



Gestaltung: Stefan Witschi
Foto: heeraldo | flickr

Gesundheitsversorgung

- 19 Neues Kinderspital beider Basel
Arnold Amnacher
- 25 Ist unsere Gesundheitsversorgung zu teuer?
Gesprächsrunde mit Jacqueline Fehr, Katharina
Prelicz und Alex Schwank (Ruedi Spöndlin)
- 34 Managed Care-Vorlage höchst umstritten
Ruedi Spöndlin

Zwang und Psychiatrie

- 36 Lösungen im Konsens mit den
Patienten suchen
Interview mit Jürg Gassmann (Ruedi Spöndlin)

Medikamente gegen Krebs

- 43 Pharmaindustrie und globale Krebsbekämpfung
Franco Cavalli
- 50 Klinische Forschung muss die
richtigen Fragen stellen
Interview mit Franco Cavalli (Alex Schwank)

Integration & geistige Behinderung

- 52 Warum tut sich unsere Gesellschaft schwer,
Menschen mit einer geistigen Behinderung zu
integrieren? (1. Teil, Fortsetzung in Ausgabe 2.11)
Riccardo Bonfranchi

Magazin & Rubriken

- 4 Kurznachrichten
- 5 Ja zum Schutz vor Waffengewalt
Ruedi Spöndlin
- 6 Kolumne: Nötigung
Dani Winter
- 7 Atomkraft und die Gesundheit unserer Kinder
Helene Vermeulen, VUA"
- 8 Nationalrat zur IV-Revision 6a
Agile Behindertenselbsthilfe Schweiz
- 9 Guatemalteken als menschliche Laborratten
Alex Schwank
- 10 Kinder brauchen sichere Medikamente
Bea Heim
- 11 Somalia: Ein Esel der Müllabfuhr ist alt geworden
Heinrich Frei
- 12 Med in Switzerland: Weltweite Armutsfälle
Martin Leschhorn Strebel
- 14 Infos aus der Genwelt
Basler Appell gegen Gentechnologie
- 16 Der Status des Fötus
Riccardo Bonfranchi
- 30 Mittelseiten: wohl & weh
Vom Kinderspital zum UKBB
- 57 Rezensionen und Veranstaltungen
- 59 Inserate
- 60 Spitex kostet mehr
Schweiz. Alzheimervereinigung

• • • • •
Sozialhilfe

SKOS fordert Teuerungsausgleich

Die SKOS hat am 3. Januar eine Medienkonferenz durchgeführt und dabei die Öffentlichkeit über den neuen Mechanismus zur Ausrichtung des Teuerungsausgleichs für Sozialhilfebeziehende informiert. Ab 2011 wird der Grundbedarf für den Lebensunterhalt gemäss SKOS-Richtlinien zeitgleich und in gleichem Umfang wie die Ergänzungsleistungen zu AHV und IV an die Teuerung angepasst. Die SKOS hat im Rahmen der Medienkonferenz zudem ihre Schwerpunkte im Bereich der Armutsbekämpfung für das Jahr 2011 präsentiert. Und sie zog Bilanz zu ihren Aktivitäten im zu Ende gegangenen europäischen Jahr zur Armutsbekämpfung. Besonders gewürdigt wurde dabei die Wanderausstellung «Im Fall», die 2010 in über 20 Städten und Gemeinden zu sehen war (weitere Infos: www.skos.ch)

• • • • •
Spitalverselbständig Basel

Bürgerliche Provokation

Eine neue Wendung hat die Debatte um die Verselbständigung der öffentlichen Spitäler im Kanton Basel-Stadt am 21. Januar genommen: In der zuständigen Kommission des Kantonsparlaments hat eine bürgerliche Mehrheit durchgesetzt, dass das Spitalpersonal künftig nicht mehr dem staatlichen Anstellungsrecht unterstellt sein soll. Auch die Altersvorsorge soll nicht mehr in der Pensionskasse des Staatspersonals erfolgen.

Dieser überraschende Beschluss ist eine Provokation, der das Aus für die Vorlage bedeuten könnte. Dass die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt verselbständigt werden sollen, stösst selbst bei einem Teil der Sozialdemokratie auf Zustimmung. Ein Grund dafür ist, dass die Regierung vor-

geschlagen hat, das Spitalpersonal weiterhin dem öffentlichen Besoldungsrecht zu unterstellen.

Sollte das Kantonsparlament dem Vorschlag seiner Kommission folgen und für das Spitalpersonal privatrechtliche Anstellungsverhältnisse vorsehen, werden sich Sozialdemokratie und Grüne vermutlich geschlossen gegen die Vorlage wenden und das Referendum ergreifen. Und dieses wird wohl auch in parteiunabhängigen und gemässigt bürgerlichen Kreisen Unterstützung finden.

Grundsätzlich gegen die Verselbständigung wenden sich der Verein ‚keine Auslagerung der öffentlichen Spitäler‘ (vgl. Soziale Medizin 4.10 S. 14 oder <http://www.sozialemedizin.ch/?p=1439>).

• • • • •
Behinderung und Sexualität

Fachstelle schliesst

Auf Anfang letzten Jahres musste die Fachstelle Behinderung und Sexualität (fabs) in Basel ihren Betrieb einstellen, da sie die erforderlichen finanziellen Mittel nicht mehr beschaffen konnte.



Sie hatte zwei Tätigkeitsbereiche: Einerseits den Schutz behinderter Menschen vor sexueller Ausbeutung und andererseits die Ermöglichung einer erfüllten Sexualität für behinderte Menschen. Im Rahmen des letzteren bildete die fabs auch so genannte Sexualassistentinnen und -assistenten aus, was in den Medien grosse Beachtung fand, aber umstritten

blieb. Nachdem ein Vorläuferprojekt der Pro Infirmis an mangelnder Akzeptanz gescheitert war, baute die behinderte Psychologin Aiha Zemp ab 2006 die fabs auf. In Soziale Medizin 2.07 S. 22 ff. haben wir ein Interview mit Aiha Zemp publiziert, welches das Projekt ausführlich darstellt.

• • • • •
Emilie Lieberherr verstorben:

Vorkämpferin für eine vernünftige Drogenpolitik

Am 3. Januar ist die frühere Zürcher Stadträtin und Ständerätin Emilie Lieberherr verstorben. Sie war zweifellos eine der prägnantesten Sozialpolitikerinnen der Schweiz, die unter anderem entscheidenden Anteil daran hatte, dass sich in der Schweiz eine vernünftige und liberale Drogenpolitik durchsetzen konnte. Die Redaktionsgruppe Soziale Medizin ist ihr dankbar für die Inputs, die sie zu unserer Zeitschrift beigesteuert hat, etwa den kritischen Kommentar über das Gerede von den «reichen Alten» in unserer Ausgabe 3/97.

• • • • •
Organspende

Rückkehr zur Widerspruchsregel

Wie lässt sich die Zahl der Organspenden erhöhen? Nachdem dies verschiedene Parlamentarierinnen und Parlamentarier gefordert haben, will der Bundesrat einen Bericht dazu ausarbeiten lassen. Dabei will er auch prüfen, ob bei der Zustimmung zu einer Organspende wieder die Widerspruchsregel gelten soll. Dies nur dreieinhalb Jahre nachdem mit dem neuen eidgenössischen Transplantationsgesetz die erweiterte

Fortsetzung auf Seite 6

Ja zum Schutz vor Waffengewalt



Suizide und tödliche Formen häuslicher Gewalt zu verhindern, ist das Ziel der Volksinitiative zum Schutz vor Waffengewalt. Viele im Sozial- und Gesundheitswesen Tätige kennen die aufgestaute Gewaltbereitschaft von Menschen in Ausnahmesituationen und setzen sich deshalb für die Initiative ein. Auch die SGSG, die Herausgeberin der Sozialen Medizin, empfiehlt ein Ja zum Schutz vor Waffen. Im Abstimmungskampf ist allerdings nicht nur die Gewaltprävention ein Thema. Die Gegner der Initiative stilisieren die Auseinandersetzung zur Schicksalsstunde der schweizer Wehrtradition hoch. Ein Ja am 13. Februar ist somit auch eine Gelegenheit, das schweizerische Selbstverständnis von gewissen nationalkonservativen Mythen zu entrümpeln.

Einen Erfolg hat die Volksinitiative zum Schutz vor Waffengewalt bereits vor der Abstimmung erzielt: Das Risiko durch im Privathaushalt aufbewahrte Armeewaffen ist an den Tag gekommen. Bis vor kurzem sah kaum jemand ein Problem darin, dass die Angehörigen der Schweizer Armee ihre Dienstwaffen zu Hause aufbewahren beziehungsweise aufbewahren müssen. Man ging davon aus, dass diese nur in wenigen Einzelfällen missbraucht werden. Die bevorstehende Volksabstimmung hat das Bundesamt für Statistik jedoch veranlasst, der Sache genauer nachzugehen. Und Ende Dezember gab es bekannt, 8 Prozent aller Suizide würden mit der

Dienstwaffe eines Armeeingehörigen verübt (<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/19/03/02/dos/03.html>). Pro Jahr betrifft das immerhin rund 100 Menschen.

Gestützt auf verschiedene Studien publizierte die ‚Schweizerische Ärztezeitung‘ dann sogar noch alarmierendere Zahlen. Diese zeigen insbesondere, dass der Anteil der mit Schusswaffen verübten Suizide in der in der Schweiz wesentlich höher liegt als in vergleichbaren Ländern. Hierzulande sollen bei 34 Prozent aller Selbsttötungen Schusswaffen im Spiel sein, im europäischen Durchschnitt hingegen nur 10 Prozent. Und die Hälfte aller Schusswaffensuizide soll mit Armeewaffen verübt werden. Das wären 200-300 Selbsttötungen pro Jahr.

Latente Bedrohung aus dem Kleiderschrank

Jedenfalls ist jetzt klar geworden, dass eine nicht zu vernachlässigende Anzahl von Menschen ihrem Leben mit der militärischen Dienstwaffe ein Ende setzen. Als weiteres Problem kommen die Fälle von häuslicher Gewalt und anderen Tötungsdelikten mit Armeewaffen hinzu. Diese sind zwar oft spektakulär, wie der Mord an einer jungen Frau auf dem Höngerberg im Dezember 2007, aber nicht allzu zahlreich. Entscheidend sind allerdings auch die nur befürchteten, aber nie ausgeführten Gewaltakte. Wenn ein Sturmgewehr im Kleiderschrank steht, müssen die Angehörigen gewaltbereiter Menschen mehr Angst haben.

Weil die Armeeingehörigen ihre Waffen dann nicht mehr bei sich zu Hause aufbewahren würden, wäre ein Ja zur Initiative wohl tatsächlich das Aus für die ausserdienstliche Schiesspflicht der Milizsoldaten. Diese hat den Schützenvereinen bis heute ein komfortables Überleben ermöglicht. Jeder bewaffnete Armeeingehörige muss bis jetzt jährlich einen Schützenverein aufsuchen und im Schiessstand ein paar Patronen verfeuern. Die Kosten übernimmt der Bund, was den Schützenvereinen Einnahmen beschert, von welchen andere Sportclubs nur träumen können.

Kein sinnvolles Gefechtstraining

Für die militärische Bereitschaft der schweizer Armee ist es allerdings völlig bedeutungslos, ob die Armeeingehörigen ihre Waffe bei sich zu Hause aufbewahren. Und auch die obligatorische Schiesspflicht trägt nichts dazu bei. Das Standschiessen auf eine Distanz von 300 Metern, wie es bei der Ausübung der obligatorischen Schiesspflicht praktiziert wird, war schon zu Zeiten des kalten Kriegs kein sinnvolles Gefechtstraining. Und heute, wo die Armee zunehmend Bewachungsaufgaben übernimmt, hat es erst recht jede militärische Bedeutung verloren.

Wenn in der Schweiz über Waffen und die Armee debattiert wird, geht es aber selten um deren realen Nutzen. Die Armee ist vielmehr ein folkloristisches Symbol, von welchem nationalkonservative Kreise jegliche Reform fernhalten wollen.

Fortsetzung von Seite 4

Zustimmungsregel eingeführt worden ist. Es fragt sich, ob er damit nicht das Vertrauen in die schweizerische Transplantationsmedizin aufs Spiel setzt.

Mehr dazu: <http://www.sozialemedizin.ch/?p=1480>



Stellanabbau bei Roche

Der Preis für Preissenkungen?

Im November kündigte der Pharmakonzern Roche den Abbau von 4'800 Arbeitsplätzen an, davon 530 in der Schweiz. In der Konzernzentrale in Basel sollen 350 Stellen verloren gehen. Aufhorchen lässt die Begründung: Der zunehmende Preisdruck auf die Pharmabranche. Ist das nun die Quittung dafür, dass Krankenversicherer und Zulassungsbehörden erfolgreich für eine Senkung der Medikamentenpreise gekämpft haben?

Mehr dazu: <http://www.sozialemedizin.ch/?p=1468>



Bericht von Dick Marty:

Organhandel im Kosovokrieg

Führer der kosovarischen Befreiungsarmee UCK sollen nach dem Kosovo-Krieg Ende der 1990er Jahre Handel mit Organen von serbischen Gefangenen betrieben haben. Diesen Verdacht formuliert der Tessiner FDP-Ständerat und Sonderberichterstatter des Europarats Dick Marty in einem Mitte Dezember publizierten Bericht. Kritik übt Marty insbesondere an der UNO, der EU und den USA. Sie hätten von den Machenschaften der UCK-Führung gewusst, diese aber aus politischem Kalkül nicht publik gemacht. Der Krieg sei in der westlichen Öffentlichkeit zu stark im

kolumne

Nötigung

Fuck Fūmoar!» erboste sich ein Kollege unlängst auf Facebook. Es sei doch eine Sauerei, dass er als Nichtraucher genötigt werde, einen Fūmoar-Ausweis zu kaufen, nur damit er die Clubs besuchen könne, wo seine Posse abhängt. Ein besonders schmerzhafter Stachel im Fleisch ist für ihn, dass mit seiner Stimme auch noch Politik gegen das Rauchverbot gemacht wird. Tatsächlich droht der Basler Rauchverbotsverweigerungsverein allen, die ein Fūmoar-Lokal ohne den erforderlichen Mitgliedsausweis betreten, mit einer Strafanzeige. Wegen Hausfriedensbruchs. Gemäss Art. 186 des Strafgesetzbuchs. Zwar kann man etliche Fūmoar-Lokale nach wie vor ohne Ausweis betreten und darin quarzen und saufen bis zum Umfallen. Aber es mutet doch reichlich bizarr an, dass die Fūmoaristen, die sich gern als Kämpfer gegen Überregulierung und Verbotswahn geben, sich auf einen Paragraphen berufen, um einen anderen zu umgehen.

Allerdings können die Fūmoar-Verantwortlichen zu ihrer Verteidigung vorbringen, dass sie selbst zur Nötigung genötigt werden. Denn seit einiger Zeit mischen sich nicht nur Reporter des lokalen Monopolblatts unter die vermeintlichen Qualmer, um zu belegen, dass man in gewissen Beizen auch ohne Ausweis bedient wird. Auch Polizeibeamte in Zivil

trachteten danach, fehlbare Fūmoar-Wirte in flagranti zu überführen. Der Verein reagierte prompt mit einer Aufsichtsbeschwerde gegen die Polizei.

Auch die angedrohte Strafanzeige richtet sich in erster Linie gegen Denunzianten und verdeckte Ermittler. Dabei machen die Freunde und Helferinnen in einschlägigen Fūmoar-Lokalen einen guten Teil der Stammkundschaft aus. So könnte es durchaus passieren, dass der nächste Zivi, der sich ohne Ausweis bedienen lässt, selbst wegen Hausfriedensbruchs vor dem Kadi landet. Während sein Chef oder mindestens der Polizeisprecher fröhlich im «Wulggi» vor sich herqualmt.

Persönlich könnte mir die Posse eigentlich wurscht sein. Denn schliesslich habe ich soeben einen neuen Ausweis erstanden. Nicht, weil ich die Fūmoar-Sache unterstützte. Im Gegenteil, der Verein ist mir zuwider. Und die meisten Fūmoar-Beizen sind selbst mir zu verraucht – und ungefähr so romantisch wie ein Fixerstübli oder das Raucherzimmer im Claraspital. Wieso ich trotzdem Fūmoar-Mitglied bin? Na, weil ich dazu genötigt wurde. Mein Hasch-Dealer verkehrt nämlich ausschliesslich in Fūmoar-Beizen.

DANI WINTER

Opfer-Täter-Schema wahrgenommen worden: Die Serben die Täter, die Kosovaren die Opfer. Marty's Bericht enthält noch keine strafrechtlich ausreichenden Beweise, sondern nur einen Anfangsverdacht, der weitere Ermittlungen auslösen sollte. Dass ein extremes Armutsgefälle und rechtsfreie Räume, wie sie in Kriegen entstehen, den Organhandel begünstigen, zeigt ein Interview mit SP-Nationalrätin Ruth Gaby Vermot Mangold in unserer Aus-

gabe 1.04 (S. 20 ff.). Sie hatte damals ebenfalls einen Europarat-Report über Organhandel verfasst. In jenem Interview sagte sie zur Sozialen Medizin: «Für mich gibt es zwei Arten von Opfern, die Menschen, welche aus Not ihre Organe verkaufen, und jene, die diese aus Verzweiflung und Hoffnung kaufen.» Das vollständige Interview ist abrufbar unter: <http://www.sozialemedizin.ch/?p=1536>



Atomkraft und die Gesundheit unserer Kinder

Wie gefährlich sind eigentlich Atomkraftwerke für die Gesundheit der Bevölkerung? Seit der Katastrophe in Tschernobyl vom April 1986 sind viele Menschen sensibilisiert für die dramatischen Gesundheitsschäden, die durch einen Super-GAU in einem AKW ausgelöst werden können. Manche sind damals mit ihrer Familie ausgewandert, z.B. auf die kanarischen Inseln, wo es keine Atomkraftwerke gab. Es war ja bekannt, dass Kinder durch schädliche Strahlung besonders gefährdet sind.

Im September 1990 sagten die Stimmberechtigten in der Schweiz ja zu einem Moratorium für Atomkraftwerke aus. Auch verschiedene andere Länder Europas beschlossen den Ausstieg aus der Atomenergie, z.B. Österreich, die Niederlande, Italien und

Schweden. Heute ist diese Haltung Vergangenheit. Viele Länder setzen wieder auf Atomkraft. Wir Schweizer werden in ca. drei Jahren über neue AKW-Projekte in unserem Land abstimmen. Konkret geht es um zwei Ersatzkraftwerke für Mühleberg und Beznau und ein neu zu erbauendes im Niederamt bei Gösgen. Die Stromkonzerne wollen uns die Atomenergie (wieder) als notwendig zur Vermeidung eines gefährlichen Strommankos und als klimafreundliche Lösung mit geringer CO₂-Emission verkaufen.

AKW und Leukämie

Aber die warnenden Stimmen wegen Gesundheitsgefährdung durch Atomkraftwerke sind nicht verstummt. Wissenschaftler weisen schon seit langem darauf hin, dass radioaktive Strahlung genetische Schäden und Krebserkrankungen, z.B. Leukämie, auslösen kann (vgl. Soziale Medizin 3.10 S. 22 ff.). Der unreife kindliche Organismus reagiert

auf solche Einflüsse zehnmal empfindlicher als der eines Erwachsenen. Zu bedenken ist, dass aus jedem AKW Radioaktivität freigesetzt werden kann, z.B. bei Pannen und Störfällen. Ebenso gefährlich ist die Wiederaufbereitung von Brennstäben und die Entsorgung bzw. Endlagerung radioaktiver Abfälle.

Im Dezember 2007 sorgte eine deutsche Studie zu diesem Thema für grosses Aufsehen. Das deutsche Kinderkrebs-Register an der Universität Mainz hatte in langjährigen Untersuchungen im Auftrag des deutschen Bundesamtes für Strahlenschutz ein eindeutiges Ja gefunden auf die Frage, ob Kinder, die in der Nähe von Kernkraftwerken aufwachsen, häufiger als andere an Krebs erkranken. Je näher am AKW, desto grösser das Risiko, an Leukämie zu erkranken, so lautete das Ergebnis. Der Untersuchungszeitraum umfasste 23 Jahre (1980 bis 2003). Durch Zufall liessen sich die Ergebnisse nicht erklären, obwohl manche Leute das gerne gehabt hätten.

Die Autoren der sogenannten KIKK-Studie (Kinderkrebs in der Nähe von Kernkraftwerken) distanzieren sich sogar von ihren eigenen Untersuchungsergebnissen, indem sie angaben, der Zusammenhang sei nicht eindeutig beweisbar. Der Druck von aussen war wohl zu gross.

Nicht wegzudiskutieren war, dass sich schon seit Jahren Krebserkrankungen von Kindern in der Nähe von Atomkraftwerken und Wiederaufbereitungsanlagen in verschiedenen Ländern häuften, und dies sogar bei Normalbetrieb der Anlagen ohne Pannen. So beobachtete man in den 1980er Jahren in Grossbritannien vermehrt Krebserkrankungen bei Kindern in der Umgebung der Wiederaufbereitungsanlage Sellafield. In den 1990er Jahren wurden in Deutschland dieselben Beobachtungen gemacht in der Nähe des Kernkraftwerks Krümmel bei Hamburg und in der Umgebung der bayrischen Atomanlagen. Konkret stieg die Erkrankungshäufigkeit, vor allem bei Kleinkindern unter 5 Jahren, um 60% bei allen Krebsarten und um 120% (!) bei Leukämie. Selbst bei einer Entfernung von 50 km vom AKW war die Erkrankungshäufigkeit noch vorhanden. Bekannt ist auch, dass Atomanlagen auch im sogenannten Normalbetrieb radioaktive Stoffe

an Luft und Wasser abgeben (z.B. schweren Wasserstoff und radioaktiven Kohlenstoff). Dies ist ganz legal.

Weniger Mädchen-Geburten

Neuerdings beschäftigt eine andere Studie in der Schweiz und in Deutschland die kritischen Bürger. In der Nähe von Kernkraftwerken wurden in beiden Ländern in den letzten 40 Jahren erheblich weniger Kinder geboren, vor allem Mädchen. Die werdenden Mütter erlitten vermehrt Fehlgeburten. Das ist ein Hinweis auf gravierende Schäden am Embryo.

Das alte Problem, wie wir zur Atomenergie stehen, kommt in neuer Form wieder auf uns zu. Die Rahmenbewilligungsgesuche für die drei geplanten Schweizer Atomkraftwerke sind bereits eingereicht. Nach dem Kernenergiegesetz kann über sie abgestimmt werden. Es wird diesmal also kein neues Kaiseraugst geben, wie 1975, als politische Aktivisten durch Besetzung des Baugeländes die Realisierung des Projekts schliesslich unmöglich machten. Städte wie Basel und Zürich haben sich bereits vom Atomstrom verabschiedet. Auch Bern und St. Gallen wollen, nach einer Abstimmung Ende November, in Zukunft auf Atomenergie verzichten, zugunsten erneuerbarer Energien.

Sorgen wir für eine breite Aufklärung in der Bevölkerung und damit für eine wohlüberlegte Ablehnung dieser Bauprojekte, wenn sie zur Abstimmung kommen! Haben wir den Mut, als Ärzte, Krankenpflegende, Physiker, Energiesachverständige und kritische Bürger zu dieser unberechenbaren und gefährlichen Energie nein zu sagen!

HELENE VERMEULEN, VUA^{**}

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



Zu diesem Thema auch Soziale Medizin 3/2010



Jim Aili / flickr

Nationalrat zur IV-Revision 6a

Drohbotschaft vor Weihnachten

Mit einer neuen Schlussbestimmung der IV-Revision 6a hat der Nationalrat in der Dezembersession Tür und Tor geöffnet für die Aufhebung zehntausender IV-Renten in den nächsten Jahren. Wahrlich eine Hiobsbotschaft für die davon betroffenen Versicherten und ihre Familien – zwei Wochen vor Weihnachten! Der Entscheid des Nationalrats ist für AGILE Behinderten-Selbsthilfe inakzeptabel. Sie fordert den Ständerat auf, diese Schlussbestimmung in der Differenzvereinbarung zu streichen.

Der Nationalrat hat bei der Beratung der IV-Revision 6a eine neue Formulierung der Schlussbestimmung verabschiedet, die weitreichende Folgen hat. Sie betrifft zehntausende IV-RentnerInnen mit Diagnosen, die organisch nicht erklärbar sind. Dies gilt etwa für klassische Krankheitsbilder wie Depressionen, manisch-depressive Störungen, Panik- und Angst-Störungen, Zwangsstörungen und andere. Die Renten dieser Versicherten können innerhalb von drei Jahren nach in Kraft treten der Revision gestrichen werden.

Für AGILE Behinderten-Selbsthilfe Schweiz ist diese Schlussbestimmung inakzeptabel, sie ermöglicht, dass künftig ganze Gruppen von der Invalidenversicherung ausgeschlossen werden.

Versicherte nur als Kostenfaktor

Die ParlamentarierInnen, die im Dezember über die Zukunft vieler Menschen mit Behinderung und mit chronischer Krankheit bestimmt haben, entschieden ohne Rücksicht auf die Betroffenen. Im Zentrum ihrer Entscheidungen standen lediglich Kosten, nicht jedoch die Menschen. So ist auch noch völlig unklar, wie die 17'000 IV-RentnerInnen zu Jobs kommen sollen, deren Renten bis 2018 gestrichen werden. Der Nationalrat hat nicht einmal eine befristete Quote als Minimalvariante für diese Versicherten akzeptiert.

Halbherziger Schritt Richtung Gleichstellung

AGILE ist enttäuscht, dass der Nationalrat kein Gehör hatte für die Verbesserungsvorschläge seiner Kommission. Die Einführung des Assistenzbeitrags ist ein wichtiger Schritt in Richtung Gleichstellung. In dieser Form bleibt der Assistenzbeitrag jedoch diskriminierend ausgestaltet. Menschen mit einer geistigen, einer psychischen, einer Hör- oder Sehbehinderung sind so weiterhin stark benachteiligt. Der Nationalrat hat diesen Schritt Richtung Gleichstellung halbherzig gemacht.

AGILE
Behindertenselbsthilfe Schweiz



Unethische US-Experimente mit Syphilis

Guatemalteken als menschliche Laborratten

Die Regierung Obama hat sich in Guatemala für skandalöse Menschenversuche mit Syphilis in den Jahren 1946 bis 1948 entschuldigt. Der Präsident von Guatemala stufte die «haarsträubenden Experimente» als Verbrechen gegen die Menschlichkeit ein und liess offen, ob er vor internationalen Instanzen Klage erheben werde.

Der amerikanische Public Health Service (PHS) hat in den Jahren 1946 bis 1948 in Guatemala skandalöse medizinische Experimente mit Syphilis durchführen lassen. Archivstudien von Susan M. Reverby, einer Professorin am Wesley College in Massachusetts, haben aufgedeckt, dass der PHS unterstützt von der panamerikanischen Gesundheitsbehörde und der Regierung Arévalo unethi-

sche Syphilisexperimente in Guatemala finanzierte. Leitender Arzt war Dr. John C. Cutler, der später auch an der Syphilis-Studie in Tuskegee (Alabama) teilnahm und diese auch noch in den 90-er Jahren verteidigte (zur Tuskegee-Studie siehe unten).

Das Penicillin war erst kurz vor 1946 in die Medizin eingeführt worden. Den PHS interessierten die Fragen, ob Penicillin nicht nur zur Behandlung, sondern auch zur Prävention der Syphilis-Infektion einsetzbar sei, ob bessere Bluttests für die Syphilisdiagnose entwickelt werden könnten, welche Penicillindosen zur Behandlung der Syphilis notwendig sind und welche Faktoren die Ansteckung der Syphilis bestimmen.

Häftlinge und Psychatriepatienten

Cutler wählte als Versuchspersonen männliche Häftlinge aus dem Nationalgefängnis und Frauen und Männer aus

der nationalen psychiatrischen Klinik Guatemalas. Insgesamt waren es 696 Versuchspersonen. Die Zustimmung wurde von den Behörden, nicht aber von den einzelnen Versuchspersonen eingeholt. Im Gefängnis benutzten die Ärzte syphilisinfizierte Prostituierte, um die Häftlinge anzustecken. Zudem wurden auch direkt Syphilis-Bakterien auf Penis und Vorderarme (nach vorheriger leichter Abschabung der Haut) inokuliert, wenn die «normale Exposition» keine Ansteckung zur Folge hatte. In wenigen Fällen wurde auch Rückenmarkpunkturen durchgeführt. Nach erfolgter Ansteckung wurden die Versuchspersonen mit Penicillin behandelt. Allerdings war nicht gesichert, dass wirklich alle eine wirksame Therapie erhielten, eine Person starb daher auch an der Krankheit. Die psychisch kranken Versuchspersonen wurden alle direkt über Inokulation in Wunden mit dem Syphilis-Erreger angesteckt. An insgesamt 438 Waisenkindern im Alter von 6 –16 Jahren wurden Blutuntersuchungen auf Syphilis vorgenommen, um die Ansteckung während der Schwangerschaft und Geburt zu erfassen.

Dem PHS war schon 1946 klar, dass diese Studie in grösster Art und Weise gegen geltende ethische Standards versties. So erklärte der damalige Surgeon General Thomas Parran unmissverständlich: «You know, wir konnten ein solches Experiment nicht in diesem Land (den USA) durchführen». Kurz zuvor hatte der Ärzeprozess in Nürnberg stattgefunden.

Erinnert sei auch daran, dass die United Fruit Company damals riesige Ländereien in Guatemala besass und das gesellschaftliche Leben weitgehend kontrollierte. Guatemala war im Wortsinn eine «Bananenrepublik». 1954 stürzte die CIA mit einem Staatsstreich die frisch gewählte Regierung Jacobo Arbenz, welche demokratische und soziale Reformen durchführen wollte. Mit Unterstützung der USA führten konservative Regierungen in Guatemala noch jahrelang einen schmutzigen Krieg gegen die Linksguerilla.

Wohlfeile Entschuldigung. Wo bleiben die Entschädigungen ?

Vor der Veröffentlichung in einer Fachzeitschrift wurden die Ergebnisse

der Reverby-Studie dem US-Gesundheitsministerium vorgelegt. Im Oktober 2010 entschuldigte sich die Regierung Obama für die unethischen Experimente vor 60 Jahren. Der guatemaltekeische Präsident bezeichnete die «haarsträubenden Experimente als Verbrechen gegen die Menschlichkeit». Mit Präsident Obama wurde die Einsetzung einer bilateralen Kommission vereinbart. Der Leiter des Menschenrechtsbüros der Erzdiözese sprach vom Missbrauch von Guatemala-Tecken als Laborratten und der Grupo Apoyo Mutuo forderte Entschädigungen für die Betroffenen und ihre Familien.

Die Tuskegee Studie in Alabama (1932 bis 1972)

Curler führte seine Syphilis-Studien in den USA weiter, unter anderem an «menschlichen Freiwilligen» im Sing Sing Gefängnis in Ossining in New York. Später in den sechziger Jahren arbeitete er an der berühmten Tuskegee-Studie in Alabama mit. Diese war eine gross angelegte Syphilis-Studie, die von 1932 bis 1972 durchgeführt wurde. «Tuskegee» ist heute eine Metapher für Rassismus und Paternalismus in der medizinischen Forschung. Die Studie wurde zuerst bekannt unter dem Titel «Untreated Syphilis in the male negro». Über 400 afro-amerikanische Männer mit Spätstadien der Syphilis wurden von den Forschern im Glauben gelassen, sie erhielten im Rahmen der Studie eine Behandlung gegen ihr «bad blood», wie die Syphilis im Volksmund hiess. In Tat und Wahrheit bestand die «Behandlung» aus unwirksamen Substanzen wie Aspirin, Tonika und Salben. Auch als mit Penicillin eine einfache und wirksame Behandlung zur Verfügung stand, studierten die Wissenschaftler im Auftrag des PHS weiterhin den natürlichen, d.h. den unbehandelten Verlauf der Syphilis. 1972 wurde erstmals in der Öffentlichkeit über die Tuskegee-Studie berichtet und erst 1997 entschuldigte sich Präsident Clinton bei Überlebenden. Curler selber verteidigte die skandalöse Studie noch in den 1990er Jahren.

ALEX SCHWANK

Motion Heim einstimmig überwiesen

Kinder brauchen sicherere Medikamente!

Arzneimittel für Kinder sollen speziell auf ihre Wirkung im kindlichen Körper überprüft werden.

