezeiten mit den Krankenkassen und die individuellen Lohn- und Kostenabrechnungen braucht es auch in den privaten Pflege- und Betreuungsdiensten einen erheblichen Administrationsaufwand. Unbeliebt ist dabei, dass bei einer fallweisen Verlängerung von Pflegezeiten den Versicherungen stets Begründungen dafür geliefert werden müssen. Bei kleineren Organisationen fällt über ein Fünftel der Arbeitszeit auf diese Koordinationsaufgaben, bei grösseren sind es dank Computerprogrammen um die 12%. Damit wurde unter anderem der gleichberechtigte Zugang der „Privaten“ zur Pflegefinanzierung begründet. Ein Minimallohngelot im Gegenzug für diese Ergänzungsleistungen wurde seitens des Bundes nicht erhoben und keine erheblichen

Kontrollen oder Aufsichtsstellen verordnet.

Ausblick

Die privaten Dienste werden weiter wachsen. Nicht, weil die zwar älter werdenden Menschen so viel länger gebrechlich wären als in früheren Zeiten, aber weil die familiäre Hilfe in unserer Kultur zunehmend zur „guten alten Zeit“ gehört. Nachdem die Frauenrolle des familiären Dienstleisters am Verblissen ist, nimmt die Summe der geleisteten Angehörigenhilfe auch bei besserer Arbeitsteilung ab. Bei unserer politischen Verfasstheit werden die privaten Agenturen bedeutend schneller wachsen als die offizielle Spitex. Es wird also hier ein immer grösseres Heer prekär Beschäftigter geschaffen. Es sind in überwiegender Mehrzahl doch wieder Frauen und immer mehr Migrantinnen.

„Das ist die eigentliche Gefahr: die Abwertung dieser Arbeit. Dass man sagt: „Das müssen gar nicht fachlich qualifizierte sein, das können ja einfach FRAUEN machen, die das sowieso können, weil sie ja Mütter sind“. Es sagt natürlich niemand offen und gerade heraus: „Die sollen für einen Hungerlohn arbeiten“, aber das Killerargument ist: „Dann steigen die Gesundheitskosten! Oder: die Prämien der Krankenkassen!“ Fakt ist aber, dass die hier eingesetzten Steuergelder, immer weniger geworden sind (5). Weiter gefasst ist es so, dass der Pflegesektor als Ganzer immer mehr diskriminiert wird und unter Druck kommt“. (S.N., Gewerkschaftssekretärin)

(1) Alle Namen sind der Redaktion bekannt

(2) In der Folge wird die weibliche Form gebraucht: Über 90% der in Spitex- und Betreuungsdiensten Tätigen sind Frauen. Männliche Pfleger und Betreuer sind aber eingeschlossen.

(3) Beispiel Spitex Baselstadt

(4) Genau dies ist macht eine Qualität aus, die bei den inzwischen ebenso stark wachsenden Angeboten für 24-Std Begleiterinnen aus Osteuropa häufiger fehlt und schon zu akuten Not- und Verzweigungssituationen geführt hat.

(5) Zum Vergleich: Schweden gibt fast das zehnfache aus für die Altenpflege und Betreuung. ca. 10 Mia. US\$

«...dass es die Soziale Medizin nicht mehr geben wird.»

Eine Standortbestimmung zum Abschluss

Diese Ausgabe der Sozialen Medizin ist die letzte. Ende dieses Jahres wird das Erscheinen unserer Zeitschrift nach fast 38 Jahren eingestellt. Aus diesem Anlass eine Gesprächsrunde der Redaktionsgruppe mit dem Soziologieprofessor Ueli Mäder.

Das Gespräch fand am 20. Oktober 2011 statt. Die erste schriftliche Fassung wurde den Teilnehmenden anschliessend zur Korrektur vorgelegt.

Ruedi Spöndlin: Welche Gedanken gehen euch anlässlich der Einstellung der Sozialen Medizin durch den Kopf?

Ueli Mäder: Ich denke an einen erfahrenen, etwa 50-jährigen Radiojournalisten, der gerade bei mir war. Er erklärte mir beiläufig, dass er nächstes Jahr entlassen wird. Es geht ihm nicht gut. Wie vielen anderen auch, die gesundheitlich beeinträchtigt sind. So steigt zum Beispiel die Diagnose Depression deutlich an, was wohl auch mit der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Lage zu tun hat. In dieser Situation wäre eine Stimme wie die Soziale Medizin ganz wichtig. Ich will jetzt aber nicht hadern. Positiv zu werten ist, dass die Soziale Medizin so lange existiert hat. Das hat einen hohen Wert. Ich habe mich über die Soziale Medizin gefreut, sie war immer gehaltvoll. Auch ihren organisatorischen Hintergrund fand ich bewundernswert. Sie war einerseits ja fast eine Art Familienunternehmen mit kleingewerblichem Charakter. Andererseits bot sie einem grossen Kreis von engagierten Menschen ein Forum, öffentliche Diskussionen anzuregen, wofür ich der Redaktionsgruppe dankbar bin.

Ruth Waldvogel: Mit der Einstellung der Sozialen Medizin geht nach meinem Empfinden tatsächlich etwas Wichtiges zu Ende. Und das in einer schwierigen Zeit, in der eine kritische gesundheitspolitische Stimme zweifellos wichtig wäre. Das zeigt die Geschichte vom Radiojournalisten, die du vorher erzählt hast. Erst jetzt, wo wir an der letzten Ausgabe arbeiten, wird mir wirklich bewusst, dass es die Soziale Medizin nicht mehr geben wird. Und obwohl ich den Einstellungsentscheid mitgetragen habe und ihn nach wie vor richtig finde, frage ich mich: Hm, was heisst das jetzt eigentlich? Immerhin wird unsere Website www.sozialemedizin.ch weiter existieren. Vielleicht gelingt es uns damit, gewisse Diskussionen weiterhin am Laufen zu halten.

Ruedi Spöndlin: Im Vergleich zu andern, im Gefolge von 1968 entstandenen Projekten hat die Soziale Medizin sehr lange existiert hat. Aus der neuen Linken sind in den 1970er Jahren viele Publikationen und Organisationen entstanden, die es schon seit 15 oder 20 Jahren nicht mehr gibt. Uns ist es aber nicht nur gelungen, solange durchzu-



Von links: Stefan Witschi, Alex Schwank, Ruth Waldvogel, Daniel Gelzer, Käti Ensner, Thomas Wahlster, Ruedi Spöndlin, Fritz Witschi

halten. Sondern wir haben im Laufe der letzten 10 bis 15 Jahre – als vielen Alt-68ern der Schnauf ausging – unsere journalistische und fachliche Qualität sogar deutlich gesteigert. Ich denke, das hat unter anderem mit unserer grossen Kontinuität zu tun. Ein grosser Teil der Redaktionsgruppe ist schon seit 1974, also seit der Gründung der Sozialen Medizin, dabei. Diejenigen, die später dazu gestossen sind, waren auch nicht einfach Unbekannte, sondern gehörten bereits seit den 1970er Jahren zu unserem engeren Umkreis. Diese Kontinuität war zweifellos eine Stärke, die es unserer Zeitschrift ermöglicht hat, so lange zu existieren und immer besser zu werden. Sie hat aber auch einen Generationenwechsel erschwert. Jetzt, wo wir älter werden, stösst das Projekt deshalb an seine Grenzen.

Daniel Gelzer: Ich denke, etwas ganz Wichtiges war über all die Jahre unsere Unabhängigkeit. Unser Standpunkt war zwar eindeutig links. Wir waren aber nie einem Verband oder einer Partei ver-

Gesprächsteilnehmer/innen

Ueli Mäder, Soziologe, Professor an der Universität Basel und der Hochschule für Soziale Arbeit, Herausgeberbeirat Soziale Medizin

Die folgenden Mitglieder der Redaktionsgruppe Soziale Medizin: Käti Ensner, Daniel Gelzer, Alex Schwank, Ruedi Spöndlin, Ruth Waldvogel, Fritz Witschi, Stefan Witschi.

pflichtet. Wir erlaubten uns immer, auch Linksparteien und Gewerkschaften zu kritisieren, wenn wir das nötig fanden. Diese Unabhängigkeit war für mich ein ganz entscheidendes Motiv, mich bei der Sozialen Medizin zu engagieren. Möglicherweise hätte es gewisse Vortei-

le gehabt, in einen Verband eingebunden zu sein, vor allem in finanzieller Hinsicht. Aber ich denke, diese Ungebundenheit hat uns auch eine unkomplizierte und informelle Arbeitsweise ermöglicht, ohne die wir unsere Zeitschrift nicht so lange hätten herausgeben können. Wir hatten keine Reibungsverluste durch interne Verbandsquerelen, sondern konnten uns aufs Wesentliche konzentrieren. Verschiedene Organisationen hatten ja in den letzten Jahren ihre feste Seite bei uns, etwa Medicus Mundi und der Appell gegen Gentechnologie, zudem publizierte die Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie ihr Info bei uns. Diese Beiträge bereicherten die Soziale Medizin und waren Ausdruck des Netzwerkes, das wir aufgebaut hatten. Auch der Herausgeberbeirat hatte in der letzten Jahren eine ähnliche Funktion. Über seine Mitglieder waren wir mit verschiedensten Organisationen und Institutionen verbunden. Ursprünglich gedacht war er, um unsere politische Basis zu verbreitern.



stefan witschi

“

In dieser Situation wäre eine Stimme wie die Soziale Medizin ganz wichtig. Ich will jetzt aber nicht hadern. Positiv zu werten ist, dass die Soziale Medizin so lange existiert hat. Das hat einen hohen Wert. Ueli Mäder

Alex Schwank: Die Soziale Medizin ist ein Produkt der 68er-Bewegung in der Schweiz. Damals sind auch viele vergleichbare Projekte entstanden, welche jeweils auch eine entsprechende Zeitung herausgaben. Zu nennen wären die ‚Emanzipation‘, ‚Mosquito‘, das ‚Kulturmagazin‘ und ‚Plädoyer‘. Die Soziale Medizin hat alle diese Publikationen überlebt, ausser das Juristenmagazin ‚Plädoyer‘, welches sich zu einer renommierten juristischen Fachzeitschrift gemauert hat. Dies war nicht der Weg der Sozialen Medizin, wir wollten ein kritisches Magazin für Debatten im Gesundheits- und Sozialbereich bleiben und haben dies bis heute durchhalten können. Wichtig ist, dass die Schweizerische Gesellschaft für ein soziales Gesundheitswesen, die SGSG, sich nicht einfach als Herausgeberin eines kriti-

schen Magazins verstand, sondern in zahlreichen Kantonen aktive Sektionen hatte, welche sich aktiv in die Gesundheitspolitik einmischten. Der Versuch, aus dieser SGSG einen grossen Verband analog der ‚Erklärung von Bern‘ aufzubauen, scheiterte Ende 1989 an den politischen und wirtschaftlichen Realitäten. Entgegen den Stimmen, welche damals die SGSG auflösen wollten, plädierten Ruedi Spöndlin und ich dafür, dass diese als Herausgeberverein die Weiterexistenz der Sozialen Medizin garantieren sollte. Die erfolgreichen Tagungen ‚Frau und Gesundheit‘ im November 1990, ‚Ökologie und Gesundheit‘ im November 1991 und ‚Sexualität und Macht‘ im November 1992 waren damals sehr wichtig für den Neuanfang. Dieser war nur möglich, weil Fritz Witschi mit seinem grossen organisatori-

schen Talent neu für die Administration verantwortlich zeichnete und für die erwähnten und zahlreiche folgende Tagungen die unentbehrliche organisatorische Stütze war. Entscheidend war das grosse Engagement der Redaktionsgruppe, wo zwar oft kontrovers, aber nie gehässig oder destruktiv debattiert wurde. Diese Meinungsvielfalt war uns auch wichtig für die Soziale Medizin. Unsere Zeitschrift sollte eben nicht ein Verlautbarungsblatt von Gewerkschaften und linken Parteien sein, sondern ein Forum für fortschrittliche gesundheitspolitische Diskussionen. Meiner Meinung nach ist es uns bis in die jüngste Zeit immer wieder gelungen, fruchtbare Denkanstösse zu liefern. Auch dogmatische Vorstellungen innerhalb der Linken verschonten wir nicht mit unserer Kritik. Wichtig war das eingespielte Produktionsteam, welche die Herausgabe des Magazins zu äusserst günstigen Mitteln ermöglichte. Konkret zu nennen sind Ruedi Spöndlin, Abschlussredaktor und Koordinator seit 1985, Fritz Witschi, Geschäftsleiter von 1990 bis 2002 und schliesslich Stefan Witschi, Gestalter seit Mitte der 1990er Jahre und seit 2002 auch Geschäftsleiter und Produzent. Ohne dieses Team, welches für einen bescheidenen Lohn eine überdurchschnittliche Leistung erbrachte, hätte die Soziale Medizin nie so lange herauskommen können. Für unseren politischen Einfluss wichtig waren – wie schon erwähnt – die Tagungen, die wir anfänglich jährlich, später alle zwei Jahre durchführten.

Die Kehrseite des eingespielten Teams zeigt sich heute, wo Fritz Witschi altershalber keine Tagungen mehr organisiert und Stefan Witschi sich beruflich neu orientiert. Beide sind kaum zu ersetzen. Aber natürlich sind es nicht einfach organisatorische Schwierigkeiten, welche zur Einstellung der Zeitschrift führen. Die Soziale Medizin ist im Guten wie im Schlechten ein Produkt der 68er-Bewegung geblieben und darum ist ihre Zeit – zumindest als Printmedium – jetzt abgelaufen.

Ruth Waldvogel: Die Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SGSP) ist ja ein ähnliches Phänomen. Auch dort war es absolut üblich, sich gratis zu engagieren. Kürzlich einmal fragte mich jedoch der jüngere Autor

eines Beitrags für das SGSP-Info, wieviel wir bezahlen würden. Da merkte ich, dass sich die Zeiten ändern. Für Jüngere ist es offenbar selbstverständlich, nur gegen Bezahlung zu arbeiten.