Kindern werden in der Schweiz wie in anderen Ländern Medikamente verabreicht, deren Sicherheit und Wirksamkeit für den kindlichen Körper ungenügend untersucht sind. Dieser so genannte Off-Label-Gebrauch liegt bei den Neugeborenen in der Intensivmedizin sogar bei 90%. Das ist mehr als beunruhigend. In den Schweizer Kinderspitälern gibt es bei rund zwei Dritteln der standardmässig eingesetzten Arzneimitteln keine oder nur unklare Angaben für den kinderärztlichen Gebrauch. Das kann für Neugeborene und auch ältere Kinder verheerende Folgen haben. Weil Arzneimittel häufig nur oder ausschliesslich an Erwachsenen entwickelt werden, kann dies bei den kleinen Patienten zu gefährlichen Nebenwirkungen führen. Die Therapie und Heilung von Kindern, die an Folgen falscher Medikamentierung leiden, kosten heute laut Kontrollstelle Swissmedic den stolzen Betrag von jährlich 70 Millionen Franken.

Nach dem Nationalrat hat nun auch der Ständerat am 15. Dezember eine Motion von SP-Nationalrätin Bea Heim überwiesen, die dieses Problem aufnimmt. Die medikamentösen Therapien sollen auf den kindlichen Körper und Metabolismus besser abgestimmt werden kann. Die Motion will vermeiden, dass Kinder mangels Forschung und Absicherung des Medikamenteneinsatzes zu Versuchskaninchen werden. Die Motion verlangt eine ethisch verantwortbare Forschung, damit die Kinder nicht mehr dem Risiko ausgesetzt werden, ein Medikament nicht zu ertragen. Mit speziell für sie geprüften Arzneimitteln soll die Versorgung der Kinder verbessert werden. Die Schweiz soll den nationalen pädiatrischen Wissensaus-

tausch institutionalisieren und die internationale Forschungskooperation in der Kindermedikation fördern.

Die Motion zeigt bereits konkrete Wirkung. Im Dezember meldeten ChefärztInnen der Kinderkliniken, dass eine nationale Dokumentation betreffend Kindermedikation unter der Leitung



pete prosoehl / flickr

von Prof. Dr. Christoph Berger aufgebaut wird. Der Bundesrat will im Rahmen der Revision des Arzneimittelgesetzes bereits im nächsten Jahr für das auch von Felix Gutzwiller im Ständerat als wichtig bezeichnetes Anliegen die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen schaffen.

BEA HEIM

SP Nationalrätin Kanton Solothurn



Alltägliches aus Somalia

Ein Esel der Müllabfuhr ist alt geworden

Zwei Teams des Fördervereins «Neue Wege in Somalia» sammeln in der somalischen Stadt Merka mit Eselkarren jeden Tag grosse Mengen Abfall und entsorgen ihn in der Nähe des Meeres. Einer der Esel ist alt geworden. Er ist so schwach, dass er nur einmal pro Tag vor den Karren der Müllabfuhr gespannt werden kann. Jetzt soll ein junger, kräftiger Esel in der nahen Ortschaft Bulla Marer gekauft werden. Das wird 270 US Dollar kosten, also etwa 270 Franken.

Zwei Teams in Merka reinigen das Stadtzentrum und den Markt. Dies sind die belebtesten und die schmutzigsten Teile der Stadt. Die Zonen, in denen die beiden Gruppen arbeiten, sind sauber und die Gemeinde ist sehr zufrieden mit der Arbeit dieser Equipen. 19 Leute, hauptsächlich Frauen, arbeiten in diesen Teams. Pro Monat verdienen sie 80 Dollar, also rund 80 Franken. Das Sauberhalten des Marktes und des Zentrums ist sehr wichtig, um den Ausbruch von Seuchen, auch von Cholera zu verhindern.

Förderverein Neue Wege in Somalia

Der Förderverein Neue Wege in Somalia, gegründet von Vre Karrer, betreibt in Merka auch ein Ambulatorium, das jetzt versuchsweise von der Organisation Médecins du Monde übernommen und finanziert wird. In der Primarschule der Neuen Wege haben sich 264 Mädchen und 264 Knaben eingeschrieben. 240 Kinder der ärmsten Familien erhalten dreimal wöchentlich eine warme Mahlzeit. Die Sekundarschule, die vier Jahre dauert, besuchen 505 Schüler, wovon etwa ein Drittel Mädchen sind. Viele Eltern befürchteten, ihre Kinder könnten von der Al Shabaab rekrutiert werden. Einige wurden von ihren Eltern nach Saudiarabien geschickt, eine grosse Anzahl befindet sich jedoch nun in Flüchtlingslagern in Jemen oder Kenia. Einige Schüler wurden vermisst, weil sie von Al Shabaab eingezogen worden sind. Positiv zu vermerken ist, dass einige Schüler die die Sekundarschule in Merka abgeschlossen haben jetzt in Mogadiscio studieren. Deka, eine junge Frau, hat kürzlich begonnen an der Benadir Universität in Mogadiscio Medizin zu studieren. (Infos über diese Universität: www.benadiruniversity.net)

Wegen der sehr prekären Platzverhältnisse muss in der Primarschule in

einer Morgen- und einer Nachmittags-schicht unterrichtet werden.

Die Sekundarschule, die vier Jahre dauert, besuchen 505 Schüler, wovon etwa ein Drittel Mädchen sind.

Situation in Somalia

In Somalia herrscht seit 1991, seit dem Sturz des Diktators Siad Barre, Krieg; Hunger und Elend gehören zum Alltag. In diesem Jahr waren etwa 1,4 Millionen Menschen in Somalia intern vertrieben, dies bei einer Bevölkerung von etwa 9,1 Millionen. Weitere Hunderttausende flohen in Flüchtlingslager in den Nachbarländern, nach Kenia; sie flüchteten auch in Staaten der Arabischen Halbinsel, nach Nordamerika oder Europa. Waffen fehlen heute in Somalia nicht, sie werden von überall, auch von den USA und Europa angeliefert. Die Hoffnungen die anfänglich auf den neuen Präsidenten der Übergangsregierung, Sharif Sheikh Ahmed, gesetzt wurden, der seit anfangs 2009 im Amte ist, haben sich nicht erfüllt: Die Situation hat sich unter seiner Regierung nicht verbessert. Heute steht der grösste Teil Somalias unter der Kontrolle von fundamentalistischen islamischen Milizen, die gegen die Regierung in Mogadiscio kämpfen. Die Streitenden werden von äusseren Mächten unterstützt, wenn auch nur die Afrikanische Union offen mit Soldaten die Übergangsregierung aktiv stützt.

Die islamische Miliz Al Shabaab beherrscht administrativ und politisch auch die Stadt Merka. Sie mischt sich immer wieder in Angelegenheiten der Hilfswerke ein; zurzeit ist beispielsweise das Ambulatorium geschlossen. Der Ältestenrat und Leute der Administration versuchen den Konflikt beizulegen, damit das Ambulatorium, das einzige in diesem Stadtteil, wieder geöffnet werden kann.

Wer sich genauer informieren möchte, findet Informationen über den Förderverein Neue Wege in Somalia, gegründet von Vre Karrer, unter www.nw-merka.ch. In Somalia, in der Stadt Merka, ist auch Swisso Kalmo tätig. Dieses von Magda Nur-Frei gegründete Hilfswerk betreibt in Merka eine Tuberkulose Klinik. Infos unter www.swissokalmo.ch.

HEINRICH FREI



1,3 Milliarden Menschen werden ausgeschlossen

Aus diesem Grund sind Behandlungsgebühren, welche PatientInnen direkt aus der eigenen Tasche zu entrichten haben, ein Skandal. Der Weltgesundheitsbericht schätzt, dass dadurch 1,3 Milliarden Menschen keinen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen erhalten und 100 Millionen Menschen jährlich unter die Armutsgrenze gestossen werden. Je ärmer das Land, umso höher die Abhängigkeit von solchen Direktzahlungen. In 33 Ländern machen diese mehr als 50% der Gesundheitsausgaben aus. Sie schaffen nicht nur Ungerechtigkeit, sondern sind höchst ineffizient, da diejenigen, welche die Gebühren bezahlen können, tendenziell übertherapiert werden.

Der Weltgesundheitsbericht schlägt zur Gesundheitsfinanzierung Modelle vor, wie sie sich im späten 19. Jahrhundert mit der Sozialgesetzgebung entwickelt und nach dem 2. Weltkrieg mit dem Ausbau des Sozialstaates durchgesetzt haben. Diese Finanzierungsmodelle basieren auf Versicherungssystemen und Steuerbeiträgen. Vergleichbare Wege haben in jüngster Zeit auch China und die USA eingeschlagen. Letzteres Beispiel zeigt aber auch, wie schwierig die politische Umsetzung ist.

In der Erklärung von Abuja 2001 haben sich die afrikanischen Staaten verpflichtet, 15% ihrer Staatsausgaben für Gesundheit einzusetzen. Viele Staaten sind noch weit davon entfernt ihre Budgets darauf auszurichten – 19 Staaten geben gar prozentual weniger für Gesundheit aus als im Jahr, als sie die Erklärung unterzeichnet haben.

Gefordertes Engagement der Entwicklungsländer

Doch gibt es auch verschiedene positive Beispiele. Ruanda hat es in den vergangenen Jahren geschafft, ein Versicherungssystem einzuführen, mit welchem 91% der Bevölkerung gegen Krankheit versichert sind. Das System finanziert sich zur einen Hälfte aus Prämien und zur anderen aus staatlichen Beiträgen, die sich aus Steuern und Finanzhilfen der Entwicklungszusammenarbeit zusammensetzen. Die Einführung des Ver-

Der Weltgesundheitsbericht: Finanzierung von Gesundheitssystemen

Weltweite Armutsfalle kann beseitigt werden

Einhundert Millionen Menschen verarmen jedes Jahr, weil sie krank werden. Diese Zahl steht im jüngsten Weltgesundheitsbericht, den die WHO im vergangenen November publiziert hat – und der in den Schweizer Medien auf nur wenig Resonanz gestossen ist. Dabei widmet sich der Bericht der Finanzierung von Gesundheitssystemen – einem Thema also, das auch in der Schweiz ganz oben auf der politischen Agenda steht.

VON MARTIN LESCHHORN STREBEL

Das Ziel der Gesundheitsversorgung muss es sein, den Zugang zu den Gesundheitseinrichtungen für alle zu sichern. «Universal Health Coverage» ist hier der Schlüsselbegriff, der für die Übersetzung ins Deutsche vielschichtig ist. Er umfasst die Bereitstellung der notwendigen Gesundheitsinfrastruktur, den Zugang zu derselben wie auch die sozialen Sicherungs- und Finanzierungssysteme für die Nutzung der Gesundheitsversorgung. Nach der Definition der WHO-Mitgliedstaaten soll die «universal coverage» allen Menschen den Zugang zu den benötigten Gesundheitsdiensten – Vorbeugung, Behandlung und Rehabilitation – garantieren, ohne dass dadurch jemand riskiert, finanziell an den Abgrund zu gelangen.

sicherungssysteme in Ruanda führte zu einer vermehrten Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen – und einem Rückgang der Kindersterblichkeit.

Um in einem ressourcenarmen Umfeld Finanzmittel für die Gesundheitsversorgung zu generieren, sind innovative Modelle gefragt. Der Weltgesundheitsbericht hat einige davon evaluiert. Gabon führte 2009 Abgaben auf Geldtransaktionen und auf die Mobiltelefonie ein, womit rund 30 Millionen US-Dollars für die Gesundheitsausgaben generiert werden konnten. Erfolgsversprechend könnten auch Abgaben auf ungesunde Konsumgüter wie Zucker, Salz und natürlich Tabak sein. Bei letzterem weist der Weltgesundheitsbericht darauf hin, dass der reale Preis von Tabak an den Lebenshaltungskosten in 80 Ländern zwischen 1990 und 2000 gesunken ist.

Die Entwicklungsländer stehen also selbst in der Verantwortung, ihren Beitrag zur Finanzierung der gesundheitlichen Grundversorgung zu leisten – und es gibt durchaus innovative Ansätze. Der Weltgesundheitsbericht hält aber ebenso klar fest, dass einige Länder die notwendigen Mittel nicht ohne finanzielle Unterstützung der Staatengemeinschaft aufbringen können.

Steiniger Weg

Doch die Abschaffung der Behandlungsgebühren zugunsten einer Lösung, welche die Gesundheitsversorgung bezahlbar macht, ist beschwerlich und voller Fallstricke. Sierra Leone hat im April 2010 die kostenlose medizinische Betreuung von Schwangeren, stillenden Müttern und Kindern unter fünf Jahren eingeführt.

Die Regierung von Sierra Leone rechnet mit Kosten von rund 34 Millionen US-Dollars. Zur Finanzierung erhöht sie die Gesundheitsausgaben von 7,8% auf 9% des Staatsbudgets. Doch Sierra Leone ist auf ausländische Hilfe angewiesen: Rund die Hälfte des Programms bezahlen das Entwicklungsdepartement Grossbritanniens, die Weltbank und der Globale Fonds. Neuste Berichte der Weltbank rechnen unterdessen mit deutlich höheren Kosten, wobei noch nicht klar ist, wie diese gedeckt werden kön-



Damit die Schweiz ihre Versprechungen hält und bedeutend weniger Menschen auf der Welt wegen Krankheit in die Armutsfalle tappen, verlangt die Studie ein deutlich stärkeres Engagement

nen. Sollten die internationalen Geldgeber das Interesse an dem Projekt verlieren, könnte Sierra Leone dieses wohl begraben. Zurück bliebe eine Ruine und ein Imageschaden für die Regierung – nannte der Gesundheitsdirektor den Start des Projektes doch als neben dem Ende des Bürgerkrieges wichtigstes historisches Ereignis des Landes.

Geforderte Staatengemeinschaft – zurückhaltende Schweiz

Die internationale Staatengemeinschaft ist also gefordert, dazu beizutragen, dass die Gesundheitssysteme in den ärmsten Ländern nachhaltig finanziert werden können. Referenzpunkt dazu sind die Versprechungen, welche die

entwickelten Länder im Rahmen der Millenniumsziele gemacht haben. Die vom Netzwerk Medicus Mundi Schweiz geführte Fachplattform aidsfocus.ch hat in einer Studie nachrechnen lassen, dass die Schweiz noch immer weit hinter ihren Versprechungen herhinkt.

In einer aufwendigen Recherche ermittelte die Studie einen den Gesundheitsentwicklungszielen angemessenen Betrag von 545 Millionen Franken fürs Jahr 2010. 2008 wurden allerdings nur 128 Millionen in die weltweite Gesundheitsförderung investiert. Die Studie folgert, dass zwischen 2008 und 2010 eine Erhöhung der gesundheitsrelevanten Entwicklungshilfe-Leistungen um das Vier- bis Fünffache erforderlich gewesen wäre. Damit die Schweiz ihre Versprechungen hält und bedeutend weniger Menschen auf der Welt wegen Krankheit in die Armutsfalle tappen, verlangt die Studie ein deutlich stärkeres Engagement: «Dafür ist nicht nur die gesamte Entwicklungshilfe zu steigern, der Gesundheitsförderung sollte auch eine deutlich höhere Priorität in der Mittelverteilung beigemessen werden. Die im letzten Berichtsjahr (2008) verzeichnete Aufstockung der für den Gesundheitsbereich mobilisierten Ressourcen reicht jedenfalls nicht annähernd, um auf diesem Weg voranzukommen.»

Martin Leschhorn Strebel ist Mitglied der Geschäftsleitung des Netzwerks Medicus Mundi Schweiz. mleschhorn@medicumundi.ch

aidsfocus.ch conference 2011

Linking HIV and reproductive and sexual health and rights

UNAIDS, the International AIDS Society, the Global Fund and other international bodies are aware of the need of better integration of HIV/AIDS, reproductive and sexual health and rights and other key health priorities. At the local level, many NGOs already work in an integrated way. However, many challenges emerge: If HIV prevention and care are integrated into reproductive health services and family planning clinics, how will groups most at risk such as young girls and boys, MSM, sex workers etc. be reached? How can the sexual and reproductive health needs of women and young girls living with and affected by HIV/AIDS be addressed?

Thursday, 7th April 2011
Kornhausforum, Bern
www.aidsfocus.ch; info@aidsfocus.ch

Quellen
Health Systems Financing: The path to universal coverage. The World Health Report. Ed. by the World Health Organization, Geneva 2010.

Felicity Thompson: Now it's free, how to pay for it? Sierra Leone's dilemma. In: Bulletin World Health Organization 2010; 88:883-884.

Engagement gegen Aids – Versprechen sind nicht genug! Zivilgesellschaftliche Bestandsaufnahme der Finanzierungsbeiträge für die Verwirklichung der internationalen Verpflichtungen zu HIV/Aids durch Deutschland, Österreich und die Schweiz. Eine Studie des Aktionsbündnis' gegen Aids, aidsfocus.ch und des Österreichischen Aktionsbündnisses gegen Aids. Juli 2010

Forschung will freie Bahn für Tierversuche

An einer zweitägigen Konferenz in Basel Ende November verfochten ForscherInnen die Notwendigkeit von Tierversuchen für die biomedizinische Grundlagenforschung. Anlass war die neue Tierschutzdirektive des Europaparlamentes. Sie sieht europaweit einheitliche Regelungen für Tierversuche vor.

Die Schweizer VertreterInnen sehen die Forschungsfreiheit auch durch eine bundesgerichtliche Entscheidung aus dem Jahr 2009 in Gefahr. Damals wurden in Zürich zwei Versuche an Rhesus-Affen verboten. Der Basler Appell gegen Gentechnologie nahm an der Konferenz als Beobachter teil und kritisierte die Veranstaltung anschliessend in einer Medienmitteilung. Angesichts der horrenden Zahlen von Versuchstieren sind die Bedenken der Forscher absurd: 2009 wurden in der Schweiz insgesamt 706'104 Versuchstiere «verbraucht», davon entfallen allein 310'907 auf die Grundlagenforschung. Zwei verbotene Versuche dürften da kaum ins Gewicht fallen.

Zum Abschluss der Konferenz wurde die «Basler Deklaration» verabschiedet: Die ForscherInnengemeinde will auf keinen Fall strengere Rahmenbedingungen akzeptieren. Es sei kein medizinischer Fortschritt möglich, Krankheiten könnten nicht mehr erforscht werden, die Gesellschaft würde darunter leiden und vor allem sei der Forschungsplatz Schweiz in Gefahr. Die biomedizinische Forschung wurde dabei wieder einmal als zukünftiges Allheilmittel propagiert.

Der Basler Appell gegen Gentechnologie warnt davor, den Forderungen aus Industrie und Forschung nachzugeben. Vielmehr muss das Tierschutzgesetz konsequent angewendet werden. Ge-

setzliche Rahmenbedingungen müssen auch ethischen Erwägungen Rechnung tragen und dürfen nicht den Wünschen einzelner Forschenden oder den finanziellen Interessen der Industrie angepasst werden.

Der Basler Appell gegen Gentechnologie sieht seine Bedenken hinsichtlich einer einseitigen Forschungsförderung bestätigt. Die an den Schweizer Universitäten verwendeten Beträge für Tierversuche belaufen sich auf jährlich hunderte von Millionen Franken, einen guten Teil davon trägt die öffentliche Hand. Laut der Eidgenössischen Finanzkontrolle kostet allein die Haltung der Versuchstiere die Steuerzahler jährlich 82 Millionen Franken. Hingegen beträgt das jährliche Budget für die Entwicklung von Alternativen zu Tierversuchen gerade mal 800'000 Franken.

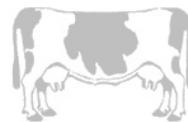
Der Basler Appell gegen Gentechnologie verlangte in seiner Medienmitteilung die konsequente Einhaltung des Tierschutzgesetzes und ruft dazu auf, die Entwicklung von Alternativmethoden ausreichend zu unterstützen



Humanforschungsgesetz ab März im Plenum

Die Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur des Nationalrats (WBK-N) schloss die Beratungen über das Humanforschungsgesetz (HFG) Mitte November bereits ab. Eine zweite Lesung sowie die GesamtAbstimmung werden im Januar 2011 in Angriff genommen. Es scheint, als bliebe die bun-

desrätliche Version der Gesetzesvorlage mehrheitlich bestehen. In den Medienmitteilungen der Wissenschaftskommission zur Detailberatung wurde nur auf einige wenige Differenzen hingewiesen. Es bleibt abzuwarten, ob bei der Diskussion im Plenum weitere Anträge hinzukommen werden. Das Humanforschungsgesetz wird voraussichtlich ab März 2011 im Nationalrat debattiert.



Krebsrisiko nach Gentherapie

Eine Gruppe von MedizinerInnen um Marina Cavazzana-Calvo und Philippe Leboulch von der Universität Paris haben einen Gentherapie-Versuch an einem an Beta-Thalassämie erkrankten 18-jährigen veröffentlicht. Bei der Beta-Thalassämie kann der Körper nicht genug Hämoglobin produzieren, was auf eine Veränderung in der DNA-Sequenz des Beta-Hämoglobins zurückgeführt wird. Schwer Erkrankte müssen regelmässig Bluttransfusionen erhalten. Die genetische Veränderung körpereigener Blutstammzellen soll die aufwändige Suche nach passenden Knochenmarkspendern ersetzen. Im Fall des 18-jährigen wurden die Blut bildenden Stammzellen aus dem Knochenmark des Patienten in einer Nährlösung vervielfacht und mit einem Lentivirus infiziert (Lenti-Viren sind Retroviren, die einen einzelnen RNA-Strang in sich tragen). Dieses ist gentechnisch so verändert, dass es die für die Hämoglobin-Produktion relevante Sequenz enthält. Die Integration des viralen Genoms in die DNA der Stammzelle ist nicht kontrollierbar. Die Stammzellen, bei denen die Veränderung gelang, wurden dem Patienten wieder zurück injiziert. Der Eingriff wurde vor drei Jahren durchgeführt. Etwa ein Drittel der Blutzellen werden bei dem 18-jährigen mittlerweile durch die gentechnisch veränderten Stammzellen produziert. Seit 21 Monaten sei keine Bluttransfusion mehr nötig gewesen.

Der verwendete Virus ist ein Produkt des US-amerikanischen Biotech-Unternehmens «bluebird bio». Marina Cavazzana-Calvo und Philippe Leboulch gehören zu den wissenschaftlichen BeraterInnen der Firma. Die Erfolgsnachricht ist nicht nur deshalb mit Vorsicht zu geniessen. Die durchführenden MedizinerInnen warnen in der Zeitschrift «Nature» davor, dass bei dem 18-jährigen das Krebsrisiko deutlich erhöht ist. Vor einem Jahr wurde eine vermehrte Expression des an der Tumorbildung beteiligten HMGA2-Gens sowie eine übermässige, wenn auch bisher gutartige Ausbreitung der genmanipulierten Stammzellen festgestellt.



Menschenversuch gestartet

Im Sheperd Klinikum in Atlanta ist eine Versuchsreihe am Menschen, Querschnittslähmung mit embryonalen Stammzellen zu heilen, gestartet worden. Dem betroffenen Patienten wurden 2 Millionen Zellen ins Rückenmark gespritzt. Um die bei Stammzelltherapien übliche Tumorbildung zu verhindern, sind aus den embryonalen Stammzellen in der Petrischale zuvor teilspezialisierte Zellen, sogenannte «oligodendrozyte» Stammzellen, gezüchtet worden. Diese sollen das Zusammenwachsen der Nervenzellen im Rückenmark unterstützen. Finanziert wird der Versuch vom US- Biotechunternehmen «Geron» aus Menlo Park bei San Francisco. Geron hat eine Zulassung der Food and Drug Administration für Versuche an zehn Patienten erhalten. Bedingung ist, dass die Versuchspersonen erst kurz vor der Behandlung durch einen Unfall gelähmt wurden. Die Behandlung älterer Querschnittsgelähmter mit Stammzellen gilt als aussichtslos. Im Fall eines glücklichen Ausgangs ist der zu erwartende Erkenntnisgewinn für die Behandlung von Querschnittsgelähmten jedoch äusserst gering. Die

Versuchsreihe von Geron zielt vor allem darauf ab, die Tumorbildung durch embryonale Stammzellen kontrollieren zu lernen. David Prentice, zuständig für den Bereich Lebenswissenschaften beim US-amerikanischen Family Research Council, äusserte gegenüber der Washington Post die Vermutung, es gehe Geron lediglich um die Aktienkurse und nicht wirklich darum, Patienten zu heilen.



Europas Biobanken werden vernetzt

Um biomedizinischer Forschung endlich den uneingeschränkten Zugriff auf die schon jetzt an verschiedenen Orten gelagerten Gewebeproben zu ermöglichen, wird an einer europaweiten Vernetzung aller Biobanken gearbeitet. BBMRI, also «Biobanking and Biomolecular Resources Research Infrastructure», nennt sich das Projekt und hat die EU bereits in der Planungsphase 5 Millionen Euro gekostet. Kurt Zatloukal ist Professor an der medizinischen Universität Graz und verantwortlich für die Koordination. Seine Universität beherbergt derzeit auch die grösste strukturierte Biobank Europas mit mehr als 3 Millionen Gewebeproben von 900'000 PatientInnen bei einem Einzugsgebiet von rund einer Million Menschen. Das Biobankennetzwerk hat jetzt den Status European Research Infrastructure Consortiums beantragt. Zehn Gründungsmitglieder gibt es bereits, Deutschland ist unter anderem mit dem Fraunhofer-Institut für Biomedizinische Technik und dem Helmholtz Zentrum für Gesundheit und Umwelt in München beteiligt. Nach der Überprüfung des Projekts durch die EU-Kommission soll das Biobankennetzwerk in der ersten Jahreshälfte 2012 das operative Geschäft aufnehmen. Neben der Unterstützung von Forschung ist ihm auch die Funktion der Schnittstelle zwischen Forschung und Wirtschaft zugeordnet. Die

kommerzielle Verwertung der in den Biobanken gelagerten Gewebeproben durch die Pharmaindustrie ist fest eingeplant. Für diejenigen, deren Gewebeproben da europaweit vernetzt werden, ist in Zukunft dann kaum mehr nachvollziehbar, an welcher Forschung ihre Körperzellen beteiligt sind. Sie sind mit Sicherheit nicht diejenigen, die vom Projekt profitieren werden. Darauf werden die Stakeholder schon achten.

In seinem Mehrjahresprogramm (2012-2016) schreibt der Schweizerische Nationalfonds, dass auch in der Schweiz breit vernetzte und allgemein zugängliche Biobanken gefördert werden sollen. Solche Biobanken müssen laut Nationalfonds allerdings einem definierten Forschungsziel dienen und von einem Konsortium getragen werden.

Bitte schicken Sie mir gratis folgendes Info-Material:

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

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

Sie finden uns auch unter www.baslerappell.ch



Leo Reynolds / Flickr

bryonen bzw. in der Petri-Schale gezeugten «Lebewesen» tun darf und was eben nicht? Zu weiteren Informationen bzgl. Embryonenforschung vgl. auch Kap. 3 in: Wiesemann/Biller-Andorno (2005, 29ff). Die hier aufgeworfene Fragestellung lautet aus moralischer Sicht: Ist es geboten, mit diesen Zellen nichts zu machen oder – im Gegenteil – ist es gerade geboten, mit diesen befruchteten Eizellen zu forschen?

Darstellung der Position von Spaemann: Ängste

Spaemann führt an, dies mit Verweis auf Huxley, dass die Gesellschaft nicht nach planwirtschaftlich ausgerichteten Vorstellungen zu konzipieren ist. Als Beweis führt er als Analogie den Niedergang der kommunistisch regierten Länder (Spaemann, 2001, Ab. 4) an. Bei der Gentechnologie, so Spaemann weiter, ist es allerdings schlimmer, weil die erzielten Folgen irreversibel sind (ders. Ab. 5). Wenn man aber den Genpool verändern würde, ergäbe sich nach Spaemann immer noch die Frage: Wohin? In welche Richtung soll sich der Mensch verändern bzw. soll sich der Mensch überhaupt verändern? Spaemann bezieht hier klar Position, indem er sagt, und er verweist hierbei auf Jonas (1984), technologische Manipulation wie z. B. das Klonen von Zellen komme einer «Perversität» (ders. Ab. 7) gleich. Eventuell als Gegenargument liesse Spaemann die Genterapie gelten, weil hier die Zielsetzung das Vermeiden von Krankheiten ist. Aber auch dieses Argument verwirft er, indem er dieser Absicht lediglich ein Streben nach Glück (eudaimonia) unterstellt, währenddem Spaemann davon ausgeht, dass Schmerzen zum Mensch-Sein gehören und nicht wegtherapiert werden können bzw. sollen.

Im zweiten Teil seines Aufsatzes thematisiert Spaemann das «therapeutische Klonen» und wirft diesem Begriff «Irreführung» (ders. Ab. 12) vor. Nach Spaemann geht es hier nicht um Therapie, sondern um Tötung, und stellt somit einen Verstoß gegen die Menschenwürde dar. Spaemann nimmt an dieser Stelle auch Bezug zum Dammbuch-Argument (ders. Ab. 13) und verweist implizit auf die Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland.

Der Status des Fötus

Angst versus Hoffnung

Was darf die Wissenschaft mit Embryonen beziehungsweise in der Petri-Schale gezeugten «Lebewesen» tun und was nicht? Hier ein Plädoyer für die Zulässigkeit des therapeutischen Klonens unter strengen Bedingungen.

Zur Diskussion stehen in diesem Beitrag zwei Texte von Spaemann (2001) und Merkel (2001). Deshalb will ich zuerst die beiden Positionen darstellen. Dabei ist es mir wichtig, die jeweiligen prototypi-

schen Inhalte bzw. Gehalte darzustellen. Deshalb verzichte ich auf die Wiedergabe diverser Nuancen und Verästelungen in der Argumentation der beiden Protagonisten. Dies erhöht die Klarheit, geht aber auf Kosten einer exakten und umfassenden Darstellung. Ein weiterer Vorteil dieser «reduzierten» Darstellung der beiden Positionen, die man – zusammenfassend – als Position der Ängste bzw. der Hoffnung bezeichnen kann, liegt darin, dass die Wiedergabe der Argumente entpersonalisiert wird. D.h. die Verfasser der Inhalte treten in den Hintergrund.

Es geht um die Frage, was der Mensch bzw. die Wissenschaft mit Em-

Wichtig erscheint mir an dieser Stelle, dass Spaemann davon ausgeht, dass dem menschlichen Leben bereits ab dem Zwei-Zell-Stadium uneingeschränkte Würde zukommt (Potentialitäts-Argument). Er verweist in diesem Zusammenhang auf eine «Menschheitsethik» (ders. Ab. 22). Deshalb zieht er das Fazit, die biologische «Zugehörigkeit zur Menschheitsfamilie» (ders. Ab. 24) sei das einzige zulässige Kriterium, um zu beurteilen, was mit den befruchteten Zellen geschehen kann: nämlich nichts, weil ansonsten die Menschenwürde verletzt würde. So ist es aus seiner Sicht nur logisch, dass er eine Unterscheidung in Menschen- und Personenrecht völlig ablehnt.

Darstellung der Position von Merkel:

Hoffnung

Merkel nimmt eine diametral entgegengesetzte Position zu Spaemann ein. Sein Fazit vorneweg: Es gibt für den Embryo kein Recht auf Leben und Menschenwürde (Merkel 2001, Ab. 4) bzw. keine ethischen Gründe, so ein Recht zu fordern geschweige denn zu etablieren. Merkel untermauert diese These mit vier Argumenten, wobei er, zumindest teilweise auf Argumente von Spaemann eingeht. Diese vier Argumente bzw. ihre Widerlegung durch Merkel decken ein sehr weites Spektrum der Fragestellung ab, was mit extraterin gezeugten Embryonen geschehen kann bzw. nicht. Ich stelle sie deshalb im folgenden in der hier gebotenen Kürze dar. Eine ausführlichere Darstellung dieser vier Argumente (auch SKIP-Argumente genannt) findet sich bei Damschen/Schönecker (2003, 2ff).

Spezies

Das Spezies-Argument ist nicht haltbar, weil es dem naturalistischen Fehlschluss, wie Merkel dies benennt, unterliegt. Das heisst: Von biologischen Fakten kann nicht auf ethische Normen geschlossen werden. Nur am Rande sei hier angemerkt, dass Schaber (in Düwell u.a. (Hrsg.) 2006, 454ff) den naturalistischen Fehlschluss völlig anders definiert. Es ist deshalb wohl sinnvoller, in diesem Zusammenhang nach Höffe (2001) von einer Sein-Sollens-Schranke,

die nicht überwunden werden kann bzw. darf, zu sprechen.

Kontinuum

Nach Merkel unterliegt auch das Kontinuumsargument einem altbekannten Fehlschluss (ders. Ab. 24). Er beruft sich hierbei auf die Tatsache, dass ein Paradox dergestalt existiert, dass es zwar bei einer Sache (z. B. Körpergrös-

auch, um eine «hinkende Analogie» handelt – bei Prinz Charles geht es um eine soziale Zuweisung und beim Embryo um eine biologische Entwicklung – entwertet den Vergleich nicht.