Fritz Witschi: Als ich im Jahre 1990 das SGSG-Sekretariat von Zürich nach Basel zügelte, war das gleichzeitig das Ende einer tagespolitisch aktiven Vereinigung. Wie Alex sagt, der gesundheitspolitische Verband war gescheitert, und damit leider auch ein grosser Teil der von Ruedi Bautz als langjährigem SGSG-Sekretär aufgebauten politischen Substanz der Gruppen in Zürich, Berr und Luzern. Ich erinnere an die Studienreisen der SGSG nach Holland und Bologna, um sich die Reformen von Bagaglia vor Ort anzusehen. Die Tätigkeit der SGSG beschränkte sich dann von 1990 an auf die Herausgabe der Zeitschrift und von Büchern sowie die Organisation von Tagungen. Das führt dazu, dass wir unsere konkrete politische Einflussnahme auf einige wenige grosse Projekte konzentrieren mussten zuletzt auf die IV-Revision. Die unmittelbare Verbindung mit dem Berufsalltag, beispielsweise des Spitalpersonals, wurde schwächer geworden. In punktueller Zusammenarbeit mit anderen Organisationen - z.B. mit der AGGP in Zürich - versuchten wir dieses Manko auszugleichen. Die Mitglieder haben auf den Fall diese Ausrichtung der SGSG mitgetragen - sie waren äusserst verlässliche Zahler. Der Wegfall der politischen aktiven Vereinigung ist auch in Zusammenhang mit dem damaligen Zusammenbruch der Illusionen einer bestimmten Art von Sozialismus zu sehen. Die politische Diskussion hat sich damals verschoben. Damit will ich nicht sagen, dass seit dann alles schlechter geworden sei - zumindest bei uns in der Schweiz waren noch immer Verbesserungen im Sozialstaat möglich. Aber das Politisieren wurde für uns schwieriger.

Ruedi Spöndlin: Ist es nicht erstaunlich, dass es in unserer Redaktionsgruppe damals nicht zu unüberbrückbaren Differenzen kam?

Fritz Witschi: Die Arbeit in unserer Redaktionsgruppe fand ich immer sehr angenehm und anregend. Wir waren

zwar durchaus verschiedener Meinung und führten intensive und fruchtbare Diskussionen in freundschaftlichem Rahmen. Über die Grundausrichtung waren wir uns aber einig und hatten auch immer volles Vertrauen zueinander. Es gab keine Querelen, welche die Redaktionsarbeit behindert hätten. Der Wille, das Gedachte, das Analytische, das Diskutierte zu schreiben und zu veröffentlichen, um so in die laufenden gesundheitspolitischen Diskussionen einzugreifen, trug die ganze Redaktion - und alle machten das ja mit grossem Engagement in der Freizeit, ohne je et-

1990er Jahren zur Redaktion gestossen sind, Käti Ensner, Ruth Mascarin und Ruth Waldvogel, brachten eine wesentliche Verstärkung. Aber als engagierte 68er-Frauen bedeutete ihre Mitarbeit keinen Generationenwechsel. Ruth Mascarin führte übrigens schon in der Gründerzeit das Sekretariat der SGSG.

Ruedi Spöndlin: Die Einstellung der Sozialen Medizin ist meines Erachtens Ausdruck verschiedener Tendenzen. Eine ist ein verändertes Verhalten der Mediennutzung. Durch das Aufkommen des Internets und interaktiver Medien sind die herkömmlichen Printmedien in eine Krise geraten, unabhängig von ihrer politischen Ausrichtung. Eine jüngere Generation abonniert offenbar kaum mehr Zeitschriften. Deshalb sind auch wir vermehrt im Internet präsent und wollen das ja auch in Zukunft noch sein. Nur hat noch niemand ein Patent-



stefan witschi

“

Die Einstellung der Sozialen Medizin ist meines Erachtens Ausdruck verschiedener Tendenzen. Eine ist ein verändertes Verhalten der Mediennutzung. Ruedi Spöndlin

was dafür zu erhalten. Neu zu einer solchen Gruppe zu stossen, in der alle Mitglieder derart vertraut miteinander sind, ist allerdings schwierig. Das war sicher einer der Gründe, warum eine wirkliche Erneuerung der Redaktion nicht gelang. Die drei Frauen, die in den

rezept gefunden, wie man ein solches Angebot zuverlässig finanziert. Eine andere ist die Veränderung der politischen „Grosswetterlage“, wie sie Fritz und Alex vorher erwähnt haben. Bemerkenswerterweise haben wir diese allerdings recht lange überlebt und haben



Die unterschiedlichen Auffassungen, Standpunkte und Lautstärken haben aber nie unsere gemeinsame Basis in Frage gestellt, da vertrauten wir uns über alle Differenzen hinweg. Kati Ensner

unsere Qualität seither sogar gesteigert. Nach meiner Wahrnehmung geniessen wir heute viel Goodwill, und zwar nicht nur im linken politischen Lager. Ich denke, die Gründe dafür sind einerseits unsere Fachkompetenz und andererseits unsere bereits erwähnte Unabhängigkeit. Trotz klar erkennbarer linker Grundausrichtung sind wir flexibel geblieben, haben uns auf neue Fragestellungen eingelassen und einer Vielfalt von Meinungen eine Plattform geboten.

Stefan Witschi: Bemerkenswert finde ich, dass die Soziale Medizin solange überleben konnte, ohne sich in Schulden zu stürzen. Wohlgermerkt, wir hinterlassen keinen Schuldenberg. Wenn wir Ende Jahr aufhören, sind sämtliche Verbindlichkeiten beglichen und die Abon-

nenten haben die Hefte bekommen, für die sie bezahlt haben. Wir machen einen sauberen Abschluss. Die SGSG-Mitglieder waren treue Spender. Sie haben einen Mitgliederbeitrag bezahlt, der das Defizit deckte, das entstanden wäre, wenn wir uns allein aus den Abonnements hätten finanzieren müssen. Der auf Betreiben der SGSG Basel 1990 gefasste Beschluss, die SGSG nicht aufzulösen, sondern deren Aufgabe auf die Sicherung der Sozialen Medizin und die Organisation von Tagungen zu konzentrieren, war auf jeden Fall goldrichtig. Aus finanziellen Gründen müssten wir jetzt nicht einmal unbedingt aufhören, ein paar wenige Jahre könnten wir wohl schon noch weitermachen. Dann stiesse unser wirtschaftliches Geschäftsmodell allerdings an Grenzen, denn die Zahl der Abonnenten geht seit vielen Jahren

langsam, aber stetig zurück. Wir haben zwar immer wieder Abos gewonnen – sogar jetzt gehen noch Bestellungen ein – , aber nicht aus wirklich neuen Bereichen. Das liegt daran, dass wir uns nie auf eine andere Zielgruppe ausgerichtet haben. Wir haben unsere Zeitschrift jahrzehntelang auf Leserinnen und Leser mit dem gleichen Profil abgestimmt, was sich als sehr erfolgreich erwies. Wir hatten eine verlässliche Leserschaft, die wusste, was sie an uns hatte. Diese Gruppe wird nun aber immer älter und kleiner. Wir haben nie eine Zeitschrift für Junge gemacht. Die junge Generation ist jedoch keineswegs unengagiert oder politisch uninteressiert. Sie liest nur nicht die Soziale Medizin, sondern tauscht sich anderswo aus, etwa über social medias.