Identität

Beim vierten (Gegen-)Argument, der Identität, bemüht Merkel wiederum die Regel, dass vom Sein (biologische



Was für Spaemann spricht, sind weniger seine Argumente, sondern seine Angst, dass z. B. mit dem therapeutischen Klonen Missbrauch getrieben werden kann. Diese Ängste sind ernst zu nehmen und eine Reihe von Veröffentlichungen, insbesondere aus dem Behindertenbereich, legen hierfür beredtes Zeugnis ab

se, Helligkeit) Abstufungen geben kann, dass man aber dennoch nicht von «scharfen Einschnitten» (ders. Ab. 25) sprechen kann.

Potentialität

Das dritte Argument der Potentialität widerlegt Merkel mit dem nach Singer (1994, 199) benannten ‚Prinz-Charles-Argument‘. Dieser ist Prinz und somit potentieller König, aber er ist es eben noch nicht. Andererseits, aber dies hebt das Argument nicht auf, kann hier ins Feld geführt werden, dass man Prinz Charles eben doch anders begegnet als z. B. dem «Mann auf der Strasse», weil bei diesem die Potentialität, englischer König zu werden, verschwindend klein ist. Das ist bei Prinz Charles anders und deshalb kann man schliessen, dass es – bis zu einem gewissen Grad – Sinn machen kann, dem menschlichen Embryo, egal ob extra- oder intrauterin gezeugt, als potenziell menschliches Wesen (nicht Person) mit einer gewissen, graduell abgestuften Würde-Anerkennung zu begegnen. Dass es sich bei dieser Analogie, wie im Grunde bei jeder anderen

Eigenschaften) nicht auf das Sollen (Menschenwürde/Lebensschutz) geschlossen werden kann. Merkel führt als Beispiel die Ablösung bzw. Hinzufügung von Blastomeren an und weist nach, dass es in diesem frühen Stadium der embryonalen Entwicklung keinerlei Sinn machen kann, von einer eigentlichen Identität zu sprechen.

Vorläufiges Fazit bzgl. der beiden Autoren

Wie eingangs als These formuliert, hält Spaemann eine Verwendung von menschlichen Embryonen bzw. fetalen Zellen für verwerflich («pervers»). Merkel hingegen hält Forschung an fetalen Zellen sogar für moralisch geboten. Gemeinsamkeiten dieser beiden Autoren vermag man beim besten Willen nicht zu erkennen.

Bei den nun folgenden Ausführungen, in denen ich versuchen werde a) eine Wertung der beiden o.e. Positionen vorzunehmen sowie b) einen eigenen Standpunkt zu formulieren, beschränke

ich mich ausschliesslich auf die Frage nach dem Status des Embryos im extrauterinen Zustand.

Darstellung einer eigenen Position

Festzuhalten ist, dass die hier angesprochenen Technologien ganz neue Formen des Eingriffs in die Substanz menschlichen Lebens (Beck-Gernsheim 1991) eröffnen. Wie hier aufgezeigt, lösen diese neuen Entwicklungen, die immer weiter voranschreiten, Ängste und Hoffnungen aus. Es ist deshalb eine persönliche Wertung, wenn man eher zu Hoffnungen als zu Ängsten neigt. Neue Technologien bedeuten aber, dass man/frau sehr sensibel darauf reagieren sollte, wie diese in unser aller Leben eingreifen bzw. eingreifen können. Diese Position könnte man als eine psychologisch fundierte Weltanschauung grundsätzlicher Natur bezeichnen.

Bei Spaemann lassen sich einige Argumentationsstränge benennen, die wenig überzeugend sind. Etwa der Vergleich mit der sozialistischen Planwirtschaft sowie sein Verweis auf den Nationalsozialismus. Ebenso geht er mit der Regel der Sein-Sollen-Schranke recht locker um, bzw. berücksichtigt diese gar nicht. Was für Spaemann spricht, sind weniger seine Argumente, sondern seine Angst, dass z. B. mit dem therapeutischen Klonen Missbrauch getrieben werden kann. Diese Ängste sind ernst zu nehmen und eine Reihe von Veröffentlichungen, insbesondere aus dem Behindertenbereich, legen hierfür beredtes Zeugnis ab (z. B. Kobusch, in: Bundesverband 1992, 5). Hier wird immer wieder der Tenor vernehmbar, dass medizinische Hochtechnologie einer gewissen Form der Menschlichkeit, auf die ja auch Spaemann (Menschheitsethik) rekurriert, verlustig gehen würde. Genau die gleichen Ängste werden thematisiert im Kapitel: «Gegen die Bedrohung menschlichen Lebens durch Gentechnik, Humangenetik und Eugenik» (vgl. Bundesverband 1992, 6).

Dennoch kann man zum Schluss gelangen, dass auf einer analytischen Ebene insbesondere die vier von Merkel ins Feld geführten Argumente bzw. seine jeweilige Widerlegung, bis auf eine Einschränkung, überzeugend sind.

Dabei handelt es sich um das Potentialitätsargument. Dieses kann man,

wie Merkel das auch darstellt, ebenfalls als nicht ausreichend ansehen, um eine Schutzwürdigkeit für einen extrauterinen «Zellhaufen» zu fordern. Aber die Analogie der Andersbehandlung, wie sie beim Prinz-Charles-Argument formuliert worden sind, ergeben eine höhere Wertung in der Behandlung von befruchteten Eizellen, die man mit einer erhöhten Sorgfaltspflicht umschreiben könnte. Gestützt wird diese Argumentation noch durch die Analogie, die Merkel bei dem Beispiel des Brandes im Labor aufzeigt. Bei einem Brand würde man eher den Embryo (oder auch einen Säugling) retten als Tausend befruchtete Eizellen. Dies würde eher für das Potentialitätsargument sprechen. Merkel ordnet dieses Beispiel anders ein. Aber darum geht es mir hier nicht. Es ist eher ein Beweis dafür, wir eher von einer Schutzwürdigkeit sprechen bzw. diese dem Objekt zugestehen wollen, wenn dessen Entwicklung einen höheren (weiteren) Stand erreicht hat.

Schlussbetrachtung

Eine Potentialität ergibt noch keine Schutzwürdigkeit bzw. rechtfertigt kein Verbot des therapeutischen Klonens bzw. der Forschung an extrauterin gezeugtem Leben. Nichtsdestotrotz sind es zwei Gegebenheiten, die es dabei zu berücksichtigen gilt.

Da sind zum einen die Ängste der Gegner solchen Tuns. Es ist sicherlich nicht korrekt und auch nicht fair, diese abzutun bzw. zu ignorieren. Deshalb erscheint eine umfassende Informationspolitik in diesem Bereich absolut zwingend. Die Öffentlichkeit hat ein Recht darauf, umfassend über den Stand der Forschung in diesem Bereich informiert zu werden. Dabei handelt es sich nicht um eine Hol-, sondern um eine Bringschuld. Ich plädiere abschliessend für eine Relativierung des Schutzgebotes (vgl. Körner, in: Körner (Hrsg.), 1992, 312) auch von extrauterin gezeugten Zellen.

Zum anderen kann technischer Fortschritt nicht aufgehalten werden. Forschung und Weiterentwicklung sind dem Menschen inhärente Wesenszüge. Auch der Verweis von Spaemann, Jonas quasi als eigenen Vertreter für sich zu reklamieren, überzeugt nicht ganz, spricht doch Jonas von «einer Kritik der

Utopie zur Ethik der Verantwortung» (Jonas, 1984, 442). Verbote, die Forschung unterbinden wollen, obwohl diese von einem grossen Teil der Gesellschaft gewünscht wird, lassen sich nicht aufrecht erhalten. Die Beispiele in der Geschichte der Menschheit, in der neue Entwicklungen kritisch betrachtet und dann umgesetzt wurden, sind Legion. Aufhalten liessen sich diese Entwicklungen nie. Es geht vielmehr darum, Technikfolgenabschätzung zu betreiben und sich kritisch mit neuen Entwicklungen auseinander zu setzen. Ich plädiere also dafür, dass z. B. therapeutisches Klonen bzw. dessen Erforschung mit einer gebotenen Informationspflicht sowie strengen (politisch legitimierten) Auflagen durchgeführt werden darf.

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

Literatur

- Beck-Gernsheim, E.:** Technik, Markt und Moral. Über Reproduktionsmedizin und Gentechnologie. Frankfurt/M. 1991
- Bundesverband** für spastisch Gelähmte u. andere Körperbehinderte e.V.: Eingriffe – Angriffe. Über die Bedrohung menschlichen Lebens durch medizintechnische u. gesellschaftliche Entwicklungen. Düsseldorf 1992
- Damschen, G./Schönecke, D.** (Hrsg.): Der moralische Status menschlicher Embryonen: Pro und Contra Spezies-, Kontinuitäts-, Identitäts- und Potentialitätsargument. Berlin 2003
- Höffe, O.:** Wessen Menschenwürde? Was Reinhard Merkel verschweigt und Robert Spaemann nicht sieht. In: Geyer, C. (Hrsg.), Biopolitik: Die Positionen. Frankfurt/M. 2001
- Jonas, H.:** Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation. Frankfurt/M. 1984
- Körner, U.:** Mensch von der Zeugung an? Über den Beginn und die Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens. In: Körner, U. (Hrsg.): Ethik der menschlichen Fortpflanzung. Ethische, soziale, medizinische und rechtliche Probleme in Familienplanung, Schwangerschaftskonflikt und Reproduktionsmedizin. Stuttgart 1992
- Merkel, R.:** Rechte für Embryonen? In: Die Zeit, 5/2001
- Schaber, P.:** Naturalistischer Fehlschluss. In: Düwell, M. u.a. (Hrsg.): Handbuch Ethik. Stuttgart 2006/2, 454ff
- Singer, P.:** Praktische Ethik. Stuttgart 1994. 2. Aufl.
- Spaemann, R.:** Gezeugt, nicht gemacht. In: Die Zeit, 4/2001
- Wiesemann, C./Billier-Andorno, N.:** Medizinethik. Für die neue AO. Stuttgart 2005

Ziel erreicht – ein anspruchsvolles Projekt ist vollendet:

Neues Kinderspital beider Basel

Am 29. Januar 2011 ist auf dem Areal des ehemaligen Frauenspitals in Basel der Neubau des Universitäts-Kinderspitals beider Basel UKBB eröffnet worden. Dieses Datum bildet den Abschluss eines politischen Prozesses, der 1978 begann, zu teilweise harten politischen Auseinandersetzungen führte und bis zum heutigen Tag andauert.

von Arnold Amacher

Facharzt für Kinder und Jugendliche, Lungenerkrankheiten, ehem. Präsident der Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin Regio Basel

Das erste Kinderspital der Schweiz wurde 1862 in Basel eröffnet. 2011 erhält die Nordwestschweiz nun ein modernes, nach neuesten Erkenntnissen erbautes und Optimismus ausstrahlendes Universitäts-Kinderspital: das erste partnerschaftlich erbaute Projekt in der Region Nordwestschweiz, das durch die beiden Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt als öffentlich-rechtliche Institution gemeinsam geführt und bezahlt wird. Weitere Superlative sind die Bauausführung im Minergie-Standard, die Solaranlage auf dem Dach und vor allem die farbenfrohe Fassade und das lichtdurchflutete Gebäude.

Erste Schritte

Im Frühjahr 1978 gelangte die Gesellschaft der Kinderärzte von Basel und Umgebung (heute Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin Regio Basel) an die Regierungen von Baselland und Basel-Stadt. Sie legten dar, dass die pädiatrische Spitalversorgung auf Grund der Verzettlung der Kräfte mittelfristig in Gefahr sei und dass deshalb die Kinderklinik Bruderholz und das Kinderspital Basel «an irgendeinem Ort» oder zumindest unter einer «gemeinsamen Leitung an zwei Standorten» zusammengelegt werden sollten. Die Kinderärztinnen und Kinderärzte sollten dazu «gebührend» und «rechtzeitig» angehört

werden. Leider ein frommer Wunsch, wie sich immer wieder zeigen sollte.

Mitte Mai 1987 beschlossen die Regierungen der beiden Kantone, die Kinderspitäler am Standort Bruderholz zusammenzulegen. Mit dieser Mitteilung wurde eine heftige, öffentliche Diskussion ausgelöst, die letztlich in Basel-Stadt zur Einreichung der Initiative ‚Rettet das Kinderspital in Basel‘ durch die Progressiven Organisationen Basel POB (siehe Kasten) führte.

Den Forderungen der regionalen Kinderärztegesellschaft schloss sich schon bald der Verein ‚Kind und Krankenhaus‘ (heute ‚Kind und Spital‘) an. In enger Zusammenarbeit mit den Elternorganisationen von chronisch kranken Kindern setzten sie sich schon früh für den Standort auf dem Areal des damaligen Frauenspitals ein. Mit unglaublicher Hartnäckigkeit benutzten die mehrheitlich in Baselland wohnhaften Frauen des Vorstandes von ‚Kind und Krankenhaus‘ jede sich bietende Gelegenheit, um für eine gemeinsame Kinderklinik in unmittelbarer Nähe zur Universitäts-Frauenklinik zu werben und auf die Bedürfnisse kranker Kinder und Jugendlicher im Spital aufmerksam zu machen. Mit Akribie zerpfückten sie Regierungsvorlagen, partnerschaftliche Berichte und Baupläne und brachten ihre Vorschläge zu Papier. Immer wieder konnten sie aufzeigen, dass die Ansiedelung des gemeinsamen Kinderspitals auf dem Bruderholz aus «rein politi-



Das alte und das neue Kinderspital in Basel

schen Gründen» und aus Partikularinteressen angestrebt wurde und dass die vorgelegten Pläne mit den Anforderungen an eine moderne Universitäts-Kinderklinik wenig gemeinsam hatten. Dank internationaler Verbindungen und Besuchen in ausländischen Kliniken merkten sie beispielsweise, dass das Planungsbüro Suter und Suter, das in Basel wiederholt beigezogen wurde, beim Neubau der Kinderklinik in Salzburg durch die Bevölkerung zu Änderungen der Baupläne gezwungen werden musste.

Eine wichtige Stütze und ein Mentor für die beiden Organisationen war Prof. Dr. med. Gerhard Stalder, der ehemalige Direktor des Kinderspitals Basel und Lehrstuhlinhaber für Pädiatrie, der von der gleichen Vision beseelt war: Zusammenlegung der beiden Kinderspitäler in

unmittelbarer Nähe des Universitätsspitals Basel und seiner Frauenklinik. Trotz Druck aus der medizinischen Fakultät und den kantonalen Ärztesellschaften sowie persönlichen Anfeindungen liess er sich nicht von seinem Ziel abbringen.

1992: die Wende

Mit der Einreichung der Volksinitiative zur Rettung des Kinderspitals in Basel schlugen die Progressiven Organisationen POB zusammen mit den Grünen einen wichtigen Pflock ein und bewiesen politisches Fingerspitzengefühl. Als einzige politische Parteien waren sie in der Lage, die sachlichen Gründe, die für eine Zusammenlegung der beiden Spitäler und den Standort Basel sprachen, ohne Rücksicht auf regionalpolitische

Befindlichkeiten und seit Jahren bestehenden Querelen in eine politische Aktion umzusetzen.

Gegen den Willen aller Parteien im Grossen Rat von Basel-Stadt, der medizinischen Fakultät, der Universitätsleitung, der beiden kantonalen Ärztesellschaften und etlicher Professoren der Erwachsenenmedizin setzten sich POB-Grüne und das breit abgestützte Abstimmungskomitee durch: 65 % der StimmbürgerInnen stimmten im Juni 1992 nach einem heftig geführten Abstimmungskampf der Initiative zu. Unterstützt wurden sie von den Grünen Baselland, die gleichzeitig die Initiative ‚Für eine gemeinsame Kinderklinik bei der Basel‘ und eine Petition für einen Standort bei der Universitäts-Frauenklinik einreichten. Einen nicht unwesentlichen Anteil am Abstimmungs-

ergebnis hatte die Regierung des Kantons Basel-Landschaft, die über Jahre mit ihren Angeboten unklar blieb, sich nicht in die Karten schauen liess und immer wieder neue Ideen und Versprechungen generierte, die dann Regierungsrat Werner Spitteler (SVP), so die Basler Zeitung, als Kaninchen aus dem Hut zauberte. Weiter veranlassten diese Vorgänge im Bereiche der Spitalplanung die ‚Nordschweiz‘ und die ‚Basler Zeitung‘ zur Bemerkung, die Regierung von Baselland habe den Argumentationskatalog für die Kinderspitalinitiative in Basel «substantiell angereichert». Wen wundert's, gehörten doch namhafte Vertreter des Bruderholzspitals den gleichen Parteien an (SVP und CVP) wie der Vorsteher der basellandschaftlichen Sanitätsdirektion und der Präsident der Gesundheitskommission des Landrates.

1994 wurde das Basler Spitalgesetz im Sinne der Kinderspitalinitiative angepasst und von den StimmbürgerInnen nach ebenso heftig geführtem Abstimmungskampf angenommen. Weniger Erfolg war 1995 der Kinderspitalinitiative der Grünen Baselland beschieden. Trotz massiven Widerstands von Regierung, Landrat und Direktion des Kantonsspitals Bruderholz erreichten die Grünen immerhin einen Achtungserfolg. Die Initiative stellte einen wesentlichen Beitrag dar, der im Baselbiet zu einem Stimmungsumschwung beitrug und schliesslich zum Neubauprojekt führte. Wohl nicht zufällig machten Regierungsrätin Veronica Schaller und Regierungsrat Edi Belser kurz vor der Abstimmung in Baselland ihren Beschluss bekannt, die beiden Kinderkliniken unter einer gemeinsamen Leitung an zwei Standorten zusammenzuführen.

Zwischen Krieg und Frieden

Als Reaktion auf die Annahme der Kinderspitalinitiative in Basel-Stadt kündigte der Kanton Baselland das Spitalabkommen und die damit verbundene «Freizügigkeit». Fortan war es baselbieter Patienten ohne Zusatzversicherung nicht mehr möglich, sich in Basler Spitalern ohne Überweisung behandeln zu lassen. Von den vielen weiteren, von den Politikern beider Kantone angedrohten schweren Folgen der Annahme der Kin-

derspitalinitiative war aber weit und breit nichts zu sehen.

Nachdem der Pulverdampf etwas verflogen und das Feindbild Prof. Stalder in Pension gegangen war, wurden auf verschiedenen Gebieten zwischen den Kinderspitalern Kooperationen vereinbart, um Doppelspurigkeiten abzubauen, dies lange bevor am 1. Januar 1999 das Universitätskinderspital beider Basel an zwei Standorten aus der Taufe gehoben wurde. Knapp vier Jahre zuvor war die das gleiche Ziel vor Augen habende Initiative der Grünen Baselland abgelehnt worden; jetzt stimmten die baselbieter StimmbürgerInnen dem Projekt Universitäts-Kinderspital beider Basel UKBB mit 86 % Ja-Stimmen zu!

Endlich: externe Standortevaluation!

Die grossen Nachteile des «2-Standorte-Modells» wurden, wie von der regionalen Kinderärztesgesellschaft befürchtet, sehr rasch augenfällig und durch eine Untersuchung der Firma Prognos bestätigt (Transporte von Patienten, die im falschen Spital lagen, Arbeitszeitverluste v.a. der Ärztinnen und Ärzte, die

geben. Das Resultat war eindeutig und entsprach vollumfänglich den Vorstellungen, die Prof. Gerhard Stalder, der Verein ‚Kind und Spital‘ und die regionale Kinderärztesgesellschaft seit mindestens 14 Jahren geäussert hatten! Die Regierungen handelten rasch und gaben am 31. August 2001 bekannt, den Neubau für das UKBB auf dem Areal der alten Frauenklinik in Basel bauen zu lassen. In diesem Zusammenhang ist der Lernprozess bemerkenswert, den der baselbieter Regierungsrat Erich Straumann durchmachte: von einem Anhänger des Status quo (Stichwort «Realteilung») wurde er zum klaren Verfechter des Standorts Basel. Gegenüber der Presse äusserte er sich unmissverständlich: «Der Fall ist klar – keine Diskussion». Im Hintergrund leistete er in den folgenden vier Jahren grosse Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit.

Lehrstück

In einem Punkt haben die Regierungen und die Planer kaum etwas dazu gelernt. In den 23 Jahren bis zum endgültigen politischen Entscheid wurden der Verein ‚Kind und Spital‘ oder die regionale Kin-



Von den vielen weiteren, von den Politikern beider Kantone angedrohten schweren Folgen der Annahme der Kinderspitalinitiative war aber weit und breit nichts zu sehen.

für verschiedene Aufgaben pendeln mussten, Kommunikationsprobleme). Während Jahren wurde versucht, das Problem der Standortwahl durch Analysen von Einzelproblemen oder durch interne Gutachten von paritätisch zusammengesetzten Gremien zu lösen. Im Jahr 2000 wurde endlich dem schon lange geäusserten Wunsch der Kinderärztesgesellschaft entsprochen und bei der Firma Helbling Management Consulting AG in Dietikon ein externes Gutachten zur Standortfrage in Auftrag ge-

derärztesgesellschaft kaum um ihre Meinung gefragt. Leider ging das dann auch in der Planungsphase so weiter. Ins Preisgericht wurden sie nicht eingeladen; für den Nutzeroausschuss erhielt die Kinderärztesgesellschaft nach kurzer Zeit stillschweigend keine Einladung mehr.

Letzte Scharmützel

Nun kam das Neubauprojekt langsam in Fahrt. Im November 2002 bewilligten der baselstädtische Grosse Rat und

der basellandschaftliche Landrat knapp 2 Mio. Franken für ein Vorprojekt. Damit konnte der Architekturwettbewerb ausgeschrieben werden. Wie der Presse zu entnehmen war, wurde im Landrat noch einmal heftig diskutiert. Bei der Diskussion um die mutmassliche Grösse wurde um jedes Bett gefeilscht und von den bürgerlichen Parteivertretern offen damit gedroht, den definitiven Baukredit zu Fall zu bringen. Die SVP Baselland enthielt sich sogar der Stimme, lehnte den gleichzeitig zu treffenden Standortentscheid ab und drohte wie üblich, «jede Luxuslösung am Standort Basel» zu bekämpfen. Der FDP-Fraktionschef sprach von einem notwendigen «Schrumpfungsprozess», den das UKBB einleiten müsse. Die CVP-/EVP-Fraktion befürchtete schliesslich eine Überdimensionierung des Projektes. Die drei sich sonst so wirtschaftsfreundlich gebärdenden Parteien hät-



Bei der Diskussion um die mutmassliche Grösse wurde um jedes Bett gefeilscht und von den bürgerlichen Parteivertretern offen damit gedroht, den definitiven Baukredit zu Fall zu bringen.

ten es eigentlich besser wissen müssen. Ein einziges renommiertes und genügend gross dimensioniertes Universitäts-Kinderspital ist klar ein Standortvorteil für die Region Nordwestschweiz, braucht die regionale Wirtschaft doch ausgewiesene, meist jüngere Fachkräfte, die Familie und Kinder haben. Sie sollten eigentlich auch wissen, dass nicht die Grösse des Neubausprojektes, sondern der Betrieb hauptsächlich massgebend ist für die anfallenden Kosten.

Das (zu) enge finanzielle Korsett, das die bürgerlichen Landräte durch ihren Druck zu verantworten haben (wer wollte schon das Projekt gefährden?), wird möglicherweise noch zu einem bösen Erwachen führen. Schon beim Ergebnis des Architekturwettbewerbs wurde klar, dass alle Projekte, die mehr Land brauchten und so dem Projekt mehr Entwicklungspotential zugestanden, kaum eine Chance hatten. Darunter gab es Projekte von namhaften, auch lokalen Architekturbüros.

Warum das gemeinsame universitäre Kinderspital nach Basel gehört

Auszüge aus der Argumentation der Befürworter eines gemeinsamen, von beiden Basel getragenen Kinderspitals im Zentrum von Basel:

- Ein fortschrittliches Universitäts-Kinderspital gehört an einen zentralen Standort der Stadt, der von möglichst vielen Patienten und Begleitpersonen mit dem kleinsten Zeitaufwand zu erreichen ist. Aus psychologischen und sozialen Gründen hat nämlich die kindliche Spital- und Sozialbetreuung auf ambulanter Basis eine zahlenmässig weit überwiegende Bedeutung erlangt, in Basel fast 90%. Deshalb würde der Standort Bottmingen/Bruderholz von den Baselstädtischen Eltern ... für die Spitalbesuche ihrer kranken Kinder gesamthaft eine unnütze Mehrarbeit von mindestens 25 Tausend (25·000) Wegstunden pro Jahr erfordern..

- Ein modernes Universitäts-Kinderspital gehört neben das universitäre Erwachsenen-Zentrum, d.h. neben das Basler Kantonsspital. Dann können auch die kindlichen Patienten nötigenfalls von den modernsten und schonendsten (aber auch sehr teuren) Untersuchungsmethoden und von den erfahrensten Fachleuten profitieren, z.B von der bildgebenden Diagnostik, Nuklearmedizin, Tumorbehandlung, Herz-, Thorax- und Neurochirurgie, Knochenmarktransplantation u.v.a. Für diese Untersuchungen müssten aber jährlich 400-500 Transporte von teilweise schwerkranken oder frischoperierten Säuglingen und Kindern stattfinden...

- Ein «Zentrum für Mutter und Kind» gibt es nur, wenn Universitäts-Kinderspital und Universitäts-Frauenklinik unmittelbar nebeneinander liegen...

Trotz emsiger Selbstwerbung ist das Kantonsspital Bruderholz für die Basel-

städtische Bevölkerung nie eine ernsthafte Alternative geworden; wohl wegen seines ganz unpraktischen Standortes. Dementsprechend hat auch die Kinderklinik im Bruderholz 19 Jahre nach der Eröffnung immer noch eine bescheidene Patientenzahl (6·935 pro Jahr gegenüber 35·654 im Basler Kinderspital), einen viel kleineren Anteil an ambulanten Patienten (BL 67% gegen BS 89%) und ... eine erstaunlich schlechte Kostendeckung (BL33% gegen BS 68%).

Trotz diesen bedenklichen Voraussetzungen sollen jetzt in einen Neubau 100 Millionen Franken investiert und anschliessend alle Spital- und Sozialpolitikbedürftigen kranken Neugeborenen Säuglinge, Kinder und Jugendliche aus Basel ... nach Bottmingen/Bruderholz dirigiert werden...»

Aus dem Flugblatt des überparteilichen Ja-Komitees im Anstimmungskampf 1992

Die politische Auseinandersetzung um ein neues Kinderspital im Zentrum von Basel war lange und wurde heftig geführt:

Initiative zur Rettung des Kinderspitals in Basel.

Wir setzen uns ein für

- einen zentralen, rasch erreichbaren Standort für die vielen Notfall-Eintritte, ambulanten Patienten und Elternbesuche sowie auch für Personal und Studenten
- ein regionales Kinderspital in der un-

Im Interesse der schwerkranken Kinder und ihrer Eltern setzen wir uns ein für ein gemeinsames universitäres Kinderspital beider Basel

- möglichst nahe der universitären Erwachsenenmedizin
- in der Nachbarschaft der Frauenklinik für ein Zentrum Mutter-Kind
- gut und schnell erreichbar mit den öffentlichen Verkehrsmitteln



Prof. Dr. med. Gerhard Stalder, Altdirektor des Basler Kinderspitals



Dr. med. A. Amacher, Kinderarzt FMH, Münchenstein



Franziska Meier, Verein



Basel-Lana

Die Regierungen von Basel-Stadt und Basel-Landschaft halten an ihren Verlegungsplänen aufs Bruderholz fest.

Das Kinderspital gehört ins Zentrum und nicht an die Peripherie



ehren uns gegen

Issachung der kindlichen Bedürfnisse der Planung des Kinderspitals Basel

...heren und zeitraubenden Eintritte, ambulante

Basler Zeitung

Freitag, 25. Januar 1991
Nr. 21

Teil V

Zu Gast im Forum Das Basler Kinderspital muss im Zentrum bleiben



Käthi Ensner Witschi



Alex Schwank

Geht es nach dem Willen der Regierungen von Baselland und Basel-Stadt, sollen die beiden Kinderkliniken auf dem Bruderholzspital...
...mengenlegt und vor...
...geführt werden...
...Stadion...
...Lamm...

Verbesserungen nicht...
...chungen blei...

gen Unikliniken hat keine gemacht. Es ist Jahren zuvor - bei Absichtserklärung eine gemeinsame Kinderger Führungsvereini tons Baselland gef...
...geständ...
...in kein...
...and ge...
...ital ni...
...die s...
...ther...
...thui...

SGSG Schweizerische Gesellschaft für Soziales Gesundheitswesen
Sektion Basel - Baselland Lindenbergr 23, 4058 Basel, Postfach 2105, 4001 Basel, PC 40-12441-5, Tel. 061 692 44 58

Öffentlicher Diskussionsabend zur

ZUKUNFT DES KINDERSPITALS

Mittwoch, 6. September 1989

Das Projekt: «yes, we can!»

Nun ging alles sehr schnell. Im Mai 2004 wurde das Projekt «Spunk» der Basler Architekten Stump & Schibli auf Grund des Wettbewerbs ausgewählt. Auch für Laien überzeugt das Projekt durch seine Ausstrahlung, die Lebensfreude und Hoffnung vermittelt. Zudem ist das Spital nach Minergie-Standard gebaut und beherbergt auf dem Dach eine Photovoltaikanlage.

Im Oktober 2005 bewilligten die beiden Kantonsparlamente einstimmig einen Baukredit von 150 Mio. Fr. (ohne Teuerung). Mit Hochdruck wurde eine Projektorganisation auf die Beine gestellt, so dass bereits im Herbst 2007 mit den Bauarbeiten begonnen werden konnte. Als ob die beiden Kantone noch nie miteinander gestritten hätten, wurde das Bauprojekt rasch und effizient vorangetrieben.

Blick in die Zukunft

Gegenüber dem ursprünglichen Projekt wurde nachträglich die Statik verändert, so dass das Gebäude bei sich ändernden Anforderungen nicht mehr aufgestockt werden kann. Die bauliche Flexibilität in Bezug auf die zur Verfügung stehende Geschossfläche war eine wichtige Forderung, um zukünftigen Bedürfnissen des UKBB Rechnung tragen zu können.

Das durch die Regierungen und Parlamente, vor allem durch den basellandschaftlichen Landrat zu verantwortende enge finanzielle Korsett für den Baukredit zeigt bereits erste Auswirkungen. So ist das Parkierungsproblem vor allem für Eltern mit Notfallpatienten und chronisch kranken Kindern nicht befriedigend gelöst. Weiter halten sich hartnäckige Gerüchte, dass im neuen Spital bereits ein Platzproblem bestehe. Es wird sich auch erst noch weisen müssen, ob die Auslagerungen z.B. im La-

Progressive Organisationen Basel (POB)

Die POB war Initiatorin der «Initiative zur Rettung des Kinderspitals Basels». Die POB war die Basler Sektion der Progressiven Organisationen der Schweiz (POCH). Die POCH war in der Schweiz ein wichtiger Teil der 68er-Bewegung. Antiimperialismus (Vietnamkrieg), die Emanzipation der Frauen, soziale und ökologische Fragen waren zentrale Anliegen der POCH. Innerhalb der POB gab es auch eine Gruppe von engagierten MedizinstudentInnen, welche bei der Gründung der SGSG/Soziale Medizin mithalfen.

borbereich, vor denen Prof. Dr. med. G. Schubiger bei der Anhörung als Experte vor den Gesundheitskommissionen 2002 ausdrücklich gewarnt hat, sich wirklich auszahlen werden.

Ein Schritt zurück?

Einen Monat bevor die beiden Kinderspitäler am neuen Standort zusammengeführt werden, gibt es laut der Basler Zeitung vom 29. Dezember 2010 eine Ausnahme: Auf Druck des Chefarztes der gynäkologischen Abteilung im Bruderholzspital wird es dort nun doch eine Überwachungsstation für Neugeborene geben, die vom UKBB aus ärztlich betreut wird. Dies ermöglicht es, am Bruderholzspital weiterhin «Risikoschwangerschaften und Risikogeburten zu betreuen». Solange es nur darum geht, Neugeborene mit einer Anpassungsstörung zu überwachen oder Frühgeburten ohne weitere Probleme zu betreuen, so mag dies im Interesse von Eltern und Kindern sein. Eine weitergehende Behandlung in Richtung Neugeborenen-Intensivmedizin wäre aber ein klarer Rückschritt bei der Betreuung von Neugeborenen und unter Umständen sogar gefährlich, denn Risikogeburten gehören in ein Perinatalzentrum!