Kati Ensner: Mir fährt es eigentlich erst jetzt so richtig ein, dass die Soziale Medizin aufhört, obwohl ich es ja schon seit Januar weiss. Zweifellos gibt es ganz viele sachliche Gründe dafür. Wir haben sie alle vorwärts und rückwärts diskutiert und durchleuchtet. Damit ist das Projekt Soziale Medizin – ich sage jetzt einmal vorsichtig: vorläufig – zu Ende. Es stimmt, die Soziale Medizin wurde von einer äusserst stabilen Gruppe getragen. Eigentlich grenzt es an ein Wunder, dass diese so lange so stabil war, denn ihre Mitglieder hätten unterschiedlicher nicht sein können. Von ruhig, leise und dezent, kreativ und temperamentvoll bis ziemlich laut und manchmal auch stur. Die unterschiedlichen Auffassungen, Standpunkte und Lautstärken haben aber nie unsere gemeinsame Basis in Frage gestellt, da vertrauten wir uns über alle Differenzen hinweg. Die Diskussionen in der Redaktion waren lebhaft, fundiert, interessant, nicht selten auch nervig, aber oft ein echtes Vergnügen. Für mich war die schon erwähnte Unabhängigkeit von Parteien und Verbänden entscheidend. Nach keines Meisters Pfeife tanzen zu müssen, ist schon ein Privileg. Vielleicht noch wichtiger war unser Widerstandsgesicht, der durch die ganzen Jahre einfach nicht zu bodigen war und der garantiert hat, dass auch unbeliebte Themen immer wieder aufs Tapet gebracht wurden. So z.B. beim Referendum gegen die IV-Revision, für das wir von Anfang an ganz klar eintraten, während die Unter-

stützung ansonsten anfangs sehr zögerlich war.

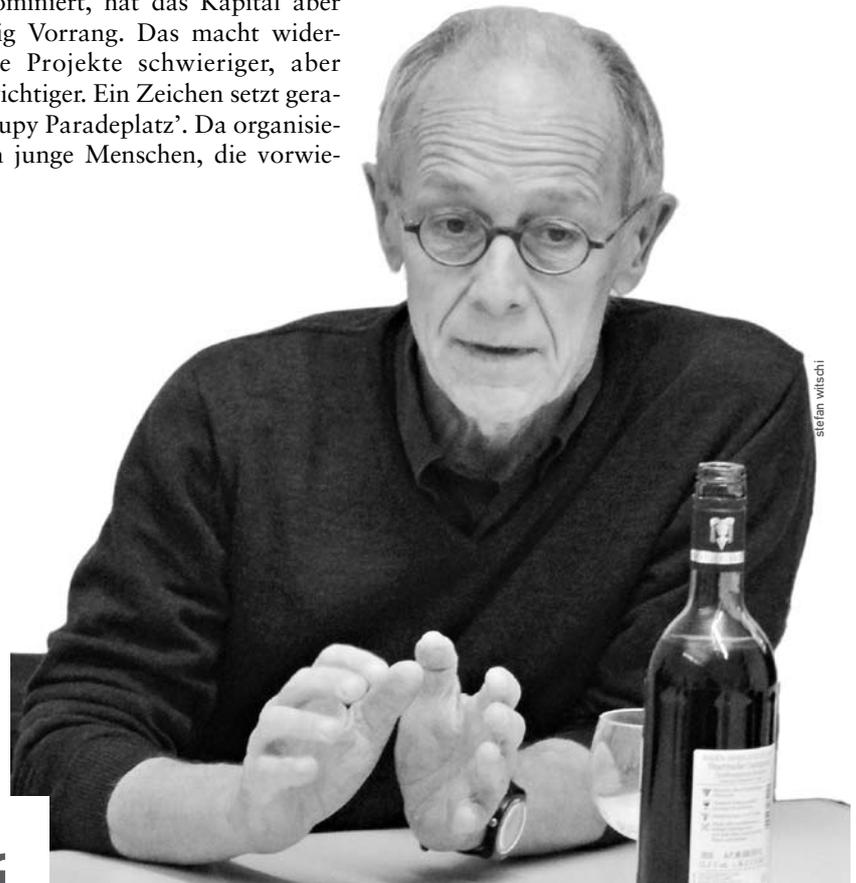
Es ist offensichtlich, dass bei dieser Konstellation ein Generationenwechsel ein Ding der Unmöglichkeit ist. Die junge Generation ist aber tatsächlich nicht unengagiert. Es gibt unzählige junge Menschen, die sich ohne Entgelt für eine Sache engagieren, die sie als wichtig empfinden. Ich bin diesbezüglich nicht pessimistisch. Und ich hoffe sogar, dass wir durch die Beendigung unseres Projekts Raum schaffen für entsprechende Aktivitäten jüngerer Leute. Deshalb habe ich vorher von einem vorläufigen Ende unserer Zeitschrift gesprochen. Denn inhaltlich braucht es eine Soziale Medizin nach wie vor, sogar dringender denn je. Unsere Form der Sozialen Medizin hat sich aber wohl langsam überlebt.

Ueli Mäder: Man kann sich immer an dem aufhalten, was nicht ist. Aber man sich auch an dem freuen, was ist. Die Soziale Medizin hat zweifellos ein wichtiges Bedürfnis abgedeckt. Wenn man jetzt eine Analyse vornimmt und das Umfeld anschaut, kann man Tausende von Gründen finden, wieso es die Soziale Medizin unbedingt weiterhin geben müsste. Genauso kann man aber Gründe finden, welche die Einstellung des Projekts erklären, etwa die Entwicklung in der Medienwelt. Wie Stefan gesagt hat, wäre es aber verfehlt, in eine Klage über die junge Generation einzustimmen. Letztes Jahr habe ich zusammen mit Sarah Schilliger ein Seminar über soziale Bewegungen veranstaltet. Wenn ich an soziale Bewegungen dachte, kamen mir die Friedens-, die Frauen und die Umweltbewegung in den Sinn. Anlässlich dieses Seminars konnte ich aber realisieren, was für eine Fülle von sozialen Bewegungen es gibt. Hier an der Uni sehe ich auch, wie sich Studentinnen und Studenten in neuen Formen engagieren. Abends sind unsere Seminarräume öfters von solchen Arbeitsgruppen und Lesezirkeln belegt. Natürlich gibt es in unserer Zeit eine Tendenz zur Ökonomisierung, ein verstärktes Kosten-Nutzen-Denken. Aber es gibt auch Gegenbewegungen. Wohl auch im Gesundheitsbereich.