Es braucht deshalb in den nächsten Jahren, und zwar bevor auf dem Restareal des alten Frauenspitals und dem ‚Schällemätteli‘ definitiv geplant wird, eine Analyse allfällig nicht abgedeckter Bedürfnisse des UKBB und eine Bedarfsplanung für die nächsten Jahre. Da der Kanton Basel-Landschaft zur Zeit vor grossen Sparanstrengungen steht und Mühe bekundet, die geplanten Investitionen zu berappen, kann mit etwas Zeitgewinn gerechnet werden, vor allem was den Bau des Biomedizinischen Zentrums anbelangt.

Dank und Freude

Dank gebührt

- dem Verein «Kind und Spital», den Elternvereinigungen von chronisch kranken Kindern und der «Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin Regio Basel», sowie ihrem Berater und Mentor Prof. Dr. med. G. Stalder, die sich mit jahrezehntelanger Freiwilligenarbeit für ihre Vision eingesetzt haben;
- den Progressiven Organisationen

Basel POB und den Grünen von Basel-Stadt und Baselland, die mit ihren Initiativen, Petitionen und Vorstössen mit halfen, politisch den Weg frei zu machen für die Verwirklichung des UKBB;

- den beiden Regierungen, die schon früh die Bildung einer gemeinsamen Kinderklinik als strategisches Ziel formulierten.

Dank gebührt ganz speziell

- allen Projektverantwortlichen und MitarbeiterInnen, die ab Oktober 2005 mit beinahe übermenschlichem Einsatz den Neubau termingerecht realisiert haben,

und

- den Architekten Stump und Schibli für das lichtdurchflutete und Zuversicht ausstrahlende Projekt, das Kindern, Jugendlichen und Eltern schon alleine auf Grund seiner äusseren Erscheinung helfen wird, rasch gesund zu werden.

Das neue Kinderspital ist nicht das Resultat eines Kampfes, sondern eines Entscheidungsfindungsprozesses, zu dem auch ursprüngliche GegnerInnen beigetragen haben. Mit grosser Wahrscheinlichkeit werden auch sie sich über das neue Glanzstück in unserer Region freuen.

Der ehemalige Chefarzt schreibt...

Zehn Jahre nach der gewonnenen Abstimmung über die Initiative zur Rettung des gemeinsamen Kinderspitals, im Jahre 2002, schrieb Prof. Dr. Gerhard Stalder, ärztlicher Direktor des Kinderspitals Basel von 1968-1992, einen offenen Brief.

Der ehemalige Direktor des Kinderspitals dankt in seinem Schreiben – nebst den Sanitätsdirektoren – der POB/POCH (Käthi Ensner), dem Verein «Kind und Krankenhaus» (Regula Mühlemann), den Elternvereinigungen von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen, den Präsidenten der Kinderärzte Basel und Umgebung (Dr. med. Peter Kindler und Dr. med. Arnold Amacher), den Abteilungsschwestern Elisabeth von Däniken und Dr. h.c. Rosmarie Meier-Hunzinger und allen engagierten Helfern. Dann schreibt er:

«Die Argumentation des ... Obergutachtens (Helbling Management Consulting AG, Dietikon, siehe Artikel, Red.) sind mir leider nicht bekannt, aber seine Empfehlungen stimmen grundsätzlich mit denen überein, die wir 1992 auf unsere Abstimmungs zettel gedruckt haben! Sehr unterschiedlich sind hingegen Seitenzahlen

und Gutachterhonorare(?). Deshalb wären eine nachträgliche Anerkennung und der Dank für unsere wichtigen und richtigen Anstrengungen eigentlich am Platze gewesen. Statt dessen werden wir konsequent totgeschwiegen, wahrscheinlich mit Rücksicht auf die Empfindlichkeiten jener zahlreichen überheblichen Hobby-Spitalplaner im Grosse Rat, in den meisten politischen Parteien, im Rektorat der Universität («Die Kindermedizin muss sich mit einer ‚suboptimalen‘ Lösung zufrieden geben»), im Dekanat der Medizinischen Fakultät («Die Kindermedizin muss dieses Opfer erbringen»), im Vorstand der Medizinischen Gesellschaft etc., die alle unsere medizinischen, psychosozialen und fachlichen Argumente alles besserwissend verniedlicht oder ignoriert haben.

Aber ... wir haben mit unserer Hartnäckigkeit und sachlichen Information wesentlich dazu beigetragen, dass (a) es das Basler Kinderspital heute überhaupt noch gibt, und dass (b) dieses ... Geschenk des alten Basel an die Kinder unserer Stadt und der Region ins dritte Jahrtausend hinüber gerettet wurde. Darauf dürfen ... wir alle – mit oder ohne offizielle Anerkennung – sehr stolz sein. Ich jedenfalls bin es!»

Ist unsere Gesundheitsversorgung zu teuer?

Zwei Nationalrätinnen und ein praktizierender Hausarzt im Gespräch

Was ist von Managed Care zu erwarten? Und ist es sinnvoll, eine einzige öffentliche Krankenkasse zu schaffen. Das sind zwei der vielen Fragen, um die es in unserer Gesprächsrunde geht.

Ruedi Spöndlin: Die Gesundheitskosten steigen und steigen. Was lässt sich dagegen tun?

Katharina Prelicz: Grundsätzlich ist festzustellen, dass Gesundheit kostet. Deshalb müssen wir uns zuerst fragen, wieviel wir uns die Gesundheit kosten lassen wollen. Es gibt allerdings zwei oder drei sinnvolle Reformvorschläge, die Kosteneinsparungen bringen könnten. Das wäre einerseits die flächendeckende Einführung von Managed Care-Netzwerken, in welchen verstärkt zusammengearbeitet wird. Damit meine ich nicht das Modell, das gegenwärtig im Parlament hängig ist. Gegen dieses sollten wir meines Erachtens sogar das Referendum ergreifen, wenn es im Laufe der weiteren parlamentarischen Beratung nicht noch starke Korrekturen erfährt. Ein Modell wie das der persönlichen Gesundheitsstelle (PGS), das in der Sozialen Medizin auch schon vorgestellt wurde (vgl. Soziale Medizin 3.09 S. 16 f.), fände ich jedoch erstrebenswert. Weiter sehe ich nicht ein, wieso jeder Kanton die Spitzenmedizin voll ausbauen muss und wieso die Pharmaindustrie an den Medikamenten permanent soviel verdienen soll.

Jacqueline Fehr: Man muss denjenigen Grenzen setzen, die im Gesundheitswesen übermässig Geld verdienen wollen.

Dazu sind die Anreize zur Mengenausweitung zu beseitigen, die es gegenwärtig gibt. Mit anderen Worten, die Steuerung des Systems muss besser werden, im Interesse des Allgemeinwohls statt zur Befriedigung verschiedener Sonderinteressen. Handlungsbedarf besteht beispielsweise bei der Spitzenmedizin, der Spitalplanung und der Förderung von Managed Care im ambulanten Bereich. Andererseits müssen wir uns darüber einigen, wieviel uns die Gesundheit wert ist. Gesundheit ist in einer hoch entwickelten Gesellschaft ein absolut zentrales Gut, das durchaus etwas kosten darf. Wenn wir uns darüber einmal einig sind, müssen wir uns aber auch darüber verständigen, wie wir die Finanzierung gestalten wollen. Entscheidend ist, dass der über Steuern finanzierte Anteil in den nächsten Jahren vergrössert wird. Dies, weil die Leute einerseits unter immer höheren Krankenkassenprämien leiden und daneben einen immer grösseren Anteil der Gesundheitskosten selbst bezahlen müssen. Gerade für sozial schlechter Gestellte ist diese Belastung nicht mehr tragbar.

Prelicz: Damit bin ich einverstanden. Wir müssen uns wieder einmal vergegenwärtigen, dass wir die obligatorische Krankenversicherung mit dem Ziel



christianacare / flickr

eingeführt haben, jeder und jedem den Zugang zu einer vollwertigen Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Das ist heute immer weniger gewährleistet, da nebst der immer höheren Krankenklassenprämie eine ebenfalls steigende Selbstbeteiligung anfällt. Um dem entgegen zu wirken, müssen wir einen höheren Anteil der Gesundheitsversorgung über allgemeine Steuern finanzieren.

Alex Schwank: Sowohl die Kostenentwicklung als auch die Finanzierung sind wichtige Themen im Gesundheitswesen, die häufig vermischt werden. Aus linker Optik ist vor allem die zunehmende unsoziale Finanzierung das Hauptproblem. Die öffentliche Hand zieht sich immer mehr aus der Finanzierung zurück. 1971 wurden noch 39.5% der Ausgaben im Gesundheitswesen von der öffentlichen Hand gedeckt, 2007 nur noch 26.7%. Die Krankenkassenprämien sind daher in den letzten Jahren viel stärker gestiegen als die Gesamtkosten, was man zu Recht als Prämienexplosion bezeichnen darf. Das demagogische Gerede von der Kostenexplosion hingegen soll die unsoziale Prämienexplosion rechtfertigen. Tatsächlich sind

die Kosten in den letzten Jahren zwar kontinuierlich gestiegen, aber in keiner Weise explodiert. Wer behauptet, er könne durch Betten- und Personalabbau massive Einsparungen ohne Qualitätseinbussen erzielen, täuscht die Öffentlichkeit. Leider gibt es auch auf der Linken einige Sparapostel.

Fehr: Meinst du mit den linken Sparaposteln uns, Katharina Prelicz und mich? Ich wehre mich gegen solche pauschalen Beschuldigungen.

Schwank : Offenbar gehört ihr nicht dazu. Aber der Expräsident der SPS, Peter Bodenmann aus Brig, verkündet zum Beispiel regelmässig simplifizierende Patientenzusätze zur Eindämmung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen.

Spöndlin: Ich denke, wir sollten jetzt nicht über die Meinungen von Abwesenden reden.

Schwank : Festzuhalten ist aus meiner Sicht, dass die Kosten auch in Zukunft steigen müssen, soll eine hochstehende und qualitativ gute Gesundheitsversorgung für alle zugänglich sein. Selbstverständlich sind auch in der Schweiz nicht alle betriebswirtschaftlichen Sparpotenziale ausgeschöpft und überhöhte Monopolgewinne und Kartellabsprachen müssen bekämpft werden. Für die Linke und andere sozialpolitisch fortschrittlichen Kräfte kann es aber nicht darum gehen, über die hohen Kosten im Gesundheitswesen zu jammern, sondern es muss dafür gesorgt werden, dass die Prämien bezahlbar bleiben und auch in Zukunft jeder

Mensch Zugang zu einer vollständigen und hochwertigen Krankenversorgung hat. Die Kosten werden daher in den nächsten Jahren stärker wachsen als die Löhne und die Inflation. Sehr stark gestiegen sind in den letzten Jahren die Kosten für sozialmedizinische Institutionen – also beispielsweise diejenigen der Heime für Chronischkranke, Betagte und Behinderte. Vor allem die Lohnkosten des Personals fallen hier ins Gewicht. Wir alle wissen, dass die Löhne des Pflegepersonals keineswegs fürstlich sind und es besteht daher hier auch kein Sparpotential.

Spöndlin: Aber sind die Gesundheitskosten in der Schweiz nicht höher als in vergleichbaren Ländern?

Schwank: Das wird immer wieder behauptet. Internationale Vergleiche sind leider auch im Rahmen der OECD-Datenerhebung nur schwer möglich. In einem reichen Land wie der Schweiz wird auch mehr Luxus im Gesundheitswesen konsumiert, der nicht via Sozialversicherung finanziert wird. 2007 betrug dieses Luxuskonsum 7.4 Milliarden Franken, was 14.2% der Gesamtausgaben entspricht. Ohne den Luxuskonsum betrug der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) nur 9.3%. Zu beachten ist, dass viele Länder, unter anderen Grossbritannien, Holland und auch Schweden, den privaten Luxuskonsum nicht zu den angegeben Gesundheitskosten rechnen. Die Abgrenzung von Gesundheits- und Sozialausgaben ist zudem unterschiedlich. So werden die Heimkosten nicht in allen Ländern zu den Gesundheitsausgaben gerechnet. Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass die via Sozialversicherungen und öffentliche Hand finanzierten Gesundheitsleistungen nicht höher sind als in vergleichbaren Ländern. Wir geben in etwa gleich viel aus wie die Norweger.

Fehr: Die pauschale Behauptung, unser Gesundheitswesen sei zu teuer, stammt aus dem rechten politischen Spektrum. Damit soll der Boden bereitet werden, um die Grundversicherung zu schwächen. Die Linke hingegen setzt den Hebel dort an, wo übermässig Geld ausgegeben wird. Wenn wir am richtigen Ort sparen, gewinnen wir finanziellen Spielraum bei jenen Leistungen, die

wirklich nötig sind und die den Patientinnen und Patienten direkt zugute kommen. Wie du richtig gesagt hast, gehört dazu zweifellos die Heimpflege. Dort lassen die Arbeitsbedingungen tatsächlich vielerorts zu wünschen übrig, was dazu führt, dass wir zu wenig Personal haben. Deshalb benötigen wir Mittel, um die Arbeitsbedingungen im Langzeitpflegebereich massiv zu verbes-

Unsere GesprächspartnerInnen:

- Jacqueline Fehr, Nationalrätin und Vizepräsidentin SP Schweiz, Winterthur
- Katharina Prelicz-Huber, Nationalrätin Grüne und Präsidentin der Gewerkschaft vpod, Zürich
- Alex Schwank, Dr. med., FMH Innere Medizin, Hausarzt in Basel, Redaktionsgruppe Soziale Medizin.

Gesprächsleitung und redaktionelle Bearbeitung: Ruedi Spöndlin

sern. Das kostet. Um die Prämienzahlerinnen und -zahler nicht zusätzlich zu belasten, müssen wir die Mittel dort einsparen, wo zuviel ausgegeben wird, etwa bei überteuerten Medikamenten. In einem Punkt gebe ich dir aber recht: Wer behauptet, die heutige oder sogar eine bessere Qualität der Gesundheitsversorgung sei möglich, ohne dass es etwas kostet, macht auf billigen Populismus. Solche Erwartungen zu wecken, ist unredlich. Dass wir gut 10 Prozent des Bruttoinlandprodukts ins Gesundheitswesen investieren, ist für mich absolut akzeptabel. Dies unter der Bedingung, dass dieses Geld an den richtigen Stellen ausgegeben wird. Gesundheit und Bildung sind zwei ganz zentrale Bereiche, in die ein hoch entwickeltes Land einen grossen Teil seiner Mittel investieren soll.

Spöndlin: Ist es nicht eine Tatsache, dass die Gesundheitskosten die Menschen in der Schweiz zu stark belasten?

Fehr: Das kann man nicht generell sagen. Für diejenigen, die sehr viel ver-

dienen, sowie für sehr wenig Verdienende, die Anspruch auf die volle Prämienverbilligung haben, ist die Belastung nicht zu hoch. Zu hoch ist sie für diejenigen dazwischen mit bescheidenen, mittleren Einkommen. Wir müssen hier präzise sein, damit wir auch die richtigen politischen Massnahmen treffen.

Prelicz: Die individuelle Prämienverbilligung durch den Staat ist zwar grundsätzlich eine gute Sache. Wir stehen heute aber vor dem Problem, dass diese bei gewissen Menschen nicht ausreicht. Viele müssen mit so wenig Geld auskommen, dass ihre wirtschaftliche Existenz in keiner Weise gesichert ist. Deshalb muss die Diskussion über die Existenzsicherung wieder ganz grundsätzlich aufgerollt werden. Wie ich zu Beginn gesagt habe, müssen wir uns aber auch überlegen, wieviel wir uns die Gesundheit kosten lassen wollen. Und diese Diskussion führen wir zurzeit schlicht nicht. Die politischen Entscheidungen über Gesundheitsausgaben in der Schweiz sind zum Teil geradezu pervers. Für wirtschaftlich interessante Neuerungen werden sofort Mittel zur Verfügung gestellt. Bei den spitzenmedizinischen Zentren findet beispielsweise statt einer Konzentrierung eine Ausweitung statt. Stellt der Staat die Mittel nicht zur Verfügung, werden diese privat organisiert, wie etwa beim Herzzentrum, das in Zürich jetzt aufgebaut werden soll. In anderen Bereichen wird hingegen gespart. Für die Langzeitpflege oder für genügend Personal mit angemessenen Löhnen die erforderlichen Mittel erhältlich zu machen, ist zum Beispiel ausgesprochen schwierig. Deshalb müssen wir uns darüber verständigen, was für ein medizinisches Angebot wir haben wollen. Dazu dürfen von mir aus auch alle Möglichkeiten der Spitzenmedizin gehören. Dann aber sollen diese auch allen zur Verfügung stehen. Nicht akzeptieren kann ich eine Zweiklassenmedizin, dass gewisse teure Angebote nur von den Wohlhabenden genutzt werden können. Übertriebene Kosten müssen wir einschränken, etwa wenn ein Spezialarzt, der eh schon sehr viel verdient, mit Privatpatientinnen und -patienten noch mehr kassieren will. Denn sonst – da stimme ich dir zu, Jacqueline – fehlt uns das Geld in der Allgemeinversorgung.



fotos sponline | sozmedia

“

Anreize müssen so gesetzt werden, dass vor allem chronisch Kranke sich für Managed Care-Netzwerke entscheiden und dass die Versicherer solche auch in diese aufnehmen. Jacqueline Fehr

Spöndlin: Nun würde ich gerne über ein Geschäft sprechen, das aktuell auf der politischen Tagesordnung steht. Ihr habt es ja schon erwähnt, Managed Care oder integrierte Versorgung.

Prelicz: Wie schon erwähnt, lehne ich die Vorlage Managed Care in der heutigen Form ab. Grundsätzlich halte ich Managed Care jedoch für ein gutes Versorgungsmodell. Ich bin mir zwar nicht sicher, ob es Einsparungen bringt. Dank einer besseren Vernetzung kann es aber zu einer besseren Versorgungsqualität führen.

Spöndlin: Was kritisierst du am Managed Care-Modell, das gegenwärtig im Parlament hängig ist?

Prelicz: Das integrierte Versorgungsmodell von Managed Care muss wirklich allen zur Verfügung stehen. Es

geht nicht an, dass gewisse Menschen einfach mehr bezahlen müssen, weil sie keinem Managed Care-Modell angehören, ohne dass sie die Möglichkeit dazu hätten. Mit der gegenwärtigen Fassung der im Parlament hängigen Vorlage Managed Care wäre das aber der Fall, weil die Krankenkassen nicht verpflichtet sein sollen, in jeder Region auch nur ein solches Versorgungs-Netzwerk anzubieten. Die Versorgungsnetzwerke dürfen auch nicht unter der Kontrolle der Krankenkassen stehen und von diesen ausgewählt werden. Die Versicherer sollen vielmehr verpflichtet sein, mit allen zugelassenen Netzwerken zusammen zu arbeiten, welche objektive Qualitätsstandards erfüllen. Der so genannte Kontrahierungszwang darf nicht aufgehoben werden.

Fehr: Die integrierte Versorgung müssen wir fördern. Sie muss insbesondere den chronisch Kranken zugute kommen. Denn diese laufen im heutigen unübersichtlichen Gewirr der Gesundheitsversorgung am ehesten Gefahr, dass mit ihnen einfach Geld verdient wird. Ich bin überzeugt, dass integrierte Versorgung bei chronisch Kranken zu einer besseren Versorgungsqualität bei tieferen Kosten führt. Das zeigen die Diabetes-Modelle im Kanton Waadt beispielsweise sehr eindrücklich. Auch die Behandlung von Menschen mit HIV/Aids war von Anfang an als Behandlungsprogramm konzipiert. Es bewährt sich. Das heisst, die Anreize müssen so gesetzt werden, dass vor allem chronisch Kranke sich für Managed Care-Netzwerke entscheiden und dass die Versicherer solche auch in diese aufnehmen. Heute ist das Gegenteil der Fall. Die Versicherer tun alles, um für chronisch Kranke nicht attraktiv zu sein, da diese hohe Kosten verursachen. Dieses Anreizsystem muss man umkehren.

Spöndlin: Wieweit entspricht das im Parlament hängige Modell diesen Ansprüchen?

Fehr: Nein. Der Ständerat ist einmal mehr der Krankenkassenlobby gefolgt und hat es abgelehnt, dass die Krankenversicherungen verpflichtet werden, in allen Regionen solche Modelle anzubieten. Damit ist der gefundene Kompromiss gefährdet.

Schwank: Grundsätzlich kann Managed Care eine gute Sache sein und bei gleichen Kosten zu Qualitätsverbesserungen führen. Langfristig kann höhere Qualität auch kostendämpfend wirken. Was heute aber oft unter Managed Care angepriesen wird, erfüllt auch minimale Anforderungen nicht. Viele Krankenkassen bieten einfach sogenannte Hausarztmodelle an, ohne dass die Ärztinnen und Ärzte auf der Liste der betreffenden Hausarztliste darüber informiert wurden. Obligatorische Qualitätszirkel fehlen und auch sonst findet kein kritischer Gedankenaustausch statt. Kurzum: Ein grosser Etikettenschwindel.

Spöndlin: Welche Forderungen leitest du aus diesem Etikettenschwindel ab?

Schwank: Managed Care-Netzwerke müssen unabhängig von den Kran-

kenversicherern organisiert werden. Sie sollten von Ärztinnen und Ärzten aufgebaut und geleitet werden. Grundsätzlich bin ich auch gegen eine Budgetverantwortung der Ärzte. Bis qualitativ gute Netzwerke flächendeckend zur Verfügung stehen, braucht es zudem Zeit. Ich bin übrigens der Ansicht, dass heute auch eine normale Hausarztpraxis ausserhalb eines Netzwerkes sehr kostengünstig arbeitet. Die Hausärztinnen und Hausärzte sind jedenfalls nicht die grossen Kostentreiber.

Fehr: Das stimmt, aber wir sprechen hier über integrierte Versorgung, also unter anderem über die Vernetzung von Allgemeinmedizin mit Spezialistinnen und Spezialisten.

Schwank: Wichtig finde ich, was du zur Versorgung der chronisch Kranken gesagt hast. Es ist ja so, dass 20 Prozent der Versicherten 80 Prozent der Krankenpflegekosten verursachen. Hier sind durch Koordinierung und Vermeidung von Doppelspurigkeiten ohne Qualitätseinbusse Einsparungen möglich. Aber auch hier sollte vor übertriebenen Erwartungen gewarnt werden. Einsparungen von 10 Prozent sind aber eine realistische Zielsetzung.

Fehr: Ich denke, darüber besteht Konsens. Nennenswerte Auswirkungen hat Managed Care nur bei chronisch kranken Patientinnen und Patienten. Wer selten einmal zum Arzt oder zur Ärztin geht, verursacht kaum Kosten, die bei der Gesamtbetrachtung des Gesundheitswesens ins Gewicht fallen. Für die Versicherten sollten also Anreize bestehen, chronisch Kranke zu versichern und in ein Managed Care-Modell aufzunehmen. Der neue, verschärfte Risikoausgleich, den die Managed Care-Vorlage umfasst, wird eine solche Ausgangslage schaffen. Sofern dieser Ausgleich im Parlament durchkommt, werden wir die Risikoselektion stark eindämmen können. Kranke zu versichern, kann dann für die Krankenkassen plötzlich attraktiv werden. Noch stärkere Anreize zur Versicherung chronisch kranker Menschen würde ein Einbezug der Taggeldversicherung in die Krankenversicherung schaffen. Solange die Krankenkassen nur die Heilungskosten übernehmen, ist es ihnen im Prinzip



Bis qualitativ gute Netzwerke flächendeckend zur Verfügung stehen, braucht es zudem Zeit. Ich bin übrigens der Ansicht, dass heute auch eine normale Hausarztpraxis ausserhalb eines Netzwerkes sehr kostengünstig arbeitet. Alex Schwank

egal, ob jemand gesund bleibt oder schon bald wieder krank wird. Im Bereich der Unfallversicherung haben wir eine andere Situation. Da die SUVA nicht nur Heilungskosten übernimmt, sondern mit Taggeldern und Renten auch den Erwerbsausfall abdeckt, hat sie ein grosses Interesse an der nachhaltigen Gesundung und an der Prävention. Die SUVA trägt die Verantwortung für die gesamte Kette von der Unfallprävention bis zur vollständigen Gesundung ihrer Versicherten. Deshalb sollten wir auch im Bereich der Krankenversicherung zu einem Systemwechsel kommen, der ins Gesundwerden der Menschen investiert.

Prelicz: Wenn ich diesen Gedanken weiterführe, gelange ich zur Auffassung, dass die Versicherten einer Vertragspflicht unterstehen müssen. Davon will der Ständerat jetzt aber leider nichts

wissen. Mit der Erwähnung der SUVA hast du mir ein weiteres Stichwort gegeben. Ich sehe nicht ein, wieso es private Krankenkassen geben soll, die ihre Gewinne abzuschöpfen versuchen. Ich denke, wir müssen in Richtung einer Krankenversicherung als öffentlich-rechtlicher Sozialversicherung gehen. Ich denke an ein Pendant zur SUVA im Krankenversicherungsbereich, das ihr Geschäft aus einer Hand steuern kann. Die sich konkurrierenden Krankenkassen, die immer nur auf ihren Gewinn achten, haben eine verheerende Auswirkung. Was deren Lobby im Ständerat wieder ausgerichtet hat, konnten wir soeben erleben.

Fortsetzung auf Seite 32

Wohl & Weh

Vom Kinderspitäli zum UKBB

Eine Ausstellung des Vereins Geschichte Kinderspital Basel, in Zusammenarbeit mit dem UKBB
17. Februar bis 17. April 2011 (Weitere Informationen auf Seite 58)





Bilder: Privatbesitz



Spöndlin: Damit wären wir beim Thema einer öffentlichen Gesundheitskasse; ein Projekt, das du – Jacqueline Fehr – in unserer vorletzten Ausgabe (Soziale Medizin 3.10 S. 12 f.) vorgestellt hast.

Schwank: Festzuhalten ist, dass die SUVA in einem völlig anderen Bereich als die Krankenkassen tätig ist. Unfälle sind keine Krankheiten. Die SUVA versichert zudem auch Unfallrenten, was der Hauptkostenfaktor ist.

Fehr: Das reicht nicht als Erklärung für die viel bessere Leistung der SUVA. Entscheidend ist wie gesagt, dass die SUVA auch für die Kosten des Erwerbsausfalls aufkommen muss. Damit steht die Prävention und das dauerhafte Gesundwerden im Zentrum.

Schwank: Die Behandlung von Unfällen lässt sich im Allgemeinen leichter steuern als diejenige von Krankheiten. Auch im Unfallbereich haben wir zudem nicht einen einzigen Unfallversicherer. Die SUVA hat in gewissen Bereichen wie Industrie und Bau zwar ein Monopol. Im Übrigen haben wir auch im Unfallbereich einen Wettbewerb verschiedener Anbieter.

Prelicz: Darüber hatten wir im Rahmen der UVG-Revision ja eine politische Auseinandersetzung. Weil die SUVA so gut funktioniert, wollten sie die Bürgerlichen demontieren, damit die privaten Versicherer deren Gewinne abziehen könnten. Zum Glück konnten wir das verhindern.

Schwank: Die SUVA leistet in ihrem Bereich grundsätzlich gute Arbeit. Daher war es auch richtig, die Angriffe auf sie im Parlament abzuwehren. Allerdings muss sich auch die SUVA berechnete Kritik gefallen lassen. Bei Konflikten um die Rentenfestsetzung gilt das Gutachten der SUVA-Ärztinnen und -ärzte nicht als Parteigutachten, was von den Gewerkschaften und fortschrittlichen Anwälten zu Recht kritisiert wird. Und die Haltung der SUVA gegenüber den Asbestopfern

war nicht gerade ein Ruhmesblatt. Die Entscheide der SUVA werden von Patientinnen und Patienten oft als dirigistisch erlebt und Einsprüche dagegen sind sehr schwierig. Der Skandal um die SUVA-Immobilien im Tessin zeigt zudem, dass auch eine öffentlich-rechtliche Kasse nicht immer sorgfältig mit dem ihr anvertrauten Geld umgeht.

Prelicz: Natürlich gibt es berechnete Kritik an der SUVA. Überall ist es so, dass nicht alles hundertprozentig super läuft. Im Vergleich zu den Krankenkassen macht die SUVA aber viel weniger Probleme und leistet gute Arbeit.

Fehr: Die Politik muss die SUVA oder ein ähnliches Sozialversicherungssystem eben mit den nötigen institutionellen Sicherungen ausstatten.

Schwank: Das Beispiel der Invalidenversicherung (IV) zeigt, dass auch eine staatliche Sozialversicherung einen rigorosen und unsozialen Kurs fahren kann.

Prelicz: Dabei ist nicht das Monopol der IV das Problem, sondern dass wir eine politische Mehrheit haben, die einen unsozialen Kurs fährt.

Schwank: Das ist die Gefahr bei staatlichen Einheitskassen. Sie können viel einfacher dazu missbraucht werden, sozialen Abbau zu betreiben. Die formale demokratische Kontrolle bietet dagegen keinen Schutz. In Grossbritannien, wo es einen einheitlichen nationalen Gesundheitsdienst gibt, kann eine konservative Regierung viel einfacher die Sparschraube anziehen als zum Beispiel in Deutschland.

Prelicz: Deine Schlussfolgerung gegen Monopolversicherungen beruht auf einem Denkfehler. Es gibt zwar unzählige Krankenkassen. Deren Leistungsumfang ist aber ebenfalls gesetzlich vorgegeben und wird vom zuständigen Bundesrat oder der Mehrheit im Parlament bestimmt.

Schwank: Doch, im konkreten Alltag gibt es wichtige Unterschiede. Wenn die IV zum Beispiel einen Entscheid über Monate oder Jahre hinauszögert, hat der Einzelne keine Ausweichmöglich-

keit. Verhält sich eine Krankenkasse so, kann er die Kasse wechseln. Grundsätzlich halte ich im Krankenpflegebereich einen regulierten Wettbewerb für besser als eine Monopolversicherung. Allerdings müssen die Regeln für diesen Wettbewerb noch entscheidend verbessert werden, zum Beispiel durch ein Verbot von Billigkassen und durch einen besseren Risikoausgleich.

Prelicz: Der Preis für diese Wechselmöglichkeit sind aber massiv höhere Beiträge. Die SUVA arbeitet deutlich günstiger und konnte gerade wieder ihre Beiträge senken.

Fehr: Dass man die Krankenkasse problemlos wechseln kann, stimmt, wenn man jung und gesund ist. Wenn ich als Person mit absehbar hohen Krankheitskosten – etwa wenn ein IV-Antrag hängig ist – zu einer anderen Krankenkasse wechseln will, habe ich jedoch grösste Mühe, obwohl ich von Gesetzes wegen das Recht dazu hätte. Die Kasse wird alle Tricks anwenden, mich von einem Beitritt abzuhalten. Zurück zur SUVA: Diese versichert obligatorisch über 50 Prozent aller Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Arbeitgeber, die nicht dem SUVA-Monopol unterliegen, sind in Branchen mit weniger hoher Unfallgefahr tätig, zum Beispiel bei den Banken und Versicherungen. Deshalb können ihnen die privaten Unfallversicherer günstigere Prämien anbieten. Diese Branchen wollen nicht zur SUVA, weil sie sonst die hohen Kosten der anderen Berufsfelder mitfinanzieren müssten. Vergleichen wir aber Äpfel mit Äpfeln, sprich vergleicht man die Kosten von unfallträchtigen Branchen wie beispielsweise den Bau, zeigen alle Studien, dass die SUVA viel günstiger ist.

Prelicz: Das Arbeitgeber sich nicht freiwillig der SUVA anschliessen, hat auch damit zu tun, dass ihnen die privaten Versicherer oft eine ganze Palette von Versicherungsprodukten aus einer Hand anbieten, zum Beispiel auch das Krankentaggeld. Die SUVA darf hingegen keine Zusatzversicherungen anbieten. Damit haben die Privaten einen Wettbewerbsvorteil, den sie knallhart nutzen. Um diesen nicht zu verstärken, dürfen wir die SUVA auf keinen Fall schwächen.



“

Deine Schlussfolgerung gegen Monopolversicherungen beruht auf einem Denkfehler. Es gibt zwar unzählige Krankenkassen. Deren Leistungsumfang ist aber ebenfalls gesetzlich vorgegeben und wird vom zuständigen Bundesrat oder der Mehrheit im Parlament bestimmt. Katharina Prelicz-Huber

Fehr: Bei Reformen im Sozialversicherungsbereich müssen wir unsere Forderungen nicht mit dem optimal Wünschbaren vergleichen, sondern mit dem real Existierenden. Damit will ich sagen: Die SUVA ist nicht perfekt, aber deutlich besser als das System der vielen Krankenkassen. Der Grund dafür ist die unterschiedliche Systemlogik, dass sich die gesamte Behandlungskette von der Prävention bis zur Rente in ihrer Hand befindet. Die SUVA hat die Fallführung und handelt dabei tatsächlich dirigis-

tisch, aber immer zum Wohl der Patientinnen und Patienten und damit der Allgemeinheit. Denn das gemeinsame Ziel ist, dass Verunfallte rasch wieder möglichst gesund werden.