Bei den erwähnten Depressionen und Krankheiten gibt es jedenfalls eine ganz einfache Korrelation: Je tiefer das

Einkommen, desto grösser die gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Wenn ich nun sehe, wie grosszügig Betroffene aus unserer Gesellschaft „wegdefiniert“ werden – nach dem Motto: aus den Augen aus dem Sinn –, denke ich, dass sich gerade unter Ärztinnen und Ärzten kritische Gedanken breit machen könnten. Denn diese bekommen ja mit, was da abläuft. Die liberale Haltung betrachtete Arbeit und Kapital noch als gleichwertig. In der angelsächsischen Ausprägung des Kapitalismus, die heute die Welt dominiert, hat das Kapital aber eindeutig Vorrang. Das macht widerständige Projekte schwieriger, aber umso wichtiger. Ein Zeichen setzt gerade ‚Occupy Paradeplatz‘. Da organisieren sich junge Menschen, die vorwie-

Ruth Waldvogel: Für mich bleibt die Frage, wieso es sozusagen zwei Generationen und dazwischen nichts gibt. Einerseits diejenige, zu der wir uns als Alt-68er zählen, und dann die Jungen, die sich beispielsweise in ‚Occupy Paradeplatz‘ engagieren. Dazwischen gibt es einen Gap. Ueli, als Professor an der Uni bist du natürlich an der Quelle, was die Jungen betrifft.



stefan wilschi

“

Unser Standpunkt war zwar eindeutig links. Wir waren aber nie einem Verband oder einer Partei verpflichtet. Wir erlaubten uns immer, auch Linksparteien und Gewerkschaften zu kritisieren, wenn wir das nötig fanden. Daniel Gelzer

gend über social medias kommunizieren. Ihre Bewegung ist ernst zu nehmen, da bin ich zuversichtlich, unabhängig davon, ob sie in drei Jahren noch existiert oder nicht.

Ueli Mäder: Ja, die Zeitschrift Widerspruch ist ein Beispiel dafür. Diese steht vor der Herausforderung eines Generationenwechsels. Als sie hier am Institut mitteilte, sie suche junge Mitarbei-



“

Die Jungen vernetzen sich anders, als wir das bisher taten. Der Generationenwechsel ist auch aus dieser Perspektive ein wichtiges Thema. Ruth Waldvogel

tende, fühlten sich Studentinnen und Studenten geehrt. Mehrere zeigten Interesse.

Ruth Waldvogel: Das eine ist, dass wir eine stabile Redaktionsgruppe sind, zu der man nur schwer hinstossen kann. Das andere ist ein allgemeineres Problem. Wir haben in den 1970er Jahren mit viel Power etwas aufgebaut und waren voll überzeugt, die Welt bald verändern zu können. Diese hat sich inzwischen zwar verändert, aber nicht nur so, wie wir das erhofft hatten. Die junge Generation lebt, nicht zuletzt durch die neuen Medien, in einer Welt, die uns zum Teil wenig oder gar nicht bekannt ist. Die Jungen vernetzen sich anders, als wir das bisher taten. Der Generationenwechsel ist auch aus dieser Perspektive ein wichtiges Thema.

Fritz Witschi: Du sprichst die Frage an, ob wir einen gewissen Erfolg aufweisen können oder nicht? Wenn ich die politische Entwicklung während der letzten fast vier Jahrzehnte anschau, dann bin ich nicht so pessimistisch. Ich erinnere an die Deklaration von Alma Ata in den 1970er Jahren, die nicht zufälligerweise nach der Entkolonialisierung der sogenannten Dritten Welt möglich wurde und, alle politischen Systeme übergreifend, ein Fanal war. Sicher ist vieles noch lange nicht erfüllt, aber es sind ja auch neue globale Herausforderungen wie die AIDS-Pandemie dazu gekommen, wo riesige Anstrengungen nötig wurden. Ein anderes, lokales Beispiel: Noch vor 20 oder 15 Jahren, zu meiner Zeit als SGSG-Sekretär, war die Ärztezeitung der FMH ein sehr konservatives Organ, das Meinungen vertrat,

die ich selten teilen konnte. Heute ist das anders. Die Ärztezeitung und die Standesorganisation FMH nehmen sozial aufgeschlossener Standpunkte ein. Die Ärzteschaft ist nicht mehr einfach ein reaktionärer Block, sie ist insgesamt kritischer geworden und diskutiert kontroverser und transparenter. Ähnliche Entwicklungen gibt es bei anderen Berufsverbänden, etwa in der Pflege. Schauen wir uns nur das Referendum gegen die Managed Care-Vorlage an. Da sind Gewerkschaften, Berufsverbände und FMH zusammen. Das wäre vor 10 – 15 Jahren noch undenkbar gewesen. Die Zeiten sind aus unserer Sicht also nicht einfach schlechter geworden, auch wenn es starke Tendenzen zum Abbau des Sozialstaats gibt.

Ruedi Spöndlin: Mit SGSG und Sozialer Medizin haben wir durchaus politischen Einfluss nehmen können. Seit der Auflösung der SGSG-Sektionen anfangs der 1990er Jahre sind wir zwar eigentlich nur noch beim Referendum gegen die 5. IV-Revision sichtbar in der Tagespolitik aufgetreten. Für dieses Referendum haben wir enorm viel geleistet, vor allem Alex Schwank und Fritz Witschi. Daneben haben wir in den letzten 10 Jahren aber auch viel wirkungsvolle Hintergrundarbeit geleistet. In Zusammenhang mit den verschiedenen KVG-Revisionen beispielsweise haben wir dank unseren Kontakten zur Vernetzung verschiedenster Organisationen beigetragen, die vorher wenig miteinander zu tun hatten. Zudem war unser Expertenwissen immer wieder gefragt. Wir waren an unzähligen Hearings und Arbeitsgruppen beteiligt.

Stefan Witschi: Haben wir uns etwa zu schlecht verkauft? Hätten wir diese Aktivitäten mehr publik machen müssen, um stärker wahrgenommen zu werden?

Ruedi Spöndlin: Nein, ich denke, derartige Hintergrundaktivitäten darf man nicht an die grosse Glocke hängen, das liegt in der Natur der Sache. Es ist auch nicht so, dass unsere Zeitschrift nicht davon profitiert hätte. Dank unseren Kontakten waren und sind wir immer hervorragend aus erster Hand informiert.

Alex Schwank: In einer Bilanz über die letzten Jahrzehnte ist festzustellen, dass wir dazu beitragen konnten, positive Veränderung durchzusetzen, welche wir seinerzeit kaum für möglich hielten. Als Beispiel mag die Drogenpolitik dienen. Als ich 1982 als Hausarzt zu praktizieren begann, war es noch strafbar, Drogenabhängigen saubere Spritzen abzugeben. Die Substitutions-therapien mit Methadon und anderen Substanzen waren politisch stark umstritten. Im Bereich der Sozialpsychiatrie sind heute Dinge Allgemeingut, für die wir uns in den 1970er Jahren als Aussenseiter eingesetzt haben. Verhindert werden konnte in der Schweiz auch, dass Aids zu reaktionären Rückschritten im Sexuellen führte und die Emanzipation der Schwulen erschwerte. Ein gesundheitspolitischer Erfolg war auch die Durchsetzung des Obligatoriums in der Krankenversicherung, welche 1994 in der Volksabstimmung ganz knapp angenommen wurde. Es hat sich enorm viel bewegt und wir waren ein wichtiger Teil der Kräfte, die diese positiven Veränderungen durchgesetzt haben.