Spöndlin: Die Zeit drängt. Wir sitzen hier in der Wandelhalle des Parlaments und ihr müsst wieder in den Nationalratssaal eilen, um abzustimmen. Kommen wir also zum Schlusswort!

Fehr: Wir brauchen ein System, in dem die Akteure mehr Gesamtverant-

wortung übernehmen. Dabei ist die Gründung einer öffentlich-rechtlichen Krankenkasse für die Grundversicherung ein wichtiger Teilschritt. Die heutigen Krankenkassen sollen sich aufs Geschäft mit den Zusatzversicherungen konzentrieren. Deshalb lanciert ein Komitee Anfang nächsten Jahres eine Volksinitiative für eine eidgenössische Krankenkasse. Katharina Prelicz und ich gehören dem Initiativkomitee an. Dahinter steht ein breites Bündnis bestehend aus SP, Grünen, EVP, CSP, Gewerkschaften, Konsumentenorganisationen usw. Wir müssen uns bewusst sein, dass die Krankenkassen im heutigen Konkurrenzsystem anreizbedingt kein Interesse an der Gesundheit der Versicherten haben. Die einzelne Krankenkasse muss heute nur günstiger sein als die Konkurrenz, das Kostenniveau insgesamt kann ihr egal sein. Sie trägt keine Gesamtverantwortung. Das wollen wir ändern.

Schwank: Ich bin überzeugt, dass eure Initiative nicht nur keine Mehrheit finden wird, sondern massiv abgelehnt wird. Zudem löst sie in keiner Weise das Hauptproblem im Gesundheitswesen, die unsoziale Finanzierung. Ausichtsreicher und sinnvoller wäre es gewesen, eine Volksinitiative zu lancieren, welche die Prämienfreiheit von Kindern und Jugendlichen fordert, und zwar unabhängig vom Einkommen der Eltern. Damit wäre ein wichtiges Problem vom Tisch, die hohe Prämienbelastung für Familien mit mittleren Einkommen.

Prelicz: Ob wir eine Mehrheit finden werden, wird sich zeigen. Es käme aber einer politischen Kapitulation gleich, nur noch Forderungen zu vertreten, für die sich sicher eine Mehrheit findet. Oft benötigt ein berechtigtes Anliegen mehrere Anläufe, denken wir nur ans Frauenstimmrecht. Zur Prämienbefreiung für Kinder und Jugendliche haben wir übrigens im Parlament schon Vorstösse eingereicht. Auch das ist ein wichtiges Anliegen.

Spöndlin: Jacqueline Fehr, Katharina Prelicz-Huber, Alex Schwank, vielen Dank für dieses Gespräch.



JOYKOES / ILLIKER

Managed Care

Gesetzesvorlage höchst umstritten

Aus unterschiedlichen Gründen stösst die im Parlament hängige Gesetzesvorlage Managed Care auf Widerstand. Wird sie daran scheitern?

Am 15. Dezember hat der Ständerat die Managed-Care-Vorlage beraten. Dabei ist er der politischen Linken und den Patientenorganisationen etwas entgegen gekom-

men. Er hat den erhöhten Selbstbehalt reduziert, den Versicherte bezahlen sollen, die die freie Arztwahl beibehalten wollen. Während heute der Beitritt zu Ärztenetzwerken mit eingeschränkter Arztwahl nur mit einem (oft mässigen) Prämienrabatt honoriert wird, sollen künftig Versicherte ausserhalb solcher Netzwerke einen höheren Selbstbehalt tragen. Der Nationalrat hat sich im Juni für zwei Selbstbehaltstufen von 10 und 20 Prozent entschieden. Das stiess im linken politischen Lager und bei den Pa-

tientenorganisationen auf Kritik. Wenn die freie Arztwahl so teuer erkaufte werden müsse, laufe dies auf eine Zweiklassenmedizin hinaus. Auch die SGSG (die Herausgeberin der Sozialen Medizin) hat sich im letzten Juni öffentlich so geäussert.

Gemäss Beschluss des Ständerats soll sich der Selbstbehalt für Patienten in Netzwerken mit eingeschränkter Arztwahl nun auf 5 Prozent belaufen, im Maximum auf 500 Franken pro Jahr. Versicherte mit freier Arztwahl sollen hingegen einen Selbstbehalt von 15 Prozent tragen, jedoch nicht mehr als 1000 Franken pro Jahr. Als weitere Kostenbeteiligung käme die Franchise von mindestens 300 Franken pro Jahr hinzu. Wer die freie Arztwahl beibehalten will, müsste somit bereit sein, pro Jahr 1 300 Franken seiner Gesundheitskosten selbst zu tragen. Ohne freie Arztwahl wären es hingegen nur 800 Franken. Heute beläuft sich die Selbstbeteiligung auf maximal 1 000 Franken pro Jahr, sofern man keine erhöhte Franchise gewählt hat.

Die Krankenkassen beurteilen dieses Entgegenkommen des Ständerats beim Selbstbehalt mit Skepsis. Sie erklären, aus versicherungstechnischen Gründen müssten Versicherte mit und ohne freie Arztwahl einen um mindestens 10 Prozent unterschiedlichen Selbstbehalt tragen. Das ist bei der Version des Ständerats gerade noch der Fall. Zweifellos hätten die Versicherer jedoch Selbstbehalte von 10 und 20 Prozent bevorzugt. Indem ihr Dachverband santésuisse nicht offen gegen die Version des Ständerats opponiert, schluckt er wohl eine Kröte, um die Vorlage nicht ganz zu gefährden.

Freie Arztwahl erhalten

Die Vorlage geht nun zurück in den Nationalrat und wird dort in der Frühjahrssession beraten, die vom 28. Februar bis 18. März 2011 dauert. Obwohl das Ergebnis der parlamentarischen Beratungen somit noch nicht feststeht, hat die Ärztevereinigung Pulsus bereits ein Referendum dagegen in Aussicht gestellt. Dabei wird sie vor allem die Fahne der freien Arztwahl hochhalten. Pulsus betont, Managed Care-Netzwerke seien durchaus sinnvoll. Niemand solle

aber durch finanzielle Anreize gezwungen werden, auf die freie Arztwahl zu verzichten. Zudem enthalte die in den Netzwerken zwingend vorgesehene Budgetmitverantwortung der Ärzte einen Anreiz zur Rationierung von medizinischen Leistungen. Budgetmitverantwortung heisst, dass die Ärzte die Behandlungskosten zum Teil mittragen. Wenn als Korrektiv kein wirksames Qualitätssicherungssystem zur Verfügung steht, kann das tatsächlich auch

PGS-Modell bedeutet, dass jede und jeder eine persönliche Gesundheitsstelle zu benennen hat muss, an die sie oder er sich bei medizinischen Problemen als Erstanlaufstelle wenden muss. Der Zugang zu Spezialpraxen wäre nur noch mit einer Überweisung möglich. Eine Budgetmitverantwortung der Ärzte ist im PGS-Modell hingegen nicht vorgesehen, und ein abgestufter Selbstbehalt schon gar nicht, da es ja keine Wahl gäbe.

Angebot und Nachfrage

Auf Ablehnung stossen die Beschlüsse des Ständerats im linken politischen Lager, weil dieser die Krankenkassen nicht zwingen will, in allen Regionen mindestens ein Managed Care Modell anzubieten (das zeigt das Interview mit den Nationalrätinnen Jacqueline Fehr und Katharina Prelicz-Huber in diesem Heft). Damit würde die Gesetzesrevision für gewisse Versicherte einfach auf eine Erhöhung des Selbstbesthalts hinauslaufen. Diese hätten gar keine Möglichkeit, sich einem Managed Care-Modell anzuschliessen. Flächendeckende – ja sogar obligatorische – Managed Care-Netzwerke würde hingegen das PGS-Modell bringen, das viele linke Politikerinnen und Politiker unterstützen. Auch der Nationalrat hat im Juni beschlossen, dass jede Krankenkasse mindestens ein Managed Care-Modell im Angebot haben müsse, das sie allerdings nicht selbst führen dürfe.

Anders sieht das die FMH. Für sie muss Managed Care eine durch und durch freiwillige Sache sein, sowohl für die Versicherten als auch für die Ärzte und die Krankenkassen. Die verschiedenen Anspruchsgruppen sollen möglichst viele Details vertraglich regeln. Wahrscheinlich ist die Freiheit der Versicherten nicht das Hauptanliegen der FMH. Aber sie befürchtet wohl aus gutem Grund, dass der Beitritt zu Managed Care-Netzwerken auch für Versicherte und Ärzte obligatorisch würde, wenn die Krankenkassen zu einem derartigen Angebot gezwungen würden.

Die Krankenkassen sind ebenfalls dagegen, überall Managed Care-Modell anbieten zu müssen. Sie argumentieren marktwirtschaftlich. Das Angebot im Gesundheitswesen solle durch Angebot und Nachfrage bestimmt werden, wozu alle Beteiligten aufgrund ökonomischer Anreize frei entscheiden können müssten.

RUEDI SPÖNDLIN



Zum Teil befürworten links orientierte Ärzte allerdings das von Gewerkschaften und Berufsverbänden erarbeitete Modell der persönlichen Gesundheitsstelle (PGS), das für sämtliche Versicherte die freie Arztwahl einschränken würde.

einmal auf die Verweigerung eines an sich sinnvollen Behandlungsschritts hinauslaufen.

Skeptisch gegenüber Kostenbeteiligung

Die Vereinigung Pulsus gilt zwar als standespolitisch eher konservativ, findet mit ihren Argumenten gegen die Managed Care-Vorlage aber auch bei zahlreichen politisch links orientierten Ärztinnen und Ärzten Unterstützung. Diese lehnen vor allem die Budgetmitverantwortung ab, weil sie ebenfalls eine Rationierung befürchten. Auch der differenzierte Selbstbehalt stösst bei vielen von ihnen auf Ablehnung, weil sie der Kostenbeteiligung der Patienten generell skeptisch gegenüber stehen. Zum Teil befürworten links orientierte Ärzte allerdings das von Gewerkschaften und Berufsverbänden erarbeitete Modell der persönlichen Gesundheitsstelle (PGS), das für sämtliche Versicherte die freie Arztwahl einschränken würde. Das

Ein politischer Kompromiss

Die FMH als repräsentative Standesorganisation der Ärztinnen und Ärzte hat sich bis jetzt grundsätzlich positiv zur Gesetzesvorlage Managed Care geäussert, auch wenn ihre Forderungen zu den Details nicht alle erfüllt werden dürften (sie fordert z.B. den freien Zugang zur Psychiatrie auch für Versicherte im Managed Care-Modell). Ein Grund für die positive Grundhaltung der FMH ist wohl, dass es sich bei der Vorlage Managed Care gewissermassen um einen politischen Kompromiss handelt. Wird sie angenommen, ist die viel weiter gehende Abschaffung des Vertragszwangs vorerst vom Tisch. Aufhebung des Vertragszwangs heisst, dass die Krankenkassen frei entscheiden könnten, welche Arztpraxen zu ihren Lasten tätig sein dürfen. Etwas überspitzt gesagt, würden also die Krankenkassen für ihre Versicherten die Ärzte auswählen. Und gewisse Ärzte müssten unter Umständen mit einem faktischen Berufsverbot rechnen.

Lösungen im Konsens mit den Patienten suchen

Ein Gespräch mit Jürg Gassmann über Zwang in der Psychiatrie

Werden in der Schweiz Menschen zu leichtfertig in die Psychiatrie eingewiesen? Sollen auch ausserhalb der Kliniken Zwangsbehandlungen möglich sein? Und wie weit darf die IV Versicherte zur Einnahme von Psychopharmaka zwingen? Hier ein Gespräch über den Sinn und die Zulässigkeit von Zwang in der Psychiatrie, auch im Hinblick auf das neue Erwachsenenschutzrecht (vgl. Soziale Medizin 3.10 S. 41 ff.).

Interview: Ruedi Spöndlin

Ruedi Spöndlin: Zwangseinweisungen in die Psychiatrie sind ein Reizthema, zu dem man die unterschiedlichsten Einschätzungen hört. Kritische Stimmen sagen, in der Schweiz würden Menschen zu leichtfertig in der Psychiatrie versorgt. Im Gespräch mit Verantwortlichen von Kliniken und Behörden spüre ich hingegen eine enorme Zurückhaltung gegenüber Zwangseinweisungen. Welcher Eindruck ist nun richtig?

Jürg Gassmann: Diesbezüglich gibt es grosse kantonale Unterschiede. Im Kanton Basel-Stadt beispielsweise ist die Situation insofern speziell, als dort ein amtsärztlicher Dienst für Zwangseinweisungen zuständig ist. Somit besteht dort Gewähr, dass die Voraussetzungen für eine Einweisung sehr genau geprüft werden. Im Kanton Zürich verhält es sich jedoch ganz anders. Gemäss gegenwärtiger Regelung hat dort jeder frei praktizierende Arzt die Kompetenz, Zwangseinweisungen vorzunehmen. Also auch Ärztinnen und Ärzte, die nicht viel von Psychiatrie verstehen. Im Kanton Zürich liegt die Schwelle für eine Zwangseinweisung somit wohl tiefer als in Basel-Stadt.

Sp: Kommt es im Kanton Zürich deshalb zu relativ vielen Zwangseinweisungen?

Gassmann: Aus meiner Sicht finden im Kanton Zürich tatsächlich zu viele

Zwangseinweisungen statt. Beziffern kann ich das aber nicht. Denn Zwangseinweisungen werden zwar statistisch erfasst. Die betreffenden Statistiken sind jedoch nicht sehr aussagekräftig, weil man den Begriff der Zwangseinweisung – in der Terminologie des Gesetzes fürsorgliche Freiheitsentziehung genannt – unterschiedlich definieren kann. Die Abgrenzung zwischen einem freiwilligen Klinikeintritt unter einem gewissen Druck und einer Zwangseinweisung ist fließend. Dazu kommt, dass diese statistischen Angaben nicht publiziert werden. Sie sind zwar im Bundesamt für Statistik vorhanden, werden aber nicht öffentlich gemacht. Somit kann man nicht genau feststellen, wie die einzelnen Kantone da stehen, was die Anzahl der zwangsweisen psychiatrischen Einweisungen anbelangt. Auch ein internationaler Vergleich ist schwierig. Aufgrund der verfügbaren Daten muss man allerdings davon ausgehen, dass die Schweiz diesbezüglich europaweit zur Spitzengruppe gehört.

Sp: In welchen andern Ländern kommt es zu vielen Zwangseinweisungen?

Gassmann: In Europa sind Finnland mit 218 Zwangseinweisungen pro 100'000 Bewohnerinnen und Bewohner gefolgt von Österreich mit 175 Zwangseinweisungen Spitzenreiter.

Rechnet man die in der Schweiz verfügbaren Angaben hoch, kommt man auf vergleichbare Zahlen.

Sp: Und in welchen Ländern herrscht eine zurückhaltende Praxis bei Zwangseinweisungen?

Gassmann: Tiefe Zahlen weisen Grossbritannien und die Niederlande aus, wo die ambulante Gemeindepsychiatrie sehr gut ausgebaut ist.

Sp: Hängt die Häufigkeit von Zwangseinweisungen vom psychiatrischen Versorgungsangebot ab?

Gassmann: Das ist eindeutig der Fall. Und in der Schweiz hat die Psychiatrie eben nach wie vor ein sehr starkes stationäres Standbein. Im Vergleich zu anderen europäischen Staaten haben wir hierzulande wenige Alternativen im ambulanten Bereich. Vor allem fehlt es an aufsuchender Hilfe durch mobile Equipen, ein Modell, das europaweit stark im Kommen ist.

Sp: Ist es nicht so, dass von Angehörigen und anderen nahe stehenden Personen ein grosser Druck ausgehen kann, einen Menschen in die Psychiatrie einzuweisen. Und gerade Hausärztinnen und -ärzte können diesem Druck oft nur schwer standhalten?

Gassmann: Der Druck der Umgebung spielt bei Zwangseinweisungen tatsächlich eine grosse Rolle. Um mit diesem umzugehen, ist eine hohe Qualifikation nötig. Die betreffenden Fachpersonen müssen aufzeigen können, welche Alternativen bestehen und welches Verhalten gegenüber dem betroffenen Menschen sinnvoll wäre. Je weniger ein Arzt oder eine Ärztin dazu qualifiziert ist, desto mehr befürchtet er oder sie, für allfällige Vorfälle verantwortlich gemacht zu werden. Deshalb wird vorsichtshalber oft einmal eingewiesen. Aus diesem Grund wäre es wichtig, die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte zu beschränken, die zu Zwangseinweisungen befugt sind. Dabei wären auch gewisse fachliche Kriterien voraus zu setzen.

Sp: Macht es etwas aus, welche Instanz über Beschwerden gegen eine Zwangseinweisung entscheidet? Auch diesbezüglich gibt es ja Unterschiede zwischen den Kantonen.

Gassmann: Das ist richtig. Im Kan-



“

Der Druck der Umgebung spielt bei Zwangseinweisungen tatsächlich eine grosse Rolle. Um mit diesem umzugehen, ist eine hohe Qualifikation nötig. Die betreffenden Fachpersonen müssen aufzeigen können, welche Alternativen bestehen und welches Verhalten gegenüber dem betroffenen Menschen sinnvoll wäre. Jürg Gassmann

ton Basel-Stadt beispielsweise ist dafür die Psychiatrierekurskommission zuständig, ein interdisziplinäres Fachgericht, dem neben Juristinnen und Juristen Experten aus Psychiatrie und den psychosozialen Diensten angehören. Im Kanton Zürich lag die Kompetenz für Zwangseinweisungen bis 1996 bei der psychiatrischen Gerichtskommission, einem ähnlichen Gremium, wie es Basel heute hat. 1996 wurde diese Kommission jedoch abgeschafft und deren Kom-

petenz Einzelrichtern an den Bezirksgerichten übertragen. Pro Mente Sana opponierte damals gegen diese Änderung. Denn die Beurteilung von Beschwerden gegen Zwangseinweisungen ist eine Aufgabe, die nicht ein einzelner Jurist oder eine einzelne Juristin wahrnehmen sollte. Dazu braucht es ein interdisziplinäres Gremium mit hoher Fachkenntnis. Das heisst nicht, dass alle Einzelrichter ihre Sache schlecht machen. Manche sind sehr engagiert und treffen

spontaine | sozmedia

gute Entscheidungen. Andere sind mit der Materie hingegen zuwenig vertraut, um sachgerechte Entscheide zu fällen. Oft befürchten auch sie, für allfällige Folgen verantwortlich gemacht zu werden, wenn sie jemanden entlassen. Zudem stellen sie sehr stark auf die psychiatrischen Gutachten ab, was auf eine Verschiebung der Verantwortung hinaus läuft.

Sp: Ist das eine neue Erscheinung, dass sich Ärzte und Richter davor fürchten, verantwortlich gemacht zu werden, wenn sie einem psychisch auffälligen Menschen die Freiheit nicht entziehen? Nach ein paar schrecklichen Sexualmorden in den 1990er Jahren haben rechtspopulistische Kreise ja eine regelrechte Kampagne gegen die Gerichtspsychiater losgetreten, welche die Gefährlichkeit der betreffenden Mörder falsch beurteilt haben sollen. Meines Wissens wurden in der Folge sogar Psychiater wegen fahrlässiger Tötung angeklagt. Hat dies bei den Verantwortlichen zu einer veränderten Praxis auch bei Zwangseinweisungen geführt?

Gassmann: Wie sich das auf der Zeitachse entwickelt hat, kann ich nicht sicher beurteilen. Dies auch deshalb, weil die entsprechenden Zahlen gar nicht publiziert werden. Deshalb fordert Pro Mente Sana, bei der Umsetzung des neuen Erwachsenenschutzrechts statistische Daten verfügbar zu machen und ein Monitoring einzuführen. Dadurch liesse sich besser beurteilen, welches Versorgungssystem und welche Art von Rechtsschutz sich bewähren. Ziel muss es sein, Zwangseinweisungen – im neuen Recht heissen diese ‚fürsorgerische Unterbringungen‘ – soweit möglich zu vermeiden.

Sp: Inwiefern ändert sich mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht die Zuständigkeit für Zwangseinweisungen?

Gassmann: Gemäss heutigem Recht ist grundsätzlich die Vormundschaftsbehörde für eine Zwangseinweisung zuständig, im neuen Recht wird es die Erwachsenenschutzbehörde sein. Heute ist es jedoch so, dass die Vormundschaftsbehörde in den wenigsten Fällen einweist. Meistens tun das die Ärztinnen und Ärzte. Eine Studie von Marco Borghi aus den 90er Jahren zeigt, dass nur ein kleiner Prozentsatz aller Einwei-

sungen durch eine Vormundschaftsbehörde erfolgt. Gemäss neuem Gesetz muss nach einer Aufenthaltsdauer in einer Klinik von maximal 6 Wochen die Erwachsenenschutzbehörde die Rechtmässigkeit einer fürsorgerischen Unterbringung überprüfen. Gegenwärtig ist es in vielen Kantonen hingegen so, dass Ärztinnen und Ärzte auf unbestimmte Zeit einweisen können. So kann es vorkommen, dass jemand monatelang in einer Klinik bleibt, ohne dass eine rechtliche Überprüfung durch eine unabhängige Behörde erfolgt.

Sp: Wird es auch in Zukunft so sein, dass gewisse Erwachsenenschutzbehörden vor allem auf die psychiatrischen Gutachten abstellen?

Gassmann: Ein Vorteil des neuen Rechts ist, dass die Erwachsenenschutzbehörden professionell arbeiten und in-

Unser Gesprächspartner

Jürg Gassmann, lic.iur., 1993 – 2010
Geschäftsleiter der Schweizerischen
Stiftung Pro Mente Sana, seit Oktober
2010 Praxis als Rechtsanwalt und
Organisationsberater in Winterthur.

terdisziplinär zusammengesetzt sein müssen. Demgegenüber haben wir es heute vor allem in ländlichen Gegenden noch mit Laienbehörden zu tun, deren Angehörige ihre Funktion nebenberuflich als politisches Amt ausüben. Diese Änderung wird zu einer höheren Qualität der Entscheidungen und einem besseren Schutz der Rechte der Betroffenen führen. Auch deren Verfahrensrechte sollten besser gewahrt werden. Den heutigen Laienbehörden sind die Verfahrensrechte der Betroffenen oft wenig vertraut.

Sp: Ein brisantes Thema sind auch Zwangsmassnahmen im ambulanten Bereich. Wieweit sind diese zulässig und werden gemäss neuem Erwachsenenschutzrecht zulässig sein?

Gassmann: Heute regelt das Bundesrecht nur die Voraussetzungen einer fürsorgerischen Freiheitsentziehung. Über Behandlungen gegen den Willen oder zumindest ohne Zustimmung der betroffenen Person in der Klinik enthält das Bundesrecht keine Regeln. Früher ging man in der Rechtslehre mehrheitlich davon aus, die Befugnis dazu sei im Einweisungsentscheid sozusagen inbegriffen. In den 90er Jahren hat das Bundesgericht diese Auffassung aber umgestossen. Seither ist für eine Zwangsbehandlung in der Klinik eine eigene Rechtsgrundlage in einem kantonalen Gesetz nötig. Somit haben wir diesbezüglich einen föderalistischen Wirrwarr.

Dasselbe gilt für Zwangsmassnahmen im ambulanten Bereich. Auch dazu ist heute eine kantonale Gesetzesgrundlage nötig, womit es sich in jedem Kanton anders verhält. Mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht wollte man hier eine Vereinheitlichung bewerkstelligen. Im Bereich der Zwangsmassnahmen während einer fürsorgerischen Unterbringung ist das gelungen. Zwangsmassnahmen im ambulanten Bereich wollte die Expertenkommission, die den Entwurf zum Erwachsenenschutzrecht ausarbeitete, nicht regeln, und zwar im Sinne eines qualifizierten Schweigens. Sie wollte solche Massnahmen damit verbieten. Dagegen liefen die Kantone aber in der Vernehmlassung Sturm. Der Bundesrat gab ihnen nach und das neue Erwachsenenschutzrecht enthält nun eine Bestimmung, wonach die Frage der ambulanten Zwangsmassnahmen insbesondere im Rahmen einer Nachbetreuung durch die Kantone geregelt werden kann. Das wird wiederum zu einer rechtlich problematischen föderalistischen Vielfalt führen.

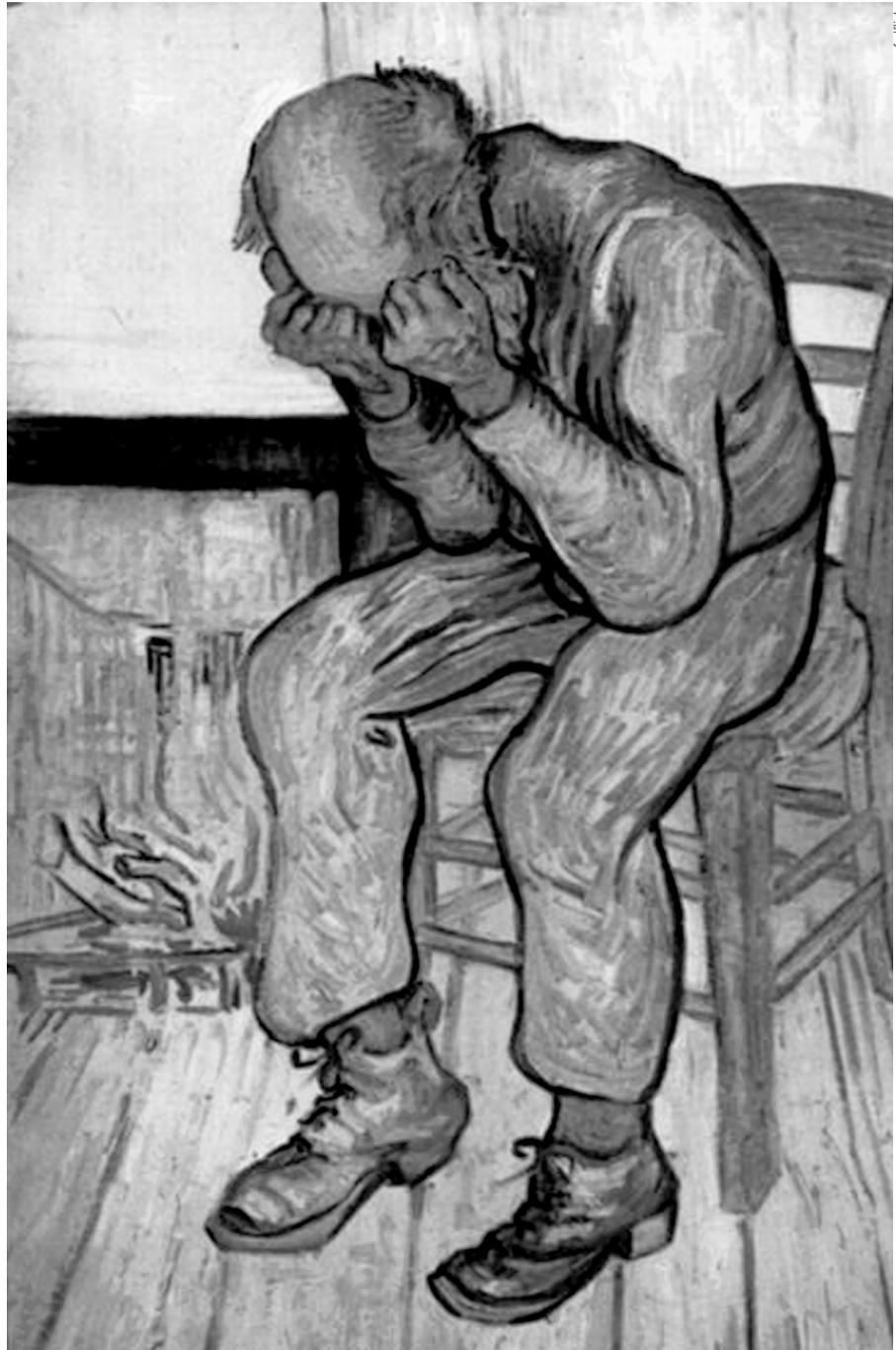
Sp: In einem Interview mit der Sozialen Medizin vertrat die Psychiaterin Gabriela Stoppe die Ansicht, ambulante Zwangsbehandlungen müssten in gewissen Fällen möglich sein, um Entlassungen aus der Klinik überhaupt erst zu ermöglichen (Soziale Medizin 3.10 S. 44).

Gassmann: Das ist umstritten. Denkbar ist ja eine breite Palette von ambulanten Zwangsbehandlungen. Die am wenigsten weitgehende Form ist, einem Patienten bei der Entlassung aus

der Klinik Weisungen zu erteilen und ihn diese allenfalls unterschreiben zu lassen. Ihm also zu beispielsweise zu sagen: Wir möchten, dass du dieses Medikament weiterhin nimmst. Wenn er es dann aber doch nicht nimmt, erfolgt keine Sanktion. Man erzeugt lediglich einen gewissen moralischen Druck. Erst wenn der betreffende Patient oder die Patientin wieder in eine Situation gerät, die eine erneute Freiheitsentziehung erfordert, wird er oder sie wieder in die Klinik eingewiesen. Eine weitere Stufe des Zwangs wäre, dass der Patient oder die Patientin nach der Klinikentlassung in gewissen Abständen eine psychiatrische Praxis aufsuchen muss. Käme der betreffende Mensch dem nicht nach, würde er von der Polizei in die Praxis gebracht werden. Nochmals eine weitere Stufe wäre die Regelung, nicht nur die polizeiliche Zuführung vorzusehen, sondern auch die zwangsweise Verabreichung eines Medikaments. In diesem Bereich können die Kantone künftig ihre eigenen Regeln erlassen. Die zwangsweise Verabreichung eines Medikaments dürfte – so auch die im Parlament geäußerte Ansicht von Bundesrätin Widmer-Schlumpf – jedoch mit dem Bundesrecht nicht vereinbar sein.

Sp: Welche Zwangsmassnahmen im ambulanten Bereich sind problematisch?

Gassmann: Weisungen zu erteilen, ist meines Erachtens relativ unproblematisch. Ich bin jedoch dagegen, dass polizeiliche Organe für die Psychiatrie im ambulanten Bereich tätig werden. Denn das würde zu einer weiteren Stigmatisierung der Patientinnen und Patienten in diesem Bereich führen. Stellen wir uns vor, man ist als Patient freiwillig in einem psychiatrischen Ambulatorium. Während man da sitzt und wartet, führt die Polizei andere Patienten herein. Dies nimmt auch die Bevölkerung wahr, was zwei Assoziationen weckt: Einerseits dass die betreffende Institution mit der Polizei zusammen arbeitet. Und andererseits dass deren Patienten sozusagen zu einem kriminellen Milieu gehören. Das kann dazu führen, dass Menschen, die Hilfe nötig hätten, mit dieser Institution nichts zu tun haben wollen. Selbst wenn polizeilicher Zwang in einzelnen Fällen hilfreich sein mag, hätte dieser auf das Renommee der



erprote flickr

betreffenden Institution derart negative Auswirkungen, dass diese ihrer Aufgabe kaum mehr nachkommen kann.

Sp: Weiss man schon, was für Zwangsmassnahmen die Kantone im ambulanten Bereich planen?

Gassmann: Im Moment sind verschiedene kantonale Gesetzesentwürfe in der Vernehmlassung. In welche Rich-

tung diese gehen, konnte ich noch nicht analysieren.

Sp: Übt nicht auch die Invalidenversicherung (IV) Zwang auf Psychiatriepatienten aus, unter dem Stichwort Schadenminderungspflicht? Indem sie den Betroffenen sagt, wenn ihr dieses und jenes Medikament nicht nehmt, tut ihr nicht alles Zumutbare zur Verbesserung

eures Gesundheitszustands und müsst eine Kürzung der Versicherungsleistungen in Kauf nehmen. Zum Teil sollen die IV-Organen den behandelnden Psychiatern und ihren Patienten genau vorschreiben, welches Medikament in welcher Dosierung einzunehmen ist (vgl. Soziale Medizin 1.09 S. 55 ff.).

Gassmann: Es kommt tatsächlich vor, dass die regionalen ärztlichen Dienste der IV unter dem Stichwort Schadenminderungspflicht anordnen, dass sich ein Patient oder eine Patientin einer ganz bestimmten Behandlung unterziehen muss. Ich finde es legitim, dass der regionalärztliche Dienst jemandem die Weisung erteilt, sich behandeln zu lassen. Wie diese Behandlung dann ausgestaltet wird, kann aber nicht am grünen Tisch des regionalärztlichen Dienstes entschieden werden. Dabei ist auch die Therapiewahlfreiheit zu respektieren, die auf dem verfassungsrechtlichen Anspruch auf persönliche Freiheit beruht. Weisungen von IV-Organen zur Ausgestaltung einer Therapie sind ein massiver Grundrechtseingriff, für den es meines Erachtens keine genügenden gesetzlichen Grundlagen gibt. Eine sinnvolle Therapie kann übrigens nur gemeinsam von behandelndem Arzt und Patient erarbeitet und entwickelt werden. Somit sind derartige Auflagen der IV-Organen nicht nur rechtlich fragwürdig, sondern auch therapeutisch unsinnig.

Sp: Ist der Rechtsschutz gegenüber der IV nicht sogar schwächer als bei einer Zwangseinweisung? Müssen die Betroffenen nicht einen langwierigen Rechtsweg zu den Sozialversicherungsgerichten beschreiten, wenn sie sich gegen eine Auflage der IV wehren wollen, während sie gegen eine fürsorgliche Freiheitsentziehung in einem raschen Verfahren Beschwerde einlegen können?

Gassmann: Das stimmt. Und die Betroffenen stehen unter enormem Druck. Denn wenn jemand Auflagen der IV nicht beachtet, steht die wirtschaftliche Existenz auf dem Spiel. Diese Verknüpfung kommt fast einer Nötigung gleich.

Sp: Sind solche Behandlungsaufgaben der IV überhaupt zulässig?

Gassmann: Das Bundesamt für Sozialversicherung hat in einer Weisung

die kantonalen IV-Stellen einmal angewiesen, keine Auflagen zu den Details einer Therapie zu erteilen. Diese tun das zum Teil aber trotzdem. Einen Entscheid des Bundesgerichts dazu gibt es meines Wissens nicht.

Sp: Können Ärzte und Patienten solche Weisungen nicht einfach missachten, ohne das es jemand bemerkt?

Gassmann: Das ist nicht so einfach. Die IV kontrolliert manchmal mit Hilfe von Blutproben, ob bestimmte Medikamente eingenommen werden.

Sp: Kommen wir nochmals zum neuen Erwachsenenschutzrecht (vgl. Soziale Medizin 3.10 S. 41 ff.). Ist dieses nicht eine gesetzgeberische Leidensgeschichte? Vom Parlament definitiv verabschiedet wurde es schon Ende 2008. Zuerst hiess es, es solle 2013 in Kraft treten. Jetzt wird dieser Termin möglicherweise wieder hinausgeschoben.

Gassmann: Der Bundesrat hat Ende 2010 bei den Kantonen nochmals eine Umfrage zum Inkrafttreten des Erwachsenenschutzrechts durchgeführt. Eine Mehrheit der Kantone sagte, der Termin Anfang 2013 sei möglich und erwünscht. Eine Minderheit, darunter der Kanton Zürich, erklärte jedoch, das Gesetz bis dann nicht umsetzen zu können. Nun hat der Bundesrat in Aussicht gestellt, im ersten Quartal 2011 darüber zu entscheiden. Gegen den Willen des grossen Kantons Zürich wird er aber kaum ein Inkrafttreten auf Anfang 2013 beschliessen. Meine Prognose ist, dass sich der Bundesrat für den 1. Januar 2014 entscheiden wird.

Sp: Was ist der Grund für den Widerstand gegen ein baldiges Inkrafttreten?

Gassmann: Dem neuen Gesetz liegt die Idee zugrunde, die Erwachsenenschutzbehörden zu professionalisieren und auf regionaler Ebene anzusiedeln. Sinnvoll wäre die Schaffung von kantonalen Behörden, zum Beispiel auf Bezirksebene. Dagegen wehren sich im Kanton Zürich aber die Gemeinden, in deren Zuständigkeitsbereich die Vormundschaftsbehörden bisher fallen. Als Kompromiss sollen im Kanton Zürich nun interkommunale Behörden installiert werden, was einen Zusammenschluss der Gemeinden zu Zweckverbänden erfordert. Das ist ein komplexer

Prozess, der Zeit benötigt. Trotzdem befriedigt das im Kanton Zürich vorgesehene System aus fachlicher Sicht nicht.

Sp: Wo liegen die fachlichen Bedenken gegen das Zürcher Modell?

Gassmann: Das Gesetz schreibt professionelle, interdisziplinär zusammengesetzte Erwachsenenschutzbehörden vor. Im Kanton Zürich wird voraussichtlich ein Einzugsgebiet von 50'000 Bewohnerinnen und Bewohnern je Behörde vorgeschrieben werden. Das wird dazu führen, dass die Mitarbeitenden nur Teilpensen haben werden, was die Professionalisierung erschweren wird. Denn für qualifizierte Fachleute wird eine solche Anstellung nicht unbedingt sehr attraktiv sein.

Sp: Müssen diejenigen, die in mittelgrossen Gemeinden heute für das Vormundschaftswesen verantwortlich sind, mit dem Verlust ihrer Arbeitsstelle rechnen? Dies obwohl sie zum Teil sehr qualifizierte Arbeit leisten.

Gassmann: Gewisse Aufgaben der Gemeinden werden tatsächlich wegfallen, andere können bleiben. Die Erwachsenenschutzbehörde kann gewisse Abklärungen beispielsweise an die Sozialdienste der Gemeinden delegieren. Qualifizierte Mitarbeitende müssen sich keine Sorgen machen. Der Bedarf nach kompetenten Fachleuten wird mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht eher ansteigen, so dass bisherige qualifizierte Mitarbeitende der Gemeinden auf dem Arbeitsmarkt gesucht sein werden.

Sp: Das Erwachsenenschutzrecht enthält auch Bestimmungen über Patientenverfügungen und Vorsorgeaufträge. Ist das für die Psychiatrie ebenfalls von Bedeutung?

Gassmann: Das ist ein ganz interessanter und wichtiger Aspekt. Das Erwachsenenschutzrecht soll tatsächlich die eigene Vorsorge stärken, indem es Patientenverfügungen und Vorsorgeaufträge für verbindlich erklärt. Bei fürsorglichen Unterbringungen findet sich im neuen Gesetz hingegen eine Einschränkung, indem Patientenverfügungen in dieser Situation zwar soweit möglich berücksichtigt werden müssen, aber nicht gleich verbindlich sind wie bei einer somatischen Behandlung. Um die Selbstbestimmung respektieren zu kön-

nen, sollte die Psychiatrie ihren Patientinnen und Patienten geeignete Patientenverfügungen vorschlagen, die auch im Falle einer Zwangseinweisung handhabbar sind. Mit andern Worten: Die Psychiatrie soll sich vermehrt im Konsens mit ihren Patienten um Lösungen bemühen.

Mit Nachdruck begrüsst Pro Mente Sana auch die im neuen Erwachsenenschutzrecht vorgesehene Möglichkeit, sich während eines Klinikaufenthalts und des Einweisungsverfahrens von einer Vertrauensperson begleiten zu lassen. Viele Psychiatriepatientinnen und -patienten werden in ihrem Umfeld gar keine geeignete Vertrauensperson kennen. Pro Mente Sana ist nun der Meinung, dass die Kantone Dienste einrichten sollten, die solche Vertrauenspersonen vermitteln. In den Kantonen Tessin und Genf gibt es solche Dienste. Und sie funktionieren gut.

Sp: Zwang in der Psychiatrie gibt es ja auch im Rahmen der Strafjustiz. Es gibt Menschen, die von einem Strafgericht wegen einer kriminellen Handlung zu einer Therapie oder sogar einem stationären Klinikaufenthalt verurteilt werden. Gilt das Erwachsenenschutzrecht für diese nicht?

Gassmann: Das ist richtig. Das Erwachsenenschutzrecht ist Teil des Zivilrechts. Das System der strafrechtlichen Massnahmen ist davon völlig getrennt, obwohl es Menschen gibt, die sich auf der Schwelle zwischen den beiden Systemen befinden. Eine These besagt, je freiheitlicher das Erwachsenenschutzrecht ist, desto grösser sei die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen ins Zwangssystem des Strafrechts geraten.

Sp: Mir fällt auf, dass die forensische Psychiatrie – also die Psychiatrie, die mit der Strafjustiz zusammenarbeitet – an Bedeutung gewinnt. Ich kann das zwar nicht mit Zahlen belegen. Aber die forensische Psychiatrie ist in der Öffentlichkeit sehr präsent und die Chefärzte der Forensik geniessen nach meiner Wahrnehmung viel mehr Prestige als noch vor 20 oder 30 Jahren. Ich denke, das hängt auch damit zusammen, dass der Stellenwert des Themas Kriminalität in der politischen Diskussion zugenommen hat.



Der Anteil psychisch kranker Straftäter ist hoch. Diese kommen aber oft nicht in den Genuss einer adäquaten Behandlung, weil im Strafvollzug die Möglichkeiten dazu fehlen.

Gassmann: Eine Tatsache ist auch, dass psychische Erkrankungen im Bereich des Strafrechts und Strafvollzugs eine sehr grosse Rolle spielen. Der Anteil psychisch kranker Straftäter ist hoch. Diese kommen aber oft nicht in den Genuss einer adäquaten Behandlung, weil im Strafvollzug die Möglichkeiten dazu fehlen. Insofern besteht ein grosser Bedarf nach den Dienstleistungen der forensischen Psychiatrie.

Sp: Wieweit sind Zwangsmassnahmen im forensischen Bereich der Psychiatrie zulässig?

Gassmann: Leider hat die Revision der Allgemeinen Bestimmungen des Straf-

gesetzbuches von 2006 nicht die erhoffte Klärung gebracht. Eine Zwangsbehandlung von urteilsfähigen Tätern ist nicht zulässig, es besteht dafür keine ausreichende gesetzliche Grundlage. Bei urteilsunfähigen Tätern ist die Rechtslage unklar, wenn die Frage nicht im kantonalen Gesundheitsrecht geregelt ist. Bei ambulanten Massnahmen ist es so: Wenn der Betroffene nicht kooperiert, muss die Massnahme abgebrochen und die Freiheitsstrafe vollzogen werden.

Sp: Zurzeit treten ja neue Regeln über die Spitalfinanzierung in Kraft. Zwischen den Spitälern soll mehr Wettbe-

werb herrschen, die Patienten haben die freie Spitalwahl. Spitäler müssen sich um die Aufnahme in die Spitalliste bewerben, wenn sie weiterhin im Bereich der Grundversorgung tätig sein wollen. Hat das Einfluss auf die psychiatrische Versorgung?

Gassmann: Man kann davon ausgehen, dass viele psychisch kranke Patienten ihre Klinik nicht sehr gezielt auswählen. Somit spielt der Wettbewerb um die Patientinnen und Patienten zwischen psychiatrischen Kliniken vermutlich weniger als beispielsweise zwischen chirurgischen Abteilungen. Bei fursorgerischer Freiheitsentziehung gibt es ohnehin keine freie Wahl. Dann bestimmt die einweisende Behore, welche Einrichtung geeignet ist. Trotzdem erhoffe ich mir von der freien Spitalwahl eine gewisse Qualitätsverbesserung. Kliniken, die keinen guten Ruf geniessen, weil ihre Qualität zu wünschen übrig lässt, werden ihre Betten nicht mehr auslasten können, während die Klinik im Nachbarkanton voll belegt ist. Dadurch geraten die weniger beliebten Kliniken unter Druck, sich um Qualität zu bemuhlen.

Eher problematisch finde ich hingegen die Einführung von Fallkostenpauschalen. Meines Wissens hat der Bundesrat entschieden, dass diese ab 2015 auch in der Psychiatrie eingeführt werden sollen. Im Moment gibt es jedoch kein Modell, wie man in der Psychiatrie diagnosespezifisch sinnvolle Fallkostenpauschalen festlegen könnte. Das System der Fallkostenpauschale kann dazu führen, dass die Patienten unter Kostendruck zu früh entlassen werden und nach einem Rückfall bald wieder in die Klinik zurück müssen. Damit würde also der Drehtüreffekt beschleunigt.

Sp: Können wir nicht schon heute ein gewisses Zweiklassensystem unter den psychiatrischen Kliniken beobachten. Wer zwangsweise eingewiesen wird, kommt in eine grosse öffentliche Klinik. Wer einen Aufenthalt plant, wählt hingegen eher eine kleinere Privatklinik. Wird die neue Spitalfinanzierung diesen Effekt verstärken?

Gassmann: Es gibt tatsächlich schon heute Privatkliniken, etwa die Klinik Hohenegg in Meilen oder Littenheid im Thurgau, die weit stärker psychothera-

peutisch arbeiten als die öffentlichen Kliniken. Sie können eine viel persönlichere Betreuung anbieten, als dies in den staatlichen Kliniken möglich ist. Insofern ist die Zweiklassenpsychiatrie schon heute eine Realität. Ich befürchte, dass sich die bereits bestehenden Unterschiede noch verschärfen werden.

Sp: Hat diese Differenzierung nicht auch damit zu tun, dass die Kantonsregierungen gewisse psychiatrische Kliniken von der Spitalliste gestrichen haben, wie etwa die Klinik Hohenegg in Meilen. Nun müssen sich diese auf Privatpatienten beschränken.

Gassmann: Das ist richtig. In der Klinik Hohenegg erfolgte die Ausrichtung

Krankheiten nichts wissen. Davon zeugt auch die Entwicklung bei der IV. In der Wintersession 2010 hat der Nationalrat eine Überprüfung laufender IV-Renten beschlossen, welche die Ansprüche psychisch kranker Menschen in Frage stellt.

Sp: Zum Schluss, welche sind die wichtigsten Forderungen in Zusammenhang mit dem Zwang in der Psychiatrie?

Gassmann: Es müssen endlich aussagekräftige statistische Grundlagen geschaffen werden. Ein Mangel des Erwachsenenschutzrechts ist, dass es keine Bundesaufsicht vorsieht. Deshalb muss man ein System der Qualitätskontrolle etablieren, an dem sich die Kan-



Das System der Fallkostenpauschale kann dazu führen, dass die Patienten unter Kostendruck zu früh entlassen werden und nach einem Rückfall bald wieder in die Klinik zurück müssen.

auf Privatpatienten nicht freiwillig. Diese Klinik war gezwungen, das Privatangebot auszubauen. Solange sie sich auf der Spitalliste befand, hat sie auch grundversicherten Patientinnen und Patienten ein qualitativ sehr hochstehendes Psychotherapieangebot zur Verfügung gestellt. Die Krankenkassen und Kantonsregierungen tendieren aber dahin, grundversicherten Patientinnen und Patienten nur noch eine Null acht funfzahn-Psychiatrie zu ermöglichen. Gerade was Psychotherapie betrifft, ist das Angebot für Grundversicherte dürftig.

Sp: Ist das eine Folge davon, dass psychisch kranke Menschen eine schwache Lobby haben, obwohl sie durchaus zahlreich sind.

Gassmann: Das ist zweifellos so. Die Meinung, dass psychische Krankheiten selbst verschuldet seien, ist weit verbreitet – wohl gerade deshalb, weil viele Menschen die Angst abwehren müssen, selbst einmal psychisch krank zu werden. Deshalb wollen sie von diesen

tone freiwillig beteiligen. Das ist nur mit besseren statistischen Daten möglich. Aufgrund solcher Daten sollte man dann beispielsweise Aussagen darüber machen können, warum in einem Kanton relativ viele oder relativ wenige Zwangsmassnahmen angeordnet werden. Daraus sollte sich dann auch Veränderungsbedarf herleiten lassen. Dabei könnte sich beispielsweise zeigen, dass das den Kliniken vorgelagerte ambulante System ausgebaut werden muss. Dass das sinnvoll wäre, weiss man allerdings schon heute. Mit besseren statistischen Angaben liesse es sich aber schlüssiger nachweisen.

Grundsätzlich ist es so, dass eine Zwangseinweisung nur erfolgen darf, wenn keine andere Massnahme zum Ziel führt. Die Kantone werden durch das Erwachsenenschutzrecht aber gar nicht verpflichtet, andere – ambulante – Angebote zur Verfügung zu stellen.

Sp: Jürg Gassmann, besten Dank für dieses interessante Gespräch.

Pharmaindustrie und globale Krebsbekämpfung

Profitstrategien mit schwer wiegenden Folgen in der Dritten Welt

Dass Krebs vor allem in den reichen Ländern auftritt, ist ein Irrtum. In Asien, Afrika und Lateinamerika sind Krebserkrankungen ein zunehmendes Problem. Die Preispolitik der Pharmaindustrie führt jedoch dazu, dass Krebspatienten in armen Ländern Krebsmedikamente oft gar nicht zur Verfügung stehen.

Von Franco Cavalli

Franco Cavalli, Prof. Dr. med., Onkologe, medizinischer Leiter des Istituto Oncologico della Svizzera Italiana in Bellinzona, Präsident der internationalen Krebs-Union UICC, SP-Nationalrat von 1995–2007, Herausgeberbeirat Soziale Medizin.



Der vorliegende Beitrag ist erstmals erschienen im Heft Nr. 58 der Zeitschrift 'Widerspruch'. Wir Danken der Widerspruch-Redaktion für die geleistete redaktionelle Arbeit. Heft 58 (252 S.) kann bezogen werden unter:
www.widerspruch.ch

Die angesehene medizinische Zeitschrift «The Lancet» erschien 2007 mit dem provokativen Titel «Die Gesundheit wird zum zentralen Thema der Aussenpolitik» (Nr. 3/2007). Gemeint war, dass globale Gesundheitspolitik international immer wichtiger wird. Die G8 und die G20 besprechen nunmehr fast bei jedem Treffen irgendeine globale Gesundheitsfrage. Neue «Global Players» wie zum Beispiel die Gates-Stiftung haben das Feld kräftig durchgeschüttelt, wobei Public Private Partnership (PPP) als Allheilmittel in der internationalen Gesundheitspolitik gehandelt wird (Streule Maimaitakerimu 2009) und zur Speerspitze des neoliberalen Siegeszuges gegenüber staatlichen Gesundheitssystemen geworden ist, die in der Folge in fast allen Ländern der Dritten Welt geschwächt wurden (Missoni 2009). Dabei nimmt die Krebsbekämpfung einen besonderen Stellenwert ein. Im vorliegenden Beitrag will ich aufzeigen, warum das so ist. Dabei werde ich auf die entscheidende Rolle der Pharmaindustrie eingehen, deren kurzfristiges, scheinbar fast unersättliches Profitgebaren tödliche Folgen vor allem für die Patientinnen und Patienten in den armen Ländern hat. Wegen der Komplexität der Materie will ich einleitend einige biologische und epidemiologische Aspekte kurz ansprechen.

Krebs – eine sehr komplexe Krankheit

Krebs ist eine äusserst komplexe Krankheit. Der Sammelbegriff Krebs steht für mehrere, verschiedenartige Krankheiten. Wir kennen heutzutage mehr als 130 verschiedene Tumorarten (Cavalli 2009), die häufig wenig gemein haben. Sie entstehen aber alle durch eine unkontrollierte Proliferation einer bösartigen Zellpopulation, die schliesslich zu einem Tumor anschwillt. Auf Griechisch heisst Tumor eben nichts anderes als Schwellung. Krebs gibt es in jedem Alter, auch wenn die Häufigkeit mit zunehmendem Alter stärker wird, infolge Schwächung unseres Abwehrsystems. Krebs hat es immer gegeben. Die ersten Beschreibungen finden wir schon bei den alten Ägyptern. Erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts begann sich die mittlere Lebenserwartung, die sich bis dahin bei etwa 35 Jahren bewegte, nach und nach zu erhöhen. Dies ist der wichtigste Grund, warum heutzutage Krebs eine häufigere Krankheit als zum Beispiel vor 200 Jahren ist. Bei uns in Europa nehmen aber gewisse Krebsarten, zum Beispiel Gebärmutterhals- und Magenkrebs laufend ab (Parkin 2005). Einige sind sogar verschwunden. So litten früher Kaminfeger, die oft in sehr engen und heissen Kaminen zu arbeiten hat-

ten, an einer besonderen Hautkrebsart, die heute nicht mehr vorkommt.

Andere Tumorarten nehmen dagegen in den letzten Jahrzehnten bei uns zu: vor allem Brust-, Lungen-, Darm- und Prostatakrebs. Die Häufigkeit der verschiedenen Tumorarten ist auch geographisch ganz unterschiedlich. So ist zum Beispiel in Indien Mundkrebs die häufigste Tumorart, weil dort Tabak gekaut wird. Bei den Mapuches, einer Bevölkerung in den Anden, sind mindestens 50 Prozent der Tumoren Gallenblasenkrebs, in Mongolien sind zwei Drittel Lebertumoren. In Japan ist Magenkrebs die häufigste Tumorart. Wenn Japaner in die US einwandern, dann tritt ab der zweiten Generation Darmkrebs (wie bei den Amerikanern) deutlich häufiger auf als Magenkrebs. All das weist auf eine sehr enge Korrelation zwischen Umwelt und Lebensgewohnheiten bei der Krebsentstehung hin. Global rechnet man, dass mindestens die Hälfte aller Tumoren auf das Einwirken (häufig auf das Zusammenwirken) der bekanntesten Risikofaktoren zurückzuführen ist: gemeint sind Rauchen, Alkoholmissbrauch, falsche Ernährung, ionisierende Strahlen, Fettlei-

ist, jedenfalls viel komplizierter, als man noch bis vor wenigen Jahren dachte (Cavalli 2009b).

Die Krebsbekämpfung stützt sich im Wesentlichen auf drei Pfeiler: Prävention, Frühdiagnose und Behandlung. Je nach Tumorart kann die eine oder andere Massnahme wichtiger sein. Bei manchen Tumoren kommt es vor allem auf die Prävention an, etwa bei Lungentumoren. Bei anderen ist die Frühdiagnose das Entscheidende, wie beim Gebärmutterhalskrebs oder dem Melanom der Haut. Schliesslich ist bei weiteren Tumoren die Behandlung entscheidend, darunter die kindlichen Leukämien oder die Tumoren des lymphatischen Systems (Lymphome). Da gibt es weder Frühdiagnose noch Prävention.

Tumorkrankheiten – ein wachsendes Problem in den Entwicklungsländern

Dass Krebs fast nur eine Krankheit der reichen Länder sei, ist ein Aberglaube, der vor allem von den Medien immer wieder verbreitet wird. Aber auch viele Berufsorganisationen sind sich nicht im

Lebenserwartung in den meisten von ihnen stark abgenommen hat (Bulard 2010, Rajaratnam 2010). In vielen Ländern der Dritten Welt nimmt aber die Häufigkeit der Tumorkrankheiten rapide zu, sofern dies überhaupt genauer geschätzt werden kann (Bray und Moller 2006).

Die Datenlage ist jedoch noch dürftig: so wird beispielsweise nur 0,1 Prozent der Bevölkerung in Afrika von einem Tumoregister erfasst! Trotzdem scheinen die Prognosen aufgrund der wenigen gesicherten Daten fundiert zu sein. Global erwartet man in den nächsten Jahrzehnten eine starke Zunahme der Tumorfallzahlen. Wurden im Jahr 2000 11 Millionen neue Krebsfälle weltweit diagnostiziert, schätzt man, dass es 2030 26-27 Millionen sein werden. Diese «Tumorepidemie» ist auf eine Zunahme der Lebenserwartung, auf die Änderung der demographischen Pyramide, aber auch auf eine stärkere Einwirkung von Risikofaktoren zurückzuführen. Man denke nur daran, dass sich in den letzten dreissig Jahren die Häufigkeit der malignen Lymphome in den reichen Ländern verdoppelt hat. Lymphome sind Tumoren des lymphatischen Systems, das Hauptgebilde unseres Abwehrsystems. Dabei spielen sowohl «neue» Viren (HIV, Hepatitis-C-Virus usw.) als auch äusserliche Noxen eine ursächliche Rolle. Bei dieser Zunahme der Stimulation muss unser Abwehrsystem, um den Körper zu schützen, viel mehr neue Zellen produzieren: Dabei steigt jedoch die Gefahr, dass irgendwann einmal eine entartet. Man vermutet, dass Lymphome auch in den Entwicklungsländern stark am Zunehmen sind (Zucca und Cavalli 2010).

Klar ist, dass die oben erwähnte Fallzunahme zwischen 2000 und 2030 zum grössten Teil in den Entwicklungsländern stattfinden wird, u.a. deshalb, weil dort zwei verschiedene Tumorgruppen koexistieren (Cavalli 2006b). Auf der einen Seite sind in den Entwicklungsländern die Tumorarten, die typischerweise armutsbedingt sind (z.B. Gebärmutterhalskrebs, primäre Leberkrebs, Speiseröhrentumoren) immer noch sehr häufig, während sie bei uns klar abnehmen. Andererseits nehmen auch immer mehr Tumorarten, die vor allem durch die westliche Lebensart



Dass Krebs fast nur eine Krankheit der reichen Länder sei, ist ein Aberglaube, der vor allem von den Medien immer wieder verbreitet wird.

bigkeit, viele toxische Substanzen (meist berufsbedingt), Infektionen usw. (Danaei 2005). Zur Ursachenkette gehören aber auch Erbfaktoren, einige noch relativ schlecht definierte Noxen (z.B. der Umwelt); und dann auch der Zufall, wenn irgendwo und irgendwann eine Zellteilung schlecht verlaufen ist. Die meisten Tumoren entstehen aber nicht nur aus einer Ursache, sondern sie sind multifaktoriell. Bei den meisten Tumoren finden wir dementsprechend auch Dutzende von Fehlern in den Chromosomen. Heute weiss man, dass die Tumorbiologie äusserst kompliziert

Klaren, dass bereits heute mehr Menschen in den Entwicklungsländern an Krebs sterben als bei uns. Die relative Häufigkeit der Tumorkrankheiten (pro Hunderttausend Einwohner) ist natürlich in den reichen Ländern immer noch höher, weil hier die Lebenserwartung deutlich länger ist als in den armen Ländern (Parkin et al. 2005). Eine Ausnahme bilden die Länder, die man früher der Zweiten Welt zuordnete, also der ehemalige Ostblock. Vor allem in den Ländern der früheren Sowjetunion hat die relative Krebshäufigkeit in den letzten 20 Jahren zugenommen, obwohl die



fernandolugo / flickr

Paraguays Staatspräsident Fernando Lugo auf Spitalbesuch.

mitverursacht werden (z.B. Brust-, Lungen- und Dickdarmkrebs) zu. Man hat sogar den Eindruck, dass die sehr schnelle Änderung der Lebensweise (Rauchen, Fastfood-Ernährung usw.) und die rapide Verschlechterung der Umweltbedingungen sich dort besonders drastisch auswirken.

Das Bild sieht noch dramatischer aus, wenn wir nicht die Fallzahlen, sondern die Krebstodesfälle berücksichtigen (Coleman 2010). Im Jahr 1980 starben etwa die gleiche Anzahl Menschen an Krebs in der entwickelten und in der unterentwickelten Welt (Tanneberger 2004). Heute sind dagegen bereits zwei Drittel der Krebstodesfälle in den armen Ländern zu verzeichnen, wobei es bis 2030 fast vier Fünftel sein könnten (Cavalli 2006). Diese markante Verschiebung entsteht vor allem durch die viel schlechteren Behandlungsergebnisse in den Entwicklungsländern. Besonders anschaulich ist dieser Unterschied bei Tumoren von Kindern: Bei uns beträgt die Heilungsrate etwa 80-85 Prozent, in den Entwicklungsländern 10-15 Prozent.

Diese schlechten Ergebnisse erklären sich einerseits daraus, dass mangels

Frühd Diagnose die meisten Fälle sehr spät erkannt werden, andererseits sind die Therapiemöglichkeiten sehr beschränkt (Sankaranarayanan 2010). So steht fest, dass weltweit mindestens 5000-6000 Bestrahlungsapparate fehlen und dass es mehr als 30 Länder gibt, vor allem in Afrika und Asien, die nicht einen einzigen Bestrahlungsapparat besitzen. Noch dramatischer ist die Lage beim Verbrauch der Antikrebsmittel. Mehr als zwei Drittel der Antitumormedikamente werden in den USA konsumiert, USA, etwas mehr als 30 Prozent in Europa und in Japan, weniger als 5 Prozent im Rest der Welt! Wir werden später sehen, wie sich diese Verteilung auf die Preisstrategien der Pharmaindustrie auswirkt.

Krebsbekämpfung und die neoliberale Umstrukturierung der Gesundheitssysteme

Es versteht sich, dass die Bekämpfung einer so komplexen Krankheit wie Krebs nur vielschichtig sein kann. In den reichen Ländern der nördlichen Hemisphäre konzentriert sich Krebsbekämpfung

vor allem in den sogenannten «Comprehensive Cancer Centers». In den meisten Ländern der Dritten Welt waren die Strukturen der Gesundheitssysteme von jeher deutlich schwächer ausgebaut als in den Industriestaaten. Dann kam hinzu, dass in jedem dieser Länder, in dem wegen einer Schuldenkrise die brutalen Strukturanpassungsprogramme der Weltbank und des internationalen Währungsfonds umgesetzt wurden, die vorhandenen medizinischen Infrastrukturen weiter benachteiligt wurden (Missoni 2009). Die erste Massnahme dieser Technokraten bestand tatsächlich immer darin, zunächst bei Schulen und Spitälern zu sparen. Später kam noch hinzu, dass im marktorientierten Kontext der Globalisierung der öffentliche Sektor immer stärker vernachlässigt wurde. Die Privatisierung der vormals staatlichen Gesundheitssysteme wurde seit den 1990er Jahren weltweit das Patentrezept der neoliberalen Wirtschaftsstrategen.

Diese Tendenz ist durch die Public Private Partnership (PPP) verstärkt worden (Das Gupta 2009). Der von einem G8-Gipfel im Jahr 2000 initiierte Global Fund oder die sogenannten phi-

lanthropischen Stiftungen, wie diejenige von Bill Gates, sind im Prinzip ja nicht da, um mit öffentlichen Partnern zusammenzuarbeiten. Ihre erklärten Ziele bestehen darin, das vorher bestehende Monopol der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu brechen, um dann den Nachweis erbringen zu können, dass private Hände es besser als der Staat richten und dabei mit Gesundheit sogar noch viel Geld verdient werden kann. Die Summen sind beachtlich: In den ersten sieben Jahren seines Bestehens hat der Global Fund mehr als 20 Milliarden Dollar aufgetrieben und die Bill Gates-Stiftung hat jährlich etwa 3 Milliarden zur Verfügung, also deutlich mehr als die Gesamtbilanz der WHO (Kreysler 2010).

Diese globale Ökonomisierung des Gesundheitssektors führt zur Teilung des Gesundheitssystems in einen öffentlichen, oft in schlechtem Zustand sich befindenden und in einen privaten, gutausgestatteten Gesundheitssektor, der entweder nur für eine kleine reiche Minderheit zur Verfügung steht oder dann durch sogenannte vertikale Programme des PPP finanziert wird. Bei diesen vertikalen Programmen geht es um die selektive, medizinische Grundversorgung einiger weniger Krankheiten wie Malaria, Tuberkulose oder AIDS. Diese Programme haben eine eigene Finanzierung und funktionieren parallel zum normalen Gesundheitssystem, wobei sie von diesen Ressourcen u.a. ausgebildetes Personal abziehen. Das schwächt zusehends den öffentlichen Gesundheitssektor. Als ich kürzlich ein Pilotprojekt der UICC (Union Internationale contre le Cancer) in Tansania besuchte, hörte ich ein Bonmot, das die Lage nicht ohne Zynismus zutreffend so beschreibt: «Wenn hier eine Frau schwanger ist, dann muss sie nur hoffen, dass sie HIV-positiv ist. Dann wird sie in diesen Spezialkliniken behandelt und wird wahrscheinlich gefahrlos ein gesundes Baby gebären können. Ist sie hingegen HIV-negativ, geht sie ein recht hohes Risiko ein, bei der Geburt in einem runtergekommenen öffentlichen Spital zu sterben.»

Krebs ist aber eine viel kompliziertere Krankheitserscheinung und kann nicht nur mit einer gezielten Impfkampagne oder mit einem selektiven, vertikalen Gesundheitsprogramm angegan-

gen werden. Krebsbekämpfung erfordert die Existenz eines mindestens «halbwegs gut funktionierenden Gesundheitssystems», das auch eine Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung der ökonomisch Schwachen übernimmt. Wegen des Abwerbens des ausgebildeten Personals und der Abnahme der Staatsressourcen wurden in den letzten Jahren die Krebspitäler in den Entwicklungsländern (soweit sie überhaupt existieren) arg in Mitleidenschaft gezogen. Besucht man heute ein solches Krebsspital, zeigt sich meistens ein Bild des Grauens: zwei bis drei Patienten pro Bett, erbärmliche hygienische Verhältnisse, überall Verwesungsgeruch und Uringestank. Nie habe ich auf der Welt etwas anderes gesehen, das mich derart wie diese Krebspitäler der Dritten Welt an Dantes Hölle erinnert hat!