Ruedi Spöndlin: Bei der Annahme des Krankenversicherungsobligatoriums liegt unser Verdienst wohl vor allem darin, gewisse grün-alternativ ausgerichtete Kreise in unserem Umfeld davon überzeugt haben, nicht gegen diese Vorlage anzukämpfen.

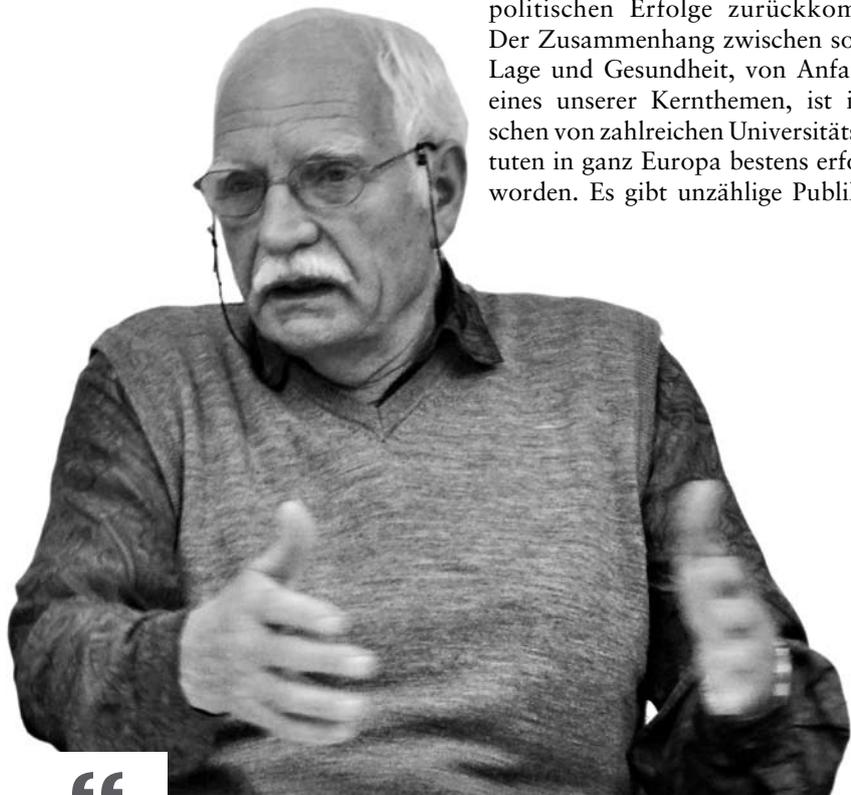
Alex Schwank: Die 68er-Bewegung hat nicht nur im Gesundheitsbereich, sondern in der gesamten gesellschaftlichen Entwicklung positive Prozesse in Gang gesetzt. Der Einfluss des links-grünen Lagers und auch der ökologischen Bewegung hat zugenommen, trotz der Blocher-SVP. Viele junge Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonen engagieren sich heute jedoch weniger als vor 20 Jahren gesundheitspolitisch, sondern in anderen gesellschaftlichen Bereichen. Das Ende der Sozialen Medizin ist darum nicht einfach eine Frage von veränderter Mediennutzung, sondern eines Wandels der politischen Präferenzen.

Ruedi Spöndlin: Hat das nicht damit zu tun, dass im Gesundheitsbereich gewisse Erfolge zu verzeichnen sind? Da-

mit gibt es hier gar nicht mehr soviel zu tun, um es etwas salopp auszudrücken?

Alex Schwank: Das ist sicher so. Auch wenn vieles im Gesundheitswesen kritisiert werden muss, etwa die unsoziale Finanzierung, der schlechtere Gesundheitszustand von Armen, die fehlende Deckung der Zahnmedizin durch die Krankenkassen, das Fehlen einer obligatorischen Krankentaggeldversicherung, ist in der Schweiz vieles besser gelöst als im europäischen Ausland.

Daniel Gelzer: Man kann sich natürlich fragen, ob wir mehr Erfolg gehabt hätten, wenn wir uns besser „verkauft“ hätten. Ich glaube das nicht. Wir haben diesbezüglich ja nichts getan. Fritz hat jahrelang intensive Werbekampagnen gefahren, denken wir nur an die Dispenserwerbung in den Trams verschiedener Städte. Nach dem Scheitern des Verbandsprojekts Anfang 1990 waren wir zudem etwas „gebrannte Kinder“. Für dieses Projekt hatte sich die SGSG verschuldet, was jahrelang unsere Bilanz belastete. Deshalb war es sicher richtig, auf eine schlanke und kostengünstige Struktur zu setzen. Nun möchte ich aber nochmals auf unsere politischen Erfolge zurückkommen. Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit, von Anfang an eines unserer Kernthemen, ist inzwischen von zahlreichen Universitätsinstituten in ganz Europa bestens erforscht worden. Es gibt unzählige Publikatio-



stefan witschi

“

Die Ärzteschaft ist nicht mehr einfach ein reaktionärer Block, sie ist insgesamt kritischer geworden und diskutiert kontroverser und transparenter.

Fritz Witschi

Eine kritische Pflegefachfrau organisiert sich heute vielleicht eher für ökologische Fragen oder macht bei „Occupy Paradeplatz“ mit, als sich für gesundheitspolitische Reformen einzusetzen.

nen dazu. Mit den betreffenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern – auch in Deutschland – standen wir in regelmässigem Austausch, einige gehörten auch unserem Herausgeberbeirat

an. Nicht stattgefunden hat jedoch die Umsetzung dieser wissenschaftlichen Erkenntnisse in der politischen Praxis. Das war eine Aufgabe, die wir uns gesetzt hatten. Die Wirkung war aber begrenzt.

Ruedi Spöndlin: Dass wir in der parlamentarischen Politik nicht soviel erreicht haben, hat wohl auch mit unserer Unabhängigkeit zu tun. Wir scheuten uns nie, Parlamentarierinnen und Parlamentariern ungeschminkt zu sagen, was wir von ihren Vorstössen hielten. Diese hörten uns zwar meistens interessiert zu, gaben uns manchmal auch grundsätzlich recht, machten dann aber oft doch etwas anderes. Wir sind eben nie auf einen gewissen populistischen Aktivismus aufgesprungen, den es auch im linken Lager gibt. Parteien, Politikerinnen und Politiker, die wieder gewählt werden wollen, müssen sich diesbezüglich anders verhalten. Wenn die Medien beispielsweise die Gesundheitskosten zu einem Thema von allerhöchster Brisanz aufblasen, müssen sie sofort Vorstösse dazu lancieren, auch wenn diese nicht so durchdacht sind. Deswegen

Beispiel ist die Volksinitiative für eine Einheitskrankenkasse. Deren Sinn haben wir nie eingesehen und deshalb davon abgeraten ...

Ruedi Spöndlin: ... was uns gewisse Leute sehr übel genommen haben.