Gebärmutterhalskrebs: Wie Weltbank und Pharmaindustrie die Lage verschlechtern

In Entwicklungsländern spielen infektionsbedingte Tumoren eine weit größere Rolle als bei uns. Dort machen sie bis zu 30 Prozent aller Krebserkrankungen aus, in den reichen Ländern sind es hingegen nur 6-8 Prozent (Parkin 2005). Das sind Tumore, die auf Infektionen mit Viren und Bakterien zurückzuführen sind. Beim Leberkrebs etwa spielen Hepatitis-Viren eine ursächliche Rolle und beim Gebärmutterhalskrebs das Papilloma-Virus (HPV). Gebärmutterhalskrebs war früher auch bei uns eine recht häufige Tumorart: Dank vor allem der Verbesserung der männlichen Hygiene hat die Häufigkeit in den letzten Jahrzehnten ständig abgenommen. Zudem sichert ein vaginaler Abstrich alle 2-3 Jahre fast immer eine Frühdiagnose, was in den weitaus meisten Fällen zur vollständigen Heilung durch einen minimalen chirurgischen Eingriff führt. Heutzutage sterben in der Schweiz somit weniger als 50 Frauen pro Jahr wegen dieses Krebses.

Ganz anders ist die Lage in den Entwicklungsländern. Dort erkrankt jährlich fast eine halbe Million Frauen an Gebärmutterhalskrebs. Mehr als 300'000 sterben daran und die Tendenz ist steigend. Das mittlere Alter dieser

Frauen ist um die 35, also in einem Alter, in dem sie die wichtigste Stütze der Gesellschaft sind. Gebärmutterhalskrebs ist deswegen dort (mit Ausnahme der islamischen Länder, dank Zirkumzision) nicht nur häufiger, sondern auch sozial wichtiger als Brustkrebs. Die meisten Fälle werden auch viel zu spät entdeckt: Ausser in Kuba funktioniert nämlich die Frühdiagnose dieses Tumors (insofern ein solches Programm überhaupt existiert) in den anderen Entwicklungsländern kaum – ein erneuter Beweis dafür, dass Krebsbekämpfung ein funktionierendes Gesundheitssystem voraussetzt.

Im Jahr 1987 bat mich die sandinistische Regierung in Nicaragua, ihnen beim Aufbau eines nationalen Frühdiagnoseprogramms für Gebärmutterhalskrebs behilflich zu sein. Da dazu erst einmal eine Pilotstudie notwendig war, wurde mit Hilfe von AMCA (Ayuda Medica al Centro America – Vereinigung für ärztliche Hilfe in Zentralamerika) eine solche Studie bei etwa 50'000 Frauen am Rande von Managua durchgeführt. Das ganze Projekt basierte auf Ausbildung von Fachpersonal aus verschiedenen Gesundheitsebenen, aber auch auf die Zusammenarbeit mit Frauenorganisationen. Nach etwa zwei Jahren waren die Resultate beachtlich, so dass man darauf ein Nationales Programm hätte aufbauen können (Cavalli 1998). Im Februar 1990 folgte dann aber die Wahlniederlage der Sandinisten. Und die neue Regierung veranlasste auf Anraten von Weltbank und IWF eine rasche Privatisierung der Spitäler und reduzierte drastisch die Finanzierung der ambulanten Gesundheitsstützpunkte, die für die Durchführung jeglicher Vorsorgeuntersuchung unerlässlich waren. Das ganze Programmvorhaben musste aufgegeben werden und während mehr als fünfzehn Jahren kümmerte sich niemand mehr darum. Vor drei Jahren kamen die Sandinisten wieder an die Macht und es entstand ein erneutes Interesse für das öffentliche Gesundheitswesen. Dank der Zusammenarbeit mit der Regierung in Managua, mit der UICC und der amerikanischen NGO PATH hat nun AMCA das Programm wieder aufgenommen, unter einer kleinen besseren Voraussetzung: In der Zwischenzeit gibt es Tests, die das Vorhandensein von denjenigen HPV-Stämmen



Krebsbekämpfung erfordert die Existenz eines mindestens «halbwegs gut funktionierenden Gesundheitssystems», das auch eine Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung der ökonomisch Schwachen übernimmt.

beweisen können, die beim Sex übertragen werden und über Krebsvorstufen zum Tumor am Gebärmutterhals führen können. Gegen einige dieser Virusstämme gibt es seit ein paar Jahren einen Impfstoff. Dieser ist aber sehr teuer, je nach Land kostet er 600-800 Franken.

Trotzdem und unter dem massiven Druck der Pharmaindustrie haben bei uns die Behörden recht schnell entschieden, dass die Krankenkassen diese Impfung bezahlen müssen. Ob diese Impfung bei uns überhaupt notwendig ist und dabei Frauen und Behörden nicht zu summarisch informiert wurden, wird zurzeit sehr heftig diskutiert (Lüthi 2010, Frei 2010). Zurzeit wissen wir nämlich nur, dass dieser Impfstoff die Häufigkeit der Krebsvorstufen stark vermindert; wie die Langzeitresultate aussehen, ist aber noch offen. Kommt hinzu, dass der Impfstoff nicht gegen alle HPV-Stämme schützt, und es also sein könnte, dass mit der Impfung eine falsche Sicherheit entsteht und die Frauen nicht mehr zur jährlichen Kontrolle gehen. Ganz anders stellt sich dagegen die Frage in den Entwicklungsländern, in denen die Fallzahl viel höher liegt und von Frühdiagnose kaum die Rede sein kann. Dort würde der Impfstoff sicher zu einer gewaltigen Abnahme der Krebsvorstufen führen, was sich auch auf die Todesrate auswirken müsste. Dort wäre deswegen der Impfstoff unbedingt notwendig, ist aber nur von einer verschwindend kleinen Minderheit finanzierbar. Da viele dieser Länder 50-100 Franken pro Jahr pro Einwohner für die Gesundheit ausgeben (zum Vergleich in der Schweiz fast 8'000 Franken pro Person), wird dieser Impfstoff für den Staat unerschwinglich.

Bei uns führte die Pharmaindustrie eine äusserst intensive Propagandakam-

pagne durch: Alle jungen Mädchen zwischen 10 und 15 Jahren seien zu impfen. Die Profitstrategie der Pharmaindustrie war dabei klar: Lieber den Impfstoff sehr teuer an etwa 5 Prozent der möglichen «Kundinnen» zu verkaufen, als zwanzigmal weniger teuer an alle Mädchen weltweit verabreichen zu lassen, die davon hätten einen Nutzen haben können. Finanziell wird diese Strategie bei uns die Krankenkassen noch stärker belasten und sie vielleicht davon abhalten, andere, möglicherweise wichtigere Behandlungen zu übernehmen. Gesundheitlich gesehen dürfte dies aber bei uns kaum sehr relevante Folgen haben. Dagegen wird diese Strategie in den Entwicklungsländern tödliche Folgen haben. Nicht nur weil der Impfstoff dort noch lange nicht zur Verfügung stehen wird, sondern auch weil die Machteliten, sobald sie die eigenen Töchtern werden geimpft haben lassen, jegliches Interesse an der Frühdiagnosekampagne für die arme Bevölkerung verlieren werden.

Die allgemeinen Regeln der Profitstrategien der Pharmaindustrie

Das gerade erwähnte Beispiel des HPV-Impfstoffs ist beileibe kein Einzelfall, sondern es entspricht weitgehend den allgemeinen Regeln der Profitstrategien der Pharmaindustrie, die das kurzfristige Ziel haben, jährlich 10 – 20 Prozent Gewinn zu erwirtschaften – auch um die horrenden Gehälter der CEOs (Vasella!) «rechtfertigen» zu können. Das Schlüsselement dieser Strategie ist die Patentierung von neuen Medikamenten, wozu in der WTO-Runde von 1994 die sogenannten Trade-Related Aspects of

Intellectual Property Rights (TRIPS) gewaltige Vorteile der Industrie der entwickelten Ländern sicherte. In der Droharunde von 2001 versuchten dann die Entwicklungsländer, die äusserst rigide Struktur von TRIPS etwas aufzuweichen, indem den ärmeren Staaten erlaubt wurde, unter Art. 8 «die nötigen Massnahmen zu treffen, um die Gesundheit und die Ernährung der Bevölkerung zu schützen». Ausser in zwei Fällen (einmal gegen Novartis, einmal gegen Roche) ist es den Entwicklungsländern aber nie gelungen, diese schwammig definierte Ausnahmeregel geltend zu machen, um die Patentrechte aufweichen zu können. Es gibt bereits recht viele wissenschaftliche Studien, die beweisen, dass die TRIPS-Regeln eine sehr klare Verschlechterung der Lage der Entwicklungsländer bezüglich Medikamentenverbrauch und -kosten verursacht haben (Smith 2009).

Diese ganze Tendenz gewinnt ein noch groteskeres Ausmass im Falle der onkologischen Medikamente, wobei alle Analysten voraussagen, dass die Ausgaben für Krebsmittel innert höchstens fünf Jahren den Markt für kardiovaskuläre Medikamente als grösste Scheibe im Kuchen der weltweiten Medikamentenausgaben übertreffen werden. Der globale pharmazeutische Markt betrug 2006 650 Milliarden Dollar und wird auf mindestens 900 Milliarden im Jahr 2011 geschätzt. Der überproportionale Zuwachs des Krebsmittelanteils im Rahmen dieses globalen Marktes ist auf die enorme Preisexplosion der onkologischen Medikamente zurückzuführen.¹ Wie ist dies zu erklären? Bestimmt nicht nur deshalb, weil Krebs eine besonders komplexe Krankheit ist.

Schauen wir uns die geschichtliche Entwicklung einmal an. Bis vor etwa fünfzehn Jahren kostete eine medikamentöse Krebsbehandlung, wenn sie besonders teuer war, im Schnitt 400-500 Franken pro Monat. Um die Jahrtausendwende kam dann der Durchbruch mit dem ersten «intelligenten» Krebsmedikament namens Glivec. Das Medikament Glivec wird zweifelsohne in die Geschichte der Medizin eingehen, einerseits weil es die Behandlung einer bestimmten Leukämieform grundsätzlich geändert hat, andererseits aber auch aus der eben erwähnten Sprengung des

Preisgefüges. Bei Glivec hat man zum ersten Mal mit dem Computer ein Medikament entwickelt, mit dem man ein krebsauslösendes Gen, ein sogenanntes Onkogen, gezielt blockiert. Dadurch hat man die Lebenserwartung, aber vor allem die Lebensqualität der Patienten mit dieser speziellen Leukämieform deutlich verbessern können. Novartis, dem dieser wissenschaftliche Durchbruch gelungen war, nutzte die Gelegenheit aus, um im Zuge dieses Erfolges einen unglaublichen Preissprung auf dem Medikamentenmarkt zu erzwingen: Glivec wurde für etwa 3000 Franken pro Monat verkauft (heute in der Schweiz: 3935 Franken). Danach haben alle anderen Pharmakonzerne bei jedem neuen Krebsmittel nachgezogen. Von nun an war der Verkaufspreis immer mindestens 3000 Franken pro Monat. Danach kam es zu zwei weiteren Preissprüngen. Vor etwa fünf Jahren schlug eine Pharmafirma zum ersten Mal einen Preis von etwas 6000 Franken pro Monat vor. Nachdem dieser Preis akzeptiert wurde, zogen alle anderen nach. Letztlich sind wir bei 9000 Franken pro Monat angelangt!

Es sind vor allem zwei Gründe, die zu dieser Eskalierung in der Preisentwicklung geführt haben. Erstens stellt Krebs trotz deutlicher Verbesserung der Behandlungsergebnisse immer noch eine solche existentielle Bedrohung dar, dass die meisten betroffenen Personen bereit sind, alles – auch finanziell – in Kauf zu nehmen, um immer noch einen Hoffnungsschimmer zu behalten. Diese Tatsache wird von der Pharmaindustrie schamlos ausgenutzt. Dank gezielter Medienkampagnen werden vorläufige Ergebnisse (die nicht immer ganz stichhaltig sind) so aufgebauscht, dass bei Patienten und ihren Familien unberechtigte Hoffnungen geschürt werden. Häufig spielen bei dieser Stimmungsmache auch Patientengruppen, die direkt oder indirekt von der Pharmaindustrie gesponsert werden, eine entscheidende Rolle. Die Behörden werden so unter einen enormen Druck gesetzt, was dann zur Bewilligung des Medikaments und später zu dessen Aufnahme im Leistungskatalog sozialer Versicherungen führt. Öfters ist es dann so, dass sich nach einigen Jahren aufgrund endgültiger Resultate zeigt, dass das «Wundermittel» doch weniger wirksam war, als

vorher behauptet wurde. In der Zwischenzeit wurde aber das Heu schon in die Scheune getragen. Was zum Beispiel derzeit mit Avastin passiert, ein vielgepriesenes neues Medikament gegen Darm-, Brust-, Lungen- und Nierenkrebs von Roche, das 2009 weltweit einen Umsatz von rund 4,2 Milliarden Euro gebracht hat. Ein Gutachten der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft weist jetzt darauf hin, dass dabei die Verlängerung der Überlebenschancen nur minim ist (Hofmann 2010). Ich hatte dies übrigens bereits in einem Interview mit der *Sozialen Medizin* vorausgesagt (Cavalli 2006).

Der zweite Grund, warum diese Preisexplosion überhaupt möglich ist, hat mit der US-amerikanischen Politik zu tun. Die Pharmamonopole waren dort in den letzten Jahrzehnten die wichtigsten Sponsoren der republikanischen Präsidentschaftskandidaten. Als Gegengeschäft haben sie erreicht, dass in den USA die Medikamentenpreise völlig unkontrolliert bleiben. Das heisst, die Pharmaindustrie kann die Preise nach Belieben festlegen. Da aber der US-Markt bei Krebsmitteln zwei Drittel des gesamten Umsatzes ausmacht, wird der amerikanische Preis zum Richtpreis, dem sich kleinere Märkte fügen müssen. Tun sie das nicht, bekommen sie das Medikament einfach nicht. Für die Pharmaindustrie lohnt es sich somit, in den USA einen sehr hohen Preis zu erzielen und dafür vielleicht einen kleineren Markt zu verlieren (Grossbritannien macht z.B. nur 3 Prozent des Umsatzes aus), statt alle Märkte zu beherrschen, dafür aber einen tieferen Richtpreis festlegen zu müssen. Während seiner Wahlkampagne hatte Barack Obama versprochen, endlich eine staatliche Regulierung der Medikamentenpreise einzuführen. Diese Forderung ist aber aus dem Paket der Gesundheitsreform, dem der Kongress zugestimmt hat, gestrichen worden. Das ist keine Überraschung, wenn man bedenkt, dass in den letzten fünf Jahren allein Novartis und Roche etwa 100 Millionen Dollar für Lobbyarbeit bei amerikanischen Parlamentariern eingesetzt haben (Le Temps, August 2009).

Gleichzeitig stellt die Pharmaindustrie die Produktion von altgedienten Krebsmedikamenten, die nun sehr billig

geworden sind, nach und nach ein. Nicht immer gelingt es, diese durch Generika zu ersetzen. All das erklärt, warum in den Ländern des Trikonts weniger als 5 Prozent der Krebsmedikamente umgesetzt werden. Mit anderen Worten: Der überwältigenden Mehrheit der Krebspatienten in den armen Ländern stehen Krebsmedikamente gar nicht zur Verfügung. Der HPV-Impfstoff ist also wirklich nicht die Ausnahme, so abscheulich diese Geschichte sich auch anhört. Indem die Resultate, die mit der medikamentösen Krebsbehandlung erzielt werden, sich laufend verbessern, ähnelt die Lage hier immer mehr derjenigen, die wir mit den Anti-HIV-Medikamenten erlebt haben. Das heisst: Millionen von Patienten müssen auf diese teuren Medikamente verzichten, wobei wohlgerne die Preise in keinem proportionalen Verhältnis zu den Produktionskosten stehen, sondern nur wegen der Monopolstellung der Pharmaindustrie zustande kommen können. In der jetzigen globalen Finanzkrise wurden die Entwicklungsländer zusätzlich sehr hart getroffen. Deswegen ist für die meisten dieser Länder die Existenz eines gut funktionierenden, staatlichen Gesundheitswesens ganz einfach ein «in die Ferne gerückter Wunschtraum geworden» (Lancet, 18.4.2009).

Nach Alternativen Ausschau halten

Obwohl es seit 1964 ein international verbrieftes Recht auf Gesundheit gibt, gehen die Vorstellungen, wie es umzusetzen wäre, weit auseinander. Dieses Recht wird vor allem von neoliberalen Regierungen ganz einfach negiert. Als ich in meiner Funktion als Präsident der UICC (International Union Against Cancer) in einem Papier über Preise der Krebsmedikamente ergänzend den Satz hinzufügen wollte, «jeder Krebspatient hat ein Anrecht auf eine angemessene medikamentöse Behandlung», scheiterte ich am Vetorecht des Vertreters des amerikanischen National Cancer Institute. Es geht also in Zukunft erst einmal darum, die Forderung nach der Umsetzung des Menschenrechtes auf Gesundheit wieder ins Zentrum der Debatte zu stellen. Dabei darf man sich nicht allzuviel von den Vorschlägen erhoffen, die nach

einer Demokratisierung von internationalen Organisationen wie der WHO rufen. Die WHO ist zu bürokratisch und wird zu stark von den politischen Interessen der Grossmächte und den finanziellen Interessen der Pharmaindustrie beherrscht, wie die Geschehnisse um die Schweinegrippe gezeigt haben.

Schon eher kann man sich einiges von zumindest einzelnen nationalen Entwicklungsagenturen wie der DEZA in der Schweiz erhoffen, obwohl sich die Verantwortlichen in der Vergangenheit relativ wenig um Gesundheit und noch weniger um Krebsbekämpfung gekümmert haben. Da zurzeit Gesundheit, wie gesagt, zu einem immer wichtigeren Bestandteil der Aussenpolitik wird, findet nun ein gewisser Paradigmawechsel statt, den man unter Umständen nutzen sollte. So hat die DEZA hier eine Vorreiterrolle gespielt, indem sie als erste nationale Entwicklungsagentur kürzlich ein Pilotprojekt für die Entwicklung der Frühdiagnose bei Gebärmutterhalskrebs in Tansania mitfinanziert hat. Damals, bei der Doha-Runde, waren es vor allem die USA und die Schweiz gewesen, die gnadenlos die Vorrechte der Patentierung für die Pharmaindustrie vertreten hatten. In der seit jeher schizophrenen Aussenpolitik der Schweiz könnte man hier in Anbetracht zunehmender humanitärer Hilfe eine gewisse Kompensation fordern für die Schäden, die durch die TRIPS-Regeln entstanden sind. Einen weiteren Reformansatz versucht man momentan mit dem sogenannten Advance Market Commitment (AMC) umzusetzen, worunter man die Subventionierung durch Staatsgelder versteht, die der Pharmaindustrie erlauben sollte, Medikamente für den Markt der Entwicklungsländer preisgünstig zu produzieren.²

Eine richtige Alternative sind diese Versuche aber gewiss nicht. Diese ist vielmehr darin zu suchen, wichtige Ziele der Gesundheitspolitik wie Solidarität und gleichberechtigter, freier Zugang der ganzen Bevölkerung zu einer hochstehenden Gesundheitsversorgung wieder ins Zentrum der täglichen und politischen Arbeit zu rücken. Dabei spielen Organisationen wie Medico International Schweiz, Medicuba-Schweiz, AMCA und viele ähnliche eine entscheidende Vorreiterrolle. Alle diese Organisationen begnügen sich nicht damit, zur inter-

nationalen Solidarität aufzurufen, sondern haben lokale Lösungsansätze erarbeitet und realisiert.

Bei der Krebsbekämpfung und insbesondere hinsichtlich der Entwicklung der Behandlung von Kinderkrebs hat zum Beispiel AMCA zusammen mit einigen italienischen NGO's das Konzept des «Twinning» entwickelt. In diesem verbrüdernd sich Institutionen im Norden und im Süden, sodass es laufend zum Austausch von Know-how, von Ausbildungsmöglichkeiten und Ressourcen kommt, wobei die Umsetzung des Menschenrechtes auf eine angemessene Behandlung im Zentrum der Bestrebungen steht (Lancet, Twinningmodell). Das Twinningmodell sieht insbesondere vor, dass westliches Know-how nicht einfach weitervermittelt wird, sondern dass gemeinsam das beste Rezept herausgefunden wird, welches unter den gegebenen lokalen Umständen eine optimale Behandlung erlaubt. Bei diesem Modell werden häufig zum Beispiel bis zu einem Drittel der Ressourcen für eine finanzielle Unterstützung der Familien der Patienten eingesetzt:

Nur so liess sich zum Beispiel das Problem des Abandonments (des Verschwindens der Patienten nach einer gewissen Zeit) weitgehend lösen. Aufgrund der wenigen Informationen, die man zur Verfügung hat, scheint es in den sehr reichlich dotierten vertikalen Programmen des Global Funds für AIDS-Patienten bis zu 50 Prozent «Verluste» zu geben.

Dies zeigt einmal mehr, wie wichtig unabhängige Netzwerke und enge Kontakte mit der lokalen Bevölkerung und mit fortschrittlichen Basisgruppen sind, um das Recht auf Gesundheit gegen ökonomische Interessen der Pharmaindustrie verwirklichen zu können.

Anmerkungen

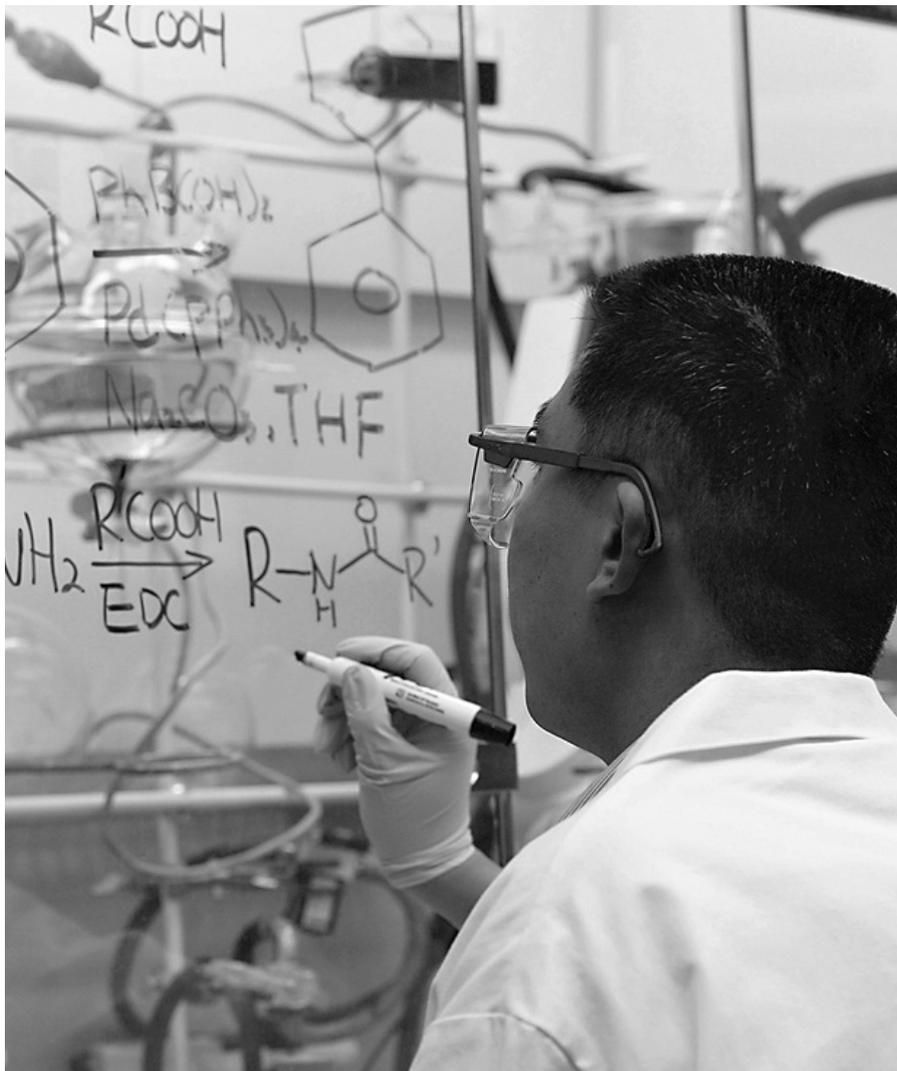
1 Selbst die sehr gemässigte Krebsliga Schweiz (KLS) hat sich in den letzten Jahren zunehmend empört über die Höhe der Preise der Antitumormedikamente geäussert. In einem Artikel (SonntagsBlick v. 30. 5. 2010) sagt der scheidende Präsident der KLS, Prof. Thomas Cerny: «Die Medikamente sind viel zu teuer». Und er fordert resolut, dass die Preise herabgesetzt werden. «sonst riskiert die

Pharmaindustrie, dass die Grundversicherung die Präparate nicht mehr zahlt». Diese hohen Preise würden deswegen folglich zu einer Zweiklassen-Medizin führen. In diesem Artikel werden die monatlichen Preise verschiedener Krebsmittel mit der damit bewirkten Lebensverlängerung verglichen. Für Avastin wird m.E. die erzielte Lebensverlängerung deutlich zu lang eingestuft.

2 Der erste Versuch mit diesem AMC wurde erst mit einem Impfstoff gegen Pneumokokken gemacht, bei dem einige Staaten und die Gates-Stiftung 1,5 Milliarden Dollar einbezahlen würden, damit die Industrie den Impfstoff so preiswert verkauft, dass er in den Entwicklungsländern erschwinglich wird. Dabei sind sehr viele Schwierigkeiten entstanden. Zurzeit sieht es so aus, als ob dieses Vorhaben scheitern würde (Lancet, 5. Dezember 2009, S. 1879).

Literatur

- Bray, Fredy and Moller, Beat, 2006: Predicting the future burden of cancer. In: *Nat Rev Cancer* 6, p. 67-74
- Bulard, Martine, 2010: Gesundheit und ein langes Leben. In: *Le Monde Diplomatique*, Nr. 03, WOZ, Zürich
- Cavalli, Franco, 1998: Die Geschichte eines Erfolges und eines Misserfolges. In: *Soziale Medizin*, Nr. 6, Basel
- Cavalli, Franco, 2006: Wo stehen wir heute in Sachen Krebs? In: *Soziale Medizin*, Nr. 2, Basel
- Cavalli, Franco, 2006b: Cancer in the developing world: can we avoid the disaster? In: *Nature Clin Pract Oncol* 11, p. 582-583
- Cavalli, Franco, 2009: *CANCER, le grand défi*. Editions Favre, Lausanne
- Cavalli, Franco / Armitage, Jim / Hansen, Heine / Kaye, Stan / Piccart, Martine, 2009b: *Textbook of medical oncology*. Informa Health Care, London
- Coleman, Michel, 2010: Cancer survival in the developing world. In: *Lancet Oncology* 11, p. 110-111
- Danaei, Goodarz et al., 2005: Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. In: *Lancet* 366, p. 1784-1793
- Das Gupta, Monica and Gostin, Lawrence, 2009: Donor's roles in building of global public goods in health. In: *Lancet* 373, p. 1395-1397
- Frei, Martina, 2010: Die Frauen wurden aus unserer Sicht falsch informiert. *Tages-Anzeiger*, 23. April, Zürich
- Hofmann, Siegfried; Neller, Marc und Thelen, Peter, 2010: Blockbuster-Arzneimittel im Visier. In: *Handelsblatt* 3.5. Zürich
- Kreysler, Peter, 2010: Von Mücken, Moneten und Infektionen. Wie aus Afrikas Gesundheitsversorgung ein Geschäft werden soll. In: *Deutschlandfunk*, 23.03.
- Lüthi, Theres, 2010: Krebs ist nicht Krebs. Interview mit Franco Cavalli. In: *NZZ am Sonntag*, Nr. 8, Zürich
- Missoni, Eduardo, 2009: Global denken, lokal heilen. In: *WOZ / Die Wochenzeitung*, Nr. 16, Zürich
- Parkin, Dave et al., 2005: Global cancer statistics. In: *CA Cancer J Clin*, Nr. 55, Atlanta
- Rajaratnam, Julie et al.: Worldwide mortality in men and women aged 15-59 years from 1970 to 2010: a systematic analysis. In: *Lancet* 375, p. 1704-1720
- Sankaranarayanan, Rengaswamy, 2010: Cancer survival in Africa, Asia and Central America: a population-based study. In: *Lancet Oncology* 11, p. 165-173
- Smith, Richard et al., 2009: Trade and Health 5. Trade, TRIPS, and pharmaceuticals. In: *Lancet* 373, p. 684-691
- Streule Maimatekerimu, Monika, 2009: Globale Gesundheitspolitik – internationale Solidarität. In: *Widerspruch Heft* 56, Zürich
- Tanneberger, Stephan; Cavalli, Franco; Pannuti, Franco, 2004: *Cancer in developing countries*. München
- Zucca, Emanuele and Cavalli, Franco, 2010: Epidemiology and management of lymphoma in low-income countries. In: *Haematol Oncol* 29, p. 1-4



novartisag | flickr

Klinische Forschung muss die richtigen Fragen stellen

Ergänzendes Interview mit Franco Cavalli

INTERVIEW ALEX SCHWANK

Du schreibst, dass die Pharmaindustrie die Produktion von altgedienten Krebsmedikamenten, die nun sehr billig geworden sind, nach und nach einstellt. Warum gelingt es nicht immer, diese durch Generika zu ersetzen? Immerhin

gibt es sowohl in Brasilien wie in Indien grosse Herstellerfirmen von Pharmazeutika.

Franco Cavalli: In der Tat ist es nicht ganz leicht zu erklären. Es gibt aber mannigfaltige Gründe. Erstens werden in den entwickelten Ländern viele Generika von Filialen der grossen Pharma-

konzerne produziert. Hier wird auch die Fortbildung weitgehend von diesen Konzernen kontrolliert, so dass diese «alten Medikamente» bald in Vergessenheit geraten. In den Entwicklungsländern ist die kritische Fortbildung praktisch inexistent. Zudem wollen die Ärzte dort (und auch die Patienten, die bezahlen können) unbedingt «das gleiche verschreiben oder bekommen, was in USA oder in Europa verschrieben wird». Deswegen gibt es relativ bald für diese alten Medikamente keinen ausreichenden Markt mehr, der auch Generikafabrikanten interessieren könnte.

Was hältst du von der Liste der sogenannten essentiellen Medikamente gegen Krebs der WHO?

Cavalli: Diese Liste ist gut, obwohl sie nicht häufig genug aktualisiert wird. Wenn man in den Entwicklungsländern danach fragt, kennt aber kaum jemand diese Liste. Die westlichen «Professoren», die von der Pharmaindustrie in der ganzen Welt herum geschickt werden, erzählen ja Wunder über die neueren, sehr kostspieligen Medikamente. Die Fachwelt interessiert sich deswegen in Bogota oder in Jakarta sehr wenig für diese essentiellen Medikamente. Die meisten Chefärzte oder Institutsdirektoren in den Entwicklungsländern werden in den USA oder in Europa ausgebildet. So entsteht ein richtiger Teufelskreis, weil dann niemand mehr den jungen Onkologen in den Entwicklungsländern lehrt, wie man vielleicht mit alten und weniger kostspieligen Medikamenten fast das Gleiche erreichen könnte.

Müssten nicht Guidelines zur Krebstherapie für einkommenschwache Länder entwickelt werden? Wer könnte dies deiner Meinung nach tun? Offenbar traust du der WHO hier keine fruchtbare Initiative zu.

Cavalli: Richtlinien zur Krebstherapie in einkommenschwachen Ländern wären sicher nützlich. Das Problem ist aber, dass die Rahmenbedingungen meistens von Land zu Land sehr verschieden sind. Im Prinzip müsste man also Richtlinien für jedes Land entwerfen. Das ist eine riesige, aber mögliche Arbeit. Im Grunde genommen müsste man das Gleiche tun, was wir für die pädiatrische Onkologie in Nicaragua

getan haben. D.h. eine Gruppe von Fachleuten müsste mit den dortigen Ärzten und auf Grund der jeweiligen Rahmenbedingungen solche Richtlinien erstellen. Zurzeit hat aber die WHO weder die Mittel noch den Willen, dies zu tun.