Fritz Witschi: Aber wir haben insofern recht behalten, als das voraussehbare Scheitern dieser Initiative die Bemühungen um ein sozialeres Gesundheitswesen zurückgeworfen hat. Zudem binden solche Initiativen Kräfte, die anderswo fehlen. Noch immer sind z. B. die Kinderprämien nicht abgeschafft, praktisch die ganze Zahnmedizin muss privat bezahlt werden. Die IV ist geschwächt und steht weiter unter starkem Druck.

Stefan Witschi: Kommen wir auf die Frage zurück, wieso sich keine neue Generation findet, die die Soziale Medizin weitertragen will. Ich denke, dass sich jüngere Menschen heute zuerst eher generell politisieren. Sie stören sich an den gesellschaftlichen Verhältnissen insgesamt und wenden sich dann unter Um-

politische Interessen motiviert als durch persönliche Betroffenheit im Beruf. Sie dachten aber, wenn sie politisch etwas bewegen möchten, müssten sie in ihrem beruflichen Umfeld aktiv werden. Insofern knüpften sie an ältere, gewerkschaftliche Konzepte an, die damals aber schon nicht mehr der Realität entsprachen. Und es wurde dann auch etwas Neues daraus.

Alex Schwank: Wir wollten nie nur eine Vereinigung von kritischen Ärztinnen und Ärzten oder von fortschrittlichem Pflegepersonal sein. Uns ging es darum, im Gesundheitswesen eine Organisation für alle Berufsgruppen zu schaffen, um fach- und berufsgruppenübergreifend fortschrittliche Ideen zu entwickeln. Wir verstanden uns aber auch als Teil einer Bewegung, die sich weltweit für eine bessere Welt einsetzte. Der Vietnamkrieg, die Befreiung der portugiesischen Kolonien in Afrika, der Sturz Somozas in Nicaragua, der Kampf der Palästinenser usw. waren zentrale Motive für unser politisches Engagement. Die Kritik am Kapitalismus und am Imperialismus ist inzwischen schwieriger und komplizierter geworden. Die Linke ist erst daran, neue Antworten auf die alte Frage nach mehr Gerechtigkeit und Menschenwürde für alle Menschen zu finden.

Ruedi Spöndlin: Aus distanzierterer Warte könnte man über unsere Generation beispielsweise sagen: „Sie sind mit grossen gesellschaftlichen Visionen angetreten, die sich dann als Illusion erwiesen. Im Alltag haben sie aber ganz beachtliche Reformen bewirkt“. Mal sehen, vielleicht würdigt uns eine Zeitung mit diesen Worten!

Käti Ensner: Die Menschen, die sich in den vielen sozialen Bewegungen wie etwa ‚Occupy Paradeplatz‘ engagieren, haben vielleicht keine Konzepte für gesellschaftlichen Alternativen. Aber sie wissen, was sie konkret stört, etwa der Casinokapitalismus der Investmentbanken. Das ist aber ein guter Ausgangspunkt. Auch die 68er-Bewegung nahm ihren Anfang nicht mit fertigen Konzepten, sonst hätte sie keine solche Dynamik angenommen. Zuerst standen in Frankfurt, Berlin oder wo auch immer einfach Tausende von jungen Men-



Wir hatten eine verlässliche Leserschaft, die wusste, was sie an uns hatte. Diese Gruppe wird nun aber immer älter und kleiner. Wir haben nie eine Zeitschrift für Junge gemacht. Stefan Witschi

mache ich ihnen keinen Vorwurf. Falsch wäre es aber gewesen, wenn auch wir ständig derartigen Aktualitäten hinterher gehechelt wären. Unsere Rolle war eine andere.

Fritz Witschi: Zum Teil haben linke Parteien im Alleingang dogmatische Projekte lanciert, mit welchen sie bittere Niederlagen einfuhren, die unsere Arbeit alles andere als erleichterten. Ein

ständen einer bestimmten Bewegung zu, etwa ‚Occupy Paradeplatz‘. Es gibt da zweifellos viele Bewegungen, die wir gar nicht alle kennen. Dass sie in ihrem beruflichen Umfeld politisiert werden, ist heute hingegen eher selten. Das war früher wohl einmal anders.

Ruedi Spöndlin: Schon beim Aufbau der SGG in den 1970er Jahren waren die Beteiligten ja eher durch allgemein-



Uns ging es darum, im Gesundheitswesen eine Organisation für alle Berufsgruppen zu schaffen, um fach- und berufsgruppenübergreifend fortschrittliche Ideen zu entwickeln. Wir verstanden uns aber auch als Teil einer Bewegung, die sich weltweit für eine bessere Welt einsetzte.

Alex Schwank

schen auf der Strasse und gaben ihrem diffusen Unwillen über das herrschende, ausbeuterische System Ausdruck. Sie solidarisierten sich mit Widerstandsbewegungen sowohl in der eigenen Gesellschaft als auch in andern Ländern und Völkern. Sie demonstrierten gegen den Vietnamkrieg. Das wirkte unheimlich mobilisierend. Die Soziale Medizin war Teil der Bewegung, die sich nach 1968 entwickelte. Sie brachte deren Anliegen zum Ausdruck, soweit diese das

Sozial- und Gesundheitswesen betrafen, und war mit der ganzen Bewegung gut vernetzt. Deshalb hatte sie bis zuletzt eine grosse thematische Breite.

Fritz Witschi: Am Anfang der 68er-Bewegung stand allerdings nicht nur ein diffuses Unbehagen. Ein ganz wichtiger Auslöser war der Krieg in Vietnam, den die USA und ihre Verbündeten mit einer Brutalität führten, die das Gerede von der Verteidigung der freien Welt un-

glaubwürdig machte. Die 68er Bewegung in Europa hatte eben auch viel mit der unter US-Studenten weitverbreiteten Kriegsdienst-Verweigerung zu tun, und zwar schon ab 1965! Auch für die neue Linke in der Schweiz war der Vietnamkrieg wichtig. Die SGSG verstand sich als Teil dieser Bewegung. Die etablierten Kräfte, bis hin zu Exponenten der SPS, stempelten jede Kritik am Vietnamkrieg als Sakrileg ab. Ich erinnere an die im Tränengas endenden Demos in Zürich vor dem Sitz der Dow Chemical, dem US-Konzern, der das dioxinhaltige ‚agent orange‘ und auch das geächtete Napalm für den Kriegseinsatz produzierte. ‚Agent orange‘ verursacht noch heute schwerste Schwangerschaftsschäden, noch heute werden geschädigte Kinder geboren. Der Protest gegen dieses Unternehmen war wieder ein Link zur Gesundheitspolitik, den Kräfte wie die SGSG herstellten. Es war übrigens auch eine Tochtergesellschaft von Dow Chemical, die für den Chemie-Unfall in Bhopal mit 23.000 Toten im Jahre 1984 verantwortlich war, für den nie wirkliche Entschädigungen bezahlt wurden!

Ueli Mäder: Was es heute unter jungen Menschen wieder gibt, ist eine Bewegung, die sagt: „So kann es nicht mehr weiter gehen“. Die erwähnten Occupy-Bewegungen gehören beispielsweise dazu. Das ist etwas Neues. Zunächst wandten sich Jugendliche gegen enge soziale Kontrollen. Sie suchten mehr Freiheit in der Anonymität. In der erstrebten Coolness ist es aber allzu cool geworden. Deshalb suchen sie wieder mehr neue soziale Verbindlichkeiten. Und das aus freien Stücken. Ich sehe da eine Chance. Vielleicht entsteht sogar wieder ein Projekt, das die Anliegen der Sozialen Medizin aufnimmt und weiterträgt.

Irrfahrten

Erich Adalbert Wulff, *Irrfahrten, Autobiografie eines Psychiaters* (Edition das Narrenschiff, 2001 ISBN 3-88414-301-8)

E.A. Wulff hat unter den Pseudonym W. Alsheimer auch das Buch *Vietnamesische Lehrjahre* (Suhrkamp 1968) geschrieben.

1926 in Estland geboren beschreibt er in seiner Autobiografie nicht nur Etappen der Reformierung der europäischen Psychiatrie sondern an Hand seiner persönlichen Erlebnisse auch ein gutes Stück europäischer Zwischenkriegsgeschichte. Studienjahre in Paris bringen u.a. eine enge Freundschaft mit Julio Cortazar. 1961 geht er als Arzt und Lehrer nach Südvietnam und bekommt Kontakt zum Vietcong. Als Psychiater arbeitet Wulff in Giessen, Freiburg, Marburg, öffnet als erster Arzt in leitender Position die Türen einer geschlossenen Abteilung und betreibt die Aufhebung der Geschlechtertrennung- Ende der 60iger Jahre, weit vor jeder Psychiatriereform.

RUTH MASCARIN

Home

Ein Spielfilm von Yann Arthus-Bertrand

Frankreich 2009

Wohl kein Film über den Zustand unserer Erde und über die Auswirkungen unseres aller Tun und Lassens hat mich in den letzten Jahren derart beeindruckt und nachdenklich werden lassen wie der Dokumentarfilm HOME von Yann Arthus-Bertrand.

«Wie kann dieses Jahrhundert die Last von 9 Milliarden Menschen tragen, wenn wir uns weigern, dafür gerade zu stehen, was allein wir angerichtet haben?» «20 % der Weltbevölkerung verbrauchen 80 % der Ressourcen unseres

Planeten» «Die Welt gibt 12 Mal mehr an finanziellen für Militär als für Entwicklungshilfe aus» «5000 Menschen sterben pro Tag an verschmutztem Trinkwasser» «1 Milliarde Menschen haben keinen Zugang zu sauberem Wasser» «1 Milliarde Menschen hungern» «Über 50 % des weltweit gehandelten Getreides dienen als Tierfutter oder Bio-Treibstoff» «40 % des Ackerlandes ist nachhaltig geschädigt» «Jedes Jahr werden 13 Millionen Hektar Wald vernichtet» «Jedes vierte Säugetier, jeder achte Vogel, jede dritte Amphibie stirbt wohl aus» «Das Artensterben erfolgt 1000 Mal schneller als das natürliche Maß» «Drei Viertel der Fischbestände sind erschöpft, dezimiert oder gefährdet» «Der Eisschild ist 40 % dünner als vor 40 Jahren» «Der Nordpol hat in 30 Jahren 30 % seiner Masse verloren» «Bis zum Jahre 2050 sind mindestens 200 Millionen Klimaflüchtlinge zu erwarten»

In den Weiten des Kosmos ist „unser“ Planet etwas ganz wunderbares, eine Oase in der Wüste des Alls, ein Quell an wahrer Schönheit. Die Erde verfügt über ein einzigartiges Lebenssystem, welches Lebensformen aller Arten beherbergt und gedeihen lässt. Diese entwickelten sich über Millionen von Jahren, und der Mensch begab sich unter allen Geschöpfen selbstgefällig und ohne Rücksichtnahme auf andere an die Spitze der Nahrungskette. Wer jetzt denkt, er würde mit HOME einen klassischen und konventionellen Dokumentationsvertreter wie «Unsere Erde» zu Gesicht bekommen, welcher recht einseitig, sowie hübsch bebildert, lediglich Flora und Fauna unseres existierenden Mikrokosmos dem Betrachter näherbringt, irrt gewaltig. Denn die Wahrheit und Zustandsbekundung in Yann Arthus-Bertrands beklemmenden Dokumentarfilm HOME ist leider sehr schmerzhaft. Der Film öffnet dem Betrachter die Augen für das, was er nicht wahrhaben möchte. Ein jedes menschliches Individuum trägt eine Mitschuld am momentanen Zustand unserer Lebensgrundlage... Yann Arthus-Bertrand scheut sich nicht davor, ungeniert offen zu legen, welche Gründe für einen unverschämten hohen Verbrauch an Ressourcen und für weitere Dinge ausschlaggebend sind. Mit einzigartigen, markerschütternden Bildern

trifft er direkt ins Herz und die Nerven des Interessierten. Er hält den Finger in die Wunde und spricht einfach nur die Wahrheit aus. Daran ist ganz und gar nichts verwerfliches...

Er verweigert sich einer moralischen Stellungnahme und lässt den Betrachter unvoreingenommen ein ganz eigenes Urteil über das Gesehene fällen, und zwar in der Hoffnung zum positiven. Yann Arthus-Bertrand Panikmache vorzuwerfen, ist so voreingenommen wie fahrlässig. Sein Ziel ist die wertneutrale Aufklärung, und daher führt er ganz bewusst zu mehreren existierenden Orten der Erde, bevor er sich dem nächsten zuwendet, dabei sind die eingesetzten sprachlichen Verweise / Zitate als stilistisches Hilfsmittel so unerlässlich wie hilfreich. HOME ist so präzise wie möglich bzw. mit dem höchsten Maße an Sorgfalt inszeniert worden und zieht nicht mal ansatzweise die Idee in Erwägung, den moralischen Zeigefinger zu erheben. Jede andere Behauptung ist pure Provokation und Bekundung des Desinteresses an HOME. Yann Arthus-Bertrands Schaffen erzielt eine subtile, erschreckende Wirkung und wird alleine von der Kraft der Bilder und der eingesetzten Akustik getragen. Und diese Dinge sprechen für sich. Die richtige Entscheidung, in Bezug auf das alltägliche Leben mit samt den unausweichlichen Konsequenzen, wird dann jeder für sich, ohne irgendeine Art von erzeugten Druck, ganz von alleine fällen, nachdem er sich HOME zu Gemüte geführt hat. Hoffentlich zum positiven. HOME hebt sich wohltuend vom Genreeinheitsbrei bzw. vom beliebigen Mischmasch der teils fade anmutenden Produktionsküche aus TV und der BBC ab, wobei diese Medien immer für sich den höchsten dokumentarischen Anspruch erheben, nebenbei gelackte Bilder servieren, nichtsdestotrotz x-beliebige, bereits Gesehene, «nur noch mal» zu etwas nicht mehr wirksamen, geschmacksneutralem und später zwangsläufig uninteressantem Zusammenrühren.

Fazit

Wer frischen Wind im Genre und eine interessante, qualitativ hochwertige Alternative zur Ödniswüste der Doku-