Du kritisiert sicher zu Recht das Profitstreben der pharmazeutischen Industrie. Es gibt aber auch Programme wie das ‚Glivec International Patient Assistance Program‘ für PatientInnen mit chronischer Leukämie. Müsste nicht bei uns mehr Druck auf die Pharmaindustrie ausgeübt werden, damit mehr solche Programme auf die Beine gestellt werden?

Cavalli: Sicher sind solche Aktionen wie mit Glivec nützlich. Sie lösen aber auf keinem Fall das weltweite Problem. Natürlich wäre zu wünschen, dass hier starker Druck durch die Öffent-
lichung entsteht, wie das damals
ler AIDS-Medikamente der Fall
war. Im Grunde genommen kann nur ein solcher öffentlicher Druck dazu führen, dass die Preise der Krebsmedikamente in den Entwicklungsländern auf ein vernünftiges Niveau reduziert werden. Nachdem es Barack Obama nicht gelungen ist, in den USA eine Preislimite für Medikamente einzuführen, bleibt die öffentliche Meinung die einzige zukünftige Hoffnung.

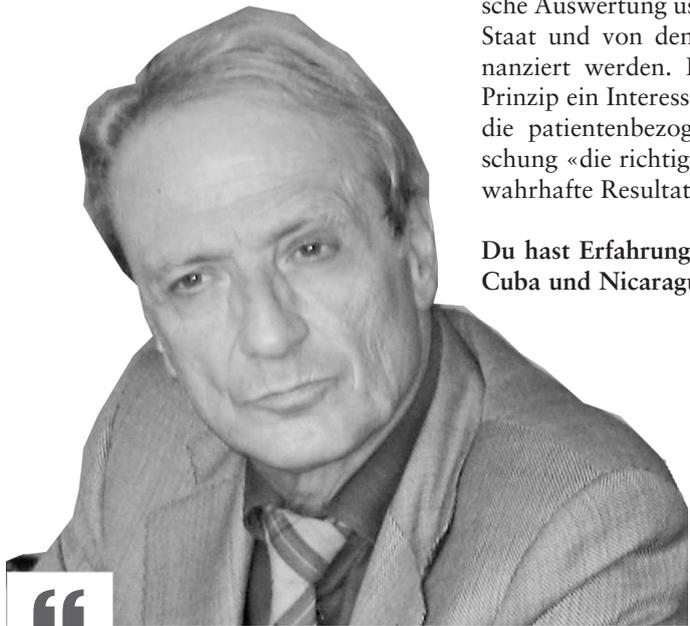
Du berichtest über ein Veto des Vertreters des ‚National Cancer Institute‘ zu einem Papier der UICC wegen des folgenden Satzes, den du beantragt hattest: « Jeder Krebspatient hat das Anrecht auf eine angemessene medikamentöse Behandlung». Welche Rolle spielt die UICC im globalen Kampf gegen den Krebs?

Cavalli: Die UICC (Union for International Cancer Control) ist eine NGO, eine Mantelorganisation aller Krebsligen, Krebsinstitute, Patientenorganisationen usw. Sie hat etwa 400 Mitgliederorganisationen in mehr als 130 Ländern. Sie könnte eine sehr wichtige Rolle spielen, hat aber sehr wenig finanzielle Ressourcen. Es ist relativ leicht für nationale Projekte der Krebsbekämpfung Geld zu sammeln. Für die internationale Koordination ist es dagegen sehr schwierig. Auf Druck der UICC wird die UNO im September 2011 allerdings

einen Summit über «non-communicable diseases» organisieren, wobei es grossmehrheitlich um Krebs in den Entwicklungsländern gehen wird. Das wird erst der zweite UN-Summit sein, der einer Gesundheitsfrage gewidmet ist. Der erste war der AIDS-Summit und

ist bis jetzt (und auch nur ganz partiell) den Kubanern gelungen. Wichtig und realisierbar ist aber vor allem, dass die patientengebundene Forschung auch pharmunabhängig durchgeführt werden kann. Das setzt voraus, dass die grossen Kosten dieser klinischen Studien (inkl. regulatorische Fragen, Versicherung, Datamanagement, statistische Auswertung usw.) gemeinsam vom Staat und von den Krankenkassen finanziert werden. Beide sollten ja im Prinzip ein Interesse daran haben, dass die patientenbezogene, klinische Forschung «die richtigen Fragen stellt und wahrhafte Resultate produziert».

Du hast Erfahrungen mit Projekten in Cuba und Nicaragua. Gibt es ähnliche



Im Grunde genommen kann nur ein solcher öffentlicher Druck dazu führen, dass die Preise der Krebsmedikamente in den Entwicklungsländern auf ein vernünftiges Niveau reduziert werden. Franco Cavalli

fand vor etwa 10 Jahren statt. Dies ist ein wichtiger Hoffnungsschimmer. Da zurzeit die Schweiz die UN-Präsidentschaft inne hat, könnte unser Land in der Vorbereitung dieses Summits eine sehr wichtige Rolle spielen.

Wie müsste eine pharmunabhängige Krebsforschung finanziert und organisiert werden?

Cavalli: Sich die ganze Forschungskette (vom ersten Medikamententwurf bis zu seiner Vermarktung) unabhängig von der Pharmaindustrie vorzustellen, ist unter den heute gegebenen Bedingungen in den westlichen Ländern undenkbar. Das Ganze ist sehr kompliziert und man müsste deswegen praktisch die ganze Forschungskette neu planen. Dies

Projekte auch in anderen Staaten Lateinamerikas?

Cavalli: Sicher gibt es andere Projekte. In Honduras und El Salvador beispielsweise hat das Kinderkrebspital Saint Jude von Memphis ähnliche Projekte. Aber auch die UICC finanziert Pilotprojekte in vielen Entwicklungsländern. Mangels genügender langfristiger Finanzierung überleben aber leider nur wenige davon. Diese Projekte sind vor allem wichtig, weil sie beweisen, «dass man weiss, wie man das Problem anpacken sollte». Mit dem, was man während ein paar Wochen in Irak und in Afghanistan für den Krieg ausgibt, könnte man die Probleme also weitgehend lösen.

Sie erinnern uns an unsere eigene Unvollkommenheit

Warum tut sich unsere Gesellschaft schwer, Menschen mit einer geistigen Behinderung zu integrieren? 1. Teil eines zweiteiligen Schwerpunktbeitrags.

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

von Riccardo Bonfranchi

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

Wenn also von Integration gesprochen wird, müsste man genauer differenzieren, um welche Gruppe von behinderten Menschen es geht. Dies spiegelte auch die Diskussion um die abgelehnte Behinderten-Initiative wieder, die vor allem (berechtigte) Bedürfnisse und Belange von körperbehinderten Menschen thematisierte.

Es sind vor allem drei Bereiche, in denen Menschen mit einer geistigen Behinderung auffallen. Da ist ihre offensichtliche Intelligenzschwäche. Dann ihr Unvermögen, einer Arbeit auf dem freien Arbeitsmarkt zu nachgehen, sowie ihr oft unvorteilhaftes Äusseres. Es wird hier von der These ausgegangen, dass die Werte Intelligenz, Arbeitstugend und Schönheit in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert haben. Wenn nun ein Mensch bzw. eine Gruppe von Menschen permanent gegen diese Werte verstösst – ob beabsichtigt oder nicht, spielt keine Rolle –, so kommt es zu Aussonderungsprozessen, wie man sie im Umgang mit geistig behinderten Menschen tagtäglich antreffen kann.

Als Beweis dient die Tatsache, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung kaum in der Regelschule, in der freien Wirtschaft oder in Wohnquartieren anzutreffen sind. Der Grad der Behinderung, der oft angeführt wird, dass

keine weitere Integration möglich sei, überzeugt nicht. Viele geistig behinderte Menschen könnten integriert werden, werden es aber nicht. Und dies, obwohl wir im Bereich der anderen Behindertengruppen heute eine verstärkte Sensibilität für die Integration feststellen können.

Wenn sich die Gesellschaft also nicht vermehrt Gedanken darüber macht, dass Intelligenz, Arbeitstugend und Schönheit sehr relative Begriffe sind, werden Menschen, die unter einer gewissen Norm liegen, weiterhin ausgesondert bleiben. Diesen Gedanken soll im Folgenden weiter nachgegangen werden.

Intelligenz – Arbeitstugend – Schönheit: Das ‚Garantie-Multipack‘ für Erfolg und Ansehen in unserer Gesellschaft?

Zivilisierte Menschen sind gesittet, gebildet und ‚haben Kultur‘ (DUDEN, 1997, 862); d. h. wir BürgerInnen und BewohnerInnen dieses Landes sollten demnach möglichst anpassungsfähig, allwissend und fleissig sein. Schlaue und fleissige Menschen werden nämlich ihrer Leistung und Qualität entsprechend mit Kapital belohnt. Dieses geben wir gerne für schöne, oft unnötige Dinge aus (et-



grüna, 21 | flickr

was überlegter und spärlicher vielleicht in rezessionsgeschüttelten Perioden), die uns den manchmal ‚grauen‘ Alltag versüssen sollen. Ganz viele unter uns belohnen die eigene Strebsamkeit mit einer alljährlich wiederkehrenden ‚Erholungsflucht‘ in mildere, entfernte Gefilde. Wir sind die Konsumgesellschaft ‚par excellence‘ und hegen und pflegen durch unser wohlständiges Verhalten das schweizerische Wirtschaftswachstum.

Natürlich finden die meisten ‚Zivilisierten‘ Gefallen an diesem Leben und möchten es – so lange wie möglich – in diesem Sinne aufrechterhalten. Damit

dies aber auf Dauer gelingen kann, sind dynamische Jugendlichkeit, Gesundheit und nicht zuletzt ein attraktives Äusseres gefragt. Das wird uns jedenfalls durch die Werbung und eine beachtliche Anzahl von Lifestyle-Magazinen suggeriert. Der seit einiger Zeit boomende Gesundheits- und Schönheitskult (Fitnesscenter, Reformhäuser und hochqualifizierte Schönheitschirurgen) erstaunt dabei wohl kaum noch jemanden.

Glücklich schätzen kann sich somit, wer (möglichst) alle diese Attribute vorzuweisen hat: Wer intelligent, tüchtig

und schön ist, dem ist Erfolg – sowohl im professionellen wie privaten Bereich – weitgehend garantiert. Erfolg wiederum bedeutet Ansehen, Bestätigung, gestärktes Selbstbewusstsein und liefert Energie; eine Antriebskraft also, die uns anspornt, weiterhin fleissig zu arbeiten, intellektuell aktiv zu sein und ‚makellos‘ schön zu bleiben. Aus solchen Überlegungen wird klar, dass eine gewisse Harmonie in den Bereichen Intelligenz, Arbeitstugend und Schönheit unseren Lebensweg massiv beeinflusst; d. h. uns Tore zu Erfolg und Ansehen öffnet – bei einem Ungleichgewicht oder gänzlichem Fehlen aber auch verwehrt.

Intelligenz – IQ-Werte sind nicht das Mass aller Fähigkeiten

Was ist Intelligenz? Nach ‚Brockhaus‘ ist Intelligenz ‚Verständnis, Erkenntnis, Denkfähigkeit und Klugheit‘ (vgl. BROCKHAUS 1993, 390). Intelligenz hängt also mit Fertigkeiten und Aktivitäten des Menschen wie schlussfolgerndes Denken, Problemlösen und Anpassungsfähigkeit an neue Situationen und Bedingungen zusammen. Trotz aller Bemühungen gibt es aber bis heute noch keine objektive, allgemein gültige und in Wissenschaft und Praxis anerkannte Definition von Intelligenz. Intelligenz ist für die meisten Menschen ein positiver Begriff – etwas, das in den Bildungsinstitutionen gefördert und entwickelt werden sollte, aber eventuell auch etwas ‚Gott- Gegebenes‘, also ‚In die Wiege gelegt‘-Erhaltenes oder eben nicht (vgl. STADELMANN 2000, 8ff).

Ist Intelligenz messbar? Obschon nie eine allgemein anerkannte Definition für Intelligenz bestanden hat, wird ihrer Messbarkeit grosse Bedeutung zugemessen – worin die eigentliche Hauptschwierigkeit liegt: Messen heisst vergleichen, d. h. eine Referenzgrösse, der eine Definition zugrunde liegt, muss als Vergleichsinstrument vorhanden sein. Dieser allgemeine Massstab existiert jedoch nicht. Messwerte sind nicht absolut und ergeben oft eine einseitige Aussage über das Gesamtpotenzial einer Person. Weiter werden Sonderbegabungen wie z. B. Kreativität oder sportliche Fähigkeiten nicht ersichtlich.

Alfred Binet, ein französischer Psychologe, gilt als Vater des ersten Intelli-

genztests, welcher als «objektives Messinstrument» die Untersuchung von Bildungsvoraussetzungen behinderter Kinder ermöglichen sollte. Das französische Unterrichtsministerium erhoffte sich dadurch eine angemessene Zuweisung in Sonderschulen, welche einen – den Fähigkeiten der Kinder – angemessenen Unterricht anböten. Der Test erlaubte auch festzustellen, welche Aufgaben Kinder durchschnittlich in welchem Alter lösen können. Daraus resultiert das «Intelligenzalter». Dies ist die Ausgangslage für die Definition des «Intelligenzquotienten» (IQ), der aufgrund der Arbeiten von Binet 1912 erstmals von William Stern (Psychologe und Philosoph; Hrsg. der «Methodensammlung zur Intelligenzprüfung von Kindern und Jugendlichen») vorgeschlagen wurde:

IQ ist das Verhältnis von Intelligenzalter (IA) zu Lebensalter (LA) – multipliziert mit dem Faktor 100; also: $IQ = IA/LA \cdot 100$. Diese neue Masseinheit führte zu einer einfachen, aber weitgehend willkürlichen Skala, um den geistigen Entwicklungsstand eines Kindes im Vergleich mit Gleichaltrigen zu bewerten. Ebenso wurde festgelegt, dass ein Ergebnis unter 100 unterdurchschnittliche, ein solches über 100 überdurchschnittliche Intelligenz bedeutet (vgl. auch STADELMANN 2000, 8ff). Diese Vorstellung einer nach wie vor messbaren Intelligenz steht aber im Widerspruch zur Erkenntnis aus verschiedenen Wissenschaften (z. B. Neuropsychologie), wonach sich Intelligenz lebenslang entwickeln kann.

Bildung wird in den Schulen immer noch vorwiegend mit (messbarer) Wissensanhäufung in Zusammenhang gebracht. Die Kenntnis, dass Bildung jedoch mehr sein sollte als blosser Stoffvermittlung, verlangt von den Schulen die Förderung von Fähigkeiten wie Sozialkompetenz, Kritikfähigkeit, Kreativität oder Empathie. Da diese komplexen Fähigkeiten jedoch schlecht messbar und ungeeignet für (noch) schulübliche Kurzzeitbeobachtungen sind, haben sie bisher nicht die Bedeutung erlangt, die ihnen zukommen sollte.

In diesem Zusammenhang ist zu bedenken, dass IQ-Tests und schulische Beurteilungen klassischer Art kaum prognostische Aussagen über den Berufs- und Lebenserfolg ermöglichen.

Dies beweist eine amerikanische Studie aus dem Jahre 1977 (STADELMANN 2000, 10), welche belegt, dass die erfolgreichsten Harvard-StudentInnen gegenüber ihren – laut Testergebnissen – schlechter ausgefallenen KollegInnen in Bezug auf Arbeitsproduktivität, Status und Einkommen nicht erfolgreicher waren. Auch zählten sie in ihren menschlichen Beziehungen nicht zu den Glücklichen und zeigten allgemein nicht grössere Zufriedenheit mit dem Leben.

Als intelligent gelten in der Vorstellung breiter Bevölkerungsschichten somit immer noch Menschen, die viel wissen, logisch denken (Ursache-Wirkung-Denken), abstraktions- und aufnahmefähig sind. Diesen Kriterien entsprechen

sowie 21) in Regelschulen unterrichtet und stundenweise von einer/einem SonderpädagogIn speziell betreut. Erste Erfahrungen haben aber gezeigt, dass die meisten dieser Kinder nach ca. 2–4 Jahren dann doch in eine heilpädagogische Schule kommen und die Integration abgebrochen wird. Heutige Industriegesellschaften sind «Leistungsgesellschaften» insofern, als typischerweise die individuell erbrachte, ökonomisch verwertbare Leistung und nicht – wie in der vorindustriellen Gesellschaft – die soziale Herkunft über die Platzierung in der Sozialstruktur entscheidet. Dem Bildungssystem wird die Funktion zugeschrieben, den gesellschaftlichen Nachwuchs leistungsmässig zu qualifizieren und nach Stufen und Niveaus der Qua-



Es sind also vorrangig kognitive Fähigkeiten, die sich von emotionellen Vorgängen abheben, die als Hauptbestandteil der Intelligenz empfunden werden

v. a. Professionelle in bestimmten «kopflastigen» Gebieten wie z. B. Physik, Mathematik oder Informatik. (vgl. auch: Wer wird Millionär). Es sind also vorrangig kognitive Fähigkeiten, die sich von emotionellen Vorgängen abheben, die als Hauptbestandteil der Intelligenz empfunden werden (vgl. STADELMANN 2000, 8ff).

Bedeutung und Einfluss der Intelligenz in unserer Gesellschaft

Nicht unerwähnt bleiben dürfen verschiedene bestehende und immer wieder neu entstehende Integrationsprojekte, die der örtlichen und IQ-abhängigen Schultrennung entgegenwirken wollen. So werden und wurden zum Beispiel in Thun, Eglisau, Ennetbaden und Stallikon (ZH) einzelne geistig behinderte SchülerInnen (meistens Kinder mit Tri-

plifikation auszulesen: Im Kindes- und Jugendalter wird die Entscheidung darüber programmiert, welche Position im Gefüge von Macht, Einfluss, Besitz und Ansehen ein Gesellschaftsmitglied als Erwachsener voraussichtlich erhalten wird. Wird das Bestreben nach «gut gelungenem» intelligentem Nachwuchs nicht erfüllt, bleiben Schuldgefühle, Enttäuschung und Frustrationen in der Regel nicht aus – das Gefühl, als Eltern versagt zu haben oder gar unfähig zu sein, gesunden und intelligenten – also nichtbehinderten – Nachwuchs zu zeugen, ist schwer zu ertragen.

Gerade in Sonderschulklassen kommt es immer wieder vor, dass Eltern ihr Kind dessen KlassenkameradInnen gegenüber als überlegener und geschickter betrachten. Auch wenn dem häufig nicht so ist, also Wunschvorstellungen und Realität aufeinanderprallen, werden andere Klassenmitglie-



planetenshwa / flickr

Klassenkampf: Der Konkurrenzkampf zwischen sozialen Schichten um die beste Ausgangsposition am Arbeitsmarkt spielt sich weitgehend im Schulwesen ab (HURRELMANN 1989, 163). Es lässt sich eine Aufholjagd beobachten: die Bildungsbeteiligung der Kinder aus Arbeiterfamilien ist innerhalb der letzten Jahrzehnte gewachsen, aber die der Kinder aus den übrigen Familien ebenfalls. Die Kinder von Beamten, Angestellten und Selbständigerwerbenden haben bis heute ihre Spitzenpositionen bei der Bildungsbeteiligung gehalten. Um den Abstand gegenüber den Arbeiterkindern sicher zu wahren, mussten sie ihr Engagement allerdings noch verstärken. Auch diese Familien haben in den letzten Jahren in ständig steigendem Masse Gymnasien für ihre Kinder in Anspruch genommen. Es gibt bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie etwa Beamte in Leitungspositionen, deren Kinder zu fast 100% diese Schulform besuchen. Um den Abstand gegenüber einander aufrechtzuerhalten, müssen heute alle Bevölkerungsgruppen auch weiterhin an diesem ‚Wettkampf um höhere Schulabschlüsse‘ teilnehmen. Um die Differenz zu wahren, muss die jeweils höhere Gruppe dafür sorgen, dass die von ihr besessenen Privilegien möglichst gar nicht oder allenfalls zu einem späteren Zeitpunkt von der Gruppe unter ihr erworben werden können. Beim Zugang zu attraktiven Berufspositionen schlagen aber, wenn die Absicherung über Bildungszertifikate nicht greift, immer noch die sozialen und wirtschaftlichen Beziehungen der privilegierten sozialen Schichten durch. Daraus ergibt sich eine drastische Verschiebung der Abschlussqualifikationen in nur zwei Generationen: Über ein Drittel der Kinder besuchen heute Schulen (bsp. Gymnasium), welche ihre Eltern nie besucht haben und aus Karrieregründen auch nicht zu besuchen brauchten (HURRELMANN 1990, 131ff).

Innen für das ‚Versagen‘ und SonderpädagogInnen für ‚unangemessene Förderung‘ verantwortlich gemacht. Ein wenig dieser Verantwortung durch Schuldzuweisungen auf andere zu übertragen, scheint oft ein geeignetes Ventil zur eigenen Entlastung zu sein.

So müssen allgemein die Institution Schule, Lehrer oder andere – v. a. auch ausländische Kinder – als Sündenböcke für das ‚Schulversagen‘ Einzelner erhalten. Der – je nach Quartier – hohe Prozentsatz an fremdsprachigen (kriegstraumatisierten) Kindern wird für den mangelnden Klassendurchschnitt verantwortlich gemacht. Dort wo die öffentliche Schule des Wohnquartiers nach elterlichem Ermessen wegen solch

‚misslichen‘ Verhältnissen der Bildung ihrer Kinder nicht mehr gerecht werden kann, wird – nebst privaten Nachhilfestunden – sofern möglich, ein Umzug in ‚schweizerische‘ Teile der Stadt oder eine Privatschulkarriere in Betracht gezogen. Die Wochenpläne vieler Kinder gleichen somit Terminplänen von Geschäftsleuten – für eine kindergerechte Freizeitbeschäftigung bleibt nur spärlich Zeit.

Der Konkurrenzkampf zwischen den sozialen Schichten

Der schulische Bildungsmarkt wird heute zu einem ‚Hauptschlachtfeld im

Geschützte Werkstätten und Beschäftigungsstätten

Für die meisten SonderschulabsolventInnen bleibt die Aufnahme in eine geschützte Werk- oder Beschäftigungsstätte die einzig mögliche Zukunftsvorstellung in Bezug auf die Arbeitswelt.

Sie sind hier keiner eigentlichen Ausbildungspflicht unterworfen. Für Einzelne ergibt sich eine (Wieder)eingliederung in die freie Wirtschaft. Beschäftigungsstätten sind geschützten Werkstätten gleichgestellt, funktionieren jedoch nicht ertragsorientiert.

Wir meinen, dass schon die Bezeichnung ‚geschützte Werkstätte‘ auf die ‚behütende‘ Organisationsform solcher Einrichtungen hinweist. Es stimmt sicher, dass geistigbehinderte Menschen eigene Grenzen oft nicht realisieren können und ihnen i. d. S. eine professionelle Betreuung entspricht. Trotzdem bleibt ihnen auch im arbeitsfähigen Erwachsenenalter selbstbestimmtes Handeln weitgehend verwehrt. Viele in Werk- und Beschäftigungsstätten Arbeitende sind in ihrer oft eintönigen Tätigkeit unterfordert und verlieren zusätzlich an – häufig ohnehin schon instabilem – Selbstwertgefühl. So wie sich ein Erwachsener auf dem offenen Markt normalerweise über seine Arbeitskraft an einen neuen Arbeitgeber ‚verkaufen‘ kann, erübrigen sich ebensolche Bemühungen für Personen mit einer geistigen Behinderung: Mangelnde vorhandene Alternativen und eine oft eingeschränkte Mobilität verunmöglichen i. d. R. einen Stellenwechsel. Hinzu kommt, dass unseres Wissens gesamtschweizerisch kaum spezifische, d. h. beruflich orientierte Weiterbildungsangebote für geistigbehinderte Erwachsene bestehen.

Arbeitstugend – protestantische Ethik nach Max Weber

Um die Einstellung der Gesellschaft gegenüber behinderten Menschen in Bezug auf Arbeit zu beschreiben, scheint es uns wichtig, als Einstieg einen kurzen Überblick über die Protestantische Ethik nach Max Weber (1864-1920) zu liefern. Weber beobachtete zu seiner Zeit, dass die protestantischen Regionen industriell viel weiter entwickelt waren als die katholischen. Er stellte weiter fest, dass derselbe Zusammenhang gesamteuropäisch beobachtbar war: Die ersten Industrieländer (= kapitalistischen Nationen) waren die dem protestantischen Glauben angehörigen Niederlande und England. Die vorher um einiges reichere katholischen Staaten wie Italien, Spanien und Portugal folgten, wenn überhaupt, erst viel später.



Viele in Werk- und Beschäftigungsstätten Arbeitende sind in ihrer oft eintönigen Tätigkeit unterfordert und verlieren zusätzlich an Selbstwertgefühl.

Diesen zunächst unverständlichen Zusammenhang zwischen der Religionszugehörigkeit und der wirtschaftlichen Entwicklung versuchte Weber aufzuklären: Auffallend schien ihm die eher ‚unnatürliche‘ spezifische Wirtschaftsgesinnung der ersten Kapitalisten; ihr antreibender Gedanke war nämlich nicht etwa, möglichst hohe Gewinne zur Befriedigung eigener Bedürfnisse zu erzielen – ein in handelnden Gesellschaften sonst verbreitetes und übliches Motiv. Vielmehr strebten sie nach Gewinn um des Gewinnes Willen. Im Gegensatz zum Adel und den Fernhandelskaufleuten des späten Mittelalters, welche Reichtum anhäuften und damit ein geniesserisches Leben in Luxus führten, lebten die frühen Kapitalisten in äusserster Sparsamkeit – trotz beachtlichem Vermögen. Jeder Konsum, der über das absolut Lebensnotwendige hinausging, erschien ihnen als Verschwendung. Das Ideal war, alles erworbene Geld zur Reinvestition noch grösserer Gewinne zu nutzen (vgl. BONFRANCHI 1997, 53-54).

Weber sieht diesen kapitalistischen Gedanken weiter in engem Zusammenhang mit der religiösen Denkart des Calvinismus: Nach Calvins Lehre liess Gott in einem uns unerklärlichen Beschluss nur einem Teil der Menschheit seine Gnade zuteil kommen und erhob sie damit zu späteren Heiligen. Die übrigen Menschen verfielen demnach in ewige Verdammnis. Dabei konnten diesen weder menschliche Werke noch magische Mittel wie z. B. Sakramente die ersehnte Gnade Gottes übermitteln.

Da der Zustand der Unwissenheit, wer zu den Auserwählten gehöre und wer nicht, für die Menschen in einem vom Glauben bestimmten Zeitalter psychisch unerträglich war, suchte jeder nach Zeichen der Bestätigung. Im Verzicht auf Musse und Genuss zugunsten ständiger Arbeit wurde ein Beweis der Auserwähltheit gesehen. Die Menschen wurden also sozusagen zu ‚asketischer Bewährung im Berufsleben‘ gedrängt;

die ‚Pflichterfüllung innerhalb weltlicher Berufe‘ wurde als ‚höchster Inhalt‘ angesehen, ‚den die sittliche Selbstbestätigung annehmen konnte‘. Diese religiöse Bedeutung der weltlichen Alltagsarbeit erzeugte den Berufsbegriff, wie wir ihn heute kennen, in diesem Sinne zum ersten Mal.

Durch erläutertes calvinistische Gedankengut konnte für die vorgängig beschriebenen ‚unnatürlichen‘ Wirtschaftsüberlegungen ein die allgemeine Bevölkerung ansprechendes Fundament geschaffen werden. Hiermit ist eine Ansicht religiös begründet, die exakt dem rastlosen Streben nach Gewinn der frühen Kapitalisten entspricht. Reichtum wird somit zum Zeichen der Auserwähltheit, was logischerweise beim Gelderwerb ein gutes Gewissen, in der Folge aber auch hartherziges Verhalten gegenüber den Armen bewirkte.

Der Calvinismus ermahnte die Menschen, jede Minute ihrer Tätigkeit zu widmen, keine Zeit zu verschwenden und keine Gewinnchance auszulassen. Diese systemische Lebensplanung nennt Weber ‚Rationalisierung der Weltbeherrschung‘, in welcher er den Wertzuwachs des Westens sieht, wobei sich letzterer von jeglicher ausserokzidentalen Kultur unterscheidet. Arbeit und Erwerben wurden somit als Zweck des Lebens angesehen und nicht mehr als Mittel zur Befriedigung materieller Lebensbedürfnisse. Arbeit ist aber v. a. von Gott vorgeschriebener Selbstzweck des Lebens überhaupt. Der paulinische Satz: ‚Wer nicht arbeitet, soll nicht essen‘, gilt bedingungslos für alle. Arbeitsunlust wurde als Symptom fehlenden Gnadenstandes angesehen, denn Gottes Vorsehung hält für jeden einen Beruf bereit (= Befehl Gottes an den Einzelnen), der erkannt und in dem gearbeitet werden soll (vgl. BONFRANCHI 1997, 54-55).

Fortsetzung und Literaturangaben folgen in Soziale Medizin 2.11 im Mai

Ich ha mi gärn mit Chrut und Stil

Lebenskunst ist, sich selbst zu akzeptieren

Samstag, 26. Februar 2011, 14.00 Uhr bis Sonntag, 27. Februar 2011, 16.00 Uhr

Zielpublikum: Menschen mit Behinderung, Angehörige, Fachleute und weitere Interessierte

Veranstaltungsort: Boldern, Evang. Tagungs- und Studienzentrum, Boldernstrasse 83, 8708 Männedorf
Anmeldeschluss: 12. Februar 2011

Sich gern haben bedeutet: Ich sage ja zu mir. Ich kenne mich selbst. Ich tue mir etwas Gutes. Ich mag meinen Körper. Ich wehre mich für mich selbst. Oft fällt uns dies leider gar nicht leicht. Wir vergleichen uns mit anderen und denken, die haben es besser, sehen besser aus, können es besser als wir.

Wie kann ich nun lernen, mich selber zu mögen, mit meinen Stärken und Schwierigkeiten, mit meinen Talenten und Einschränkungen? Was tut mir gut? Wie lerne ich, mich selbst ernst zu nehmen?

Solche und andere Fragen werden uns an der Tagung begegnen. Wir werden diskutieren, Theater schauen und uns gegenseitig ermutigen, zu uns Ja zu sagen.

Tagungsassistenten- und sekretariat, Paulus-Akademie Zürich, T 043 336 70 42, eva.lipp-zimmermann@paulus-akademie.ch, www.paulus-akademie.ch

Freundschaft – a little extra

By Conny Wenk, ca. 128 Seiten, gebunden, Format DIN A4, vierfarbig, mit zahlreichen Fotos, Bestell-Nummer 588.761, ISBN 978-3-86256-006-6 Neufeld Verlag, Schwarzenfeld 2010, <http://www.alittleextra.de/Alittleextra/Freundschaft.aspx>

Die Fotografin Conny Wenk porträtiert in diesem Buch ganz unterschiedliche

Freundschaften: ein unzertrennliches Dreiergespann, eine Mädchen-Clique, ein Liebespaar und einen Freundeskreis. Und sie kommen selbst zu Wort: Was macht ihre Freundschaft aus? Wie kommt es, dass manche ihr Leben schon seit Jahren miteinander teilen? Und was tun sie, um ihre Freundschaften zu pflegen und zu erhalten? Ach ja: Manche von ihnen haben Down-Syndrom, also ein Chromosom mehr. Aber das ist hier nicht wesentlich.

• • • • •

Neuerscheinung

Komplementärmedizin – alternative Heilmethoden unter der Lupe

Von Daniel Bouhafs, Umfang: 184 Seiten, broschiert, Preis: Fr. 34.00 / €1.80 (D), ISBN-Nr.: 978-3-7253-0960-3, Januar 2011

Kein Mensch möchte die Errungenschaften der modernen Medizin missen. Wir alle suchen und finden Hilfe in dieser Hochleistungsmedizin, wenn wir sie brauchen. Was bringt die heutige Chirurgie nicht alles zustande, selbst mit minimalen Eingriffen. Unzählige Patientinnen und Patienten verdanken der Orthopädie eine um Jahrzehnte verbesserte Lebensqualität. Die meisten Infektionen haben ihren Schrecken verloren, dank potenter Medikamente. Mit dem Effekt, dass wir immer älter werden. Trotz dieser Erfolge boomt daneben eine angeblich sanfte Medizin: Noch nie war hierzulande das Angebot an alternativen Heilmethoden so gross wie heute. Im Mai 2009 hat das Volk sogar dem Verfassungsartikel zur Wiederaufnahme der Komplementärmedizin in den Leistungskatalog der Krankenkassen mit überwältigender Mehrheit zugestimmt.

Neuere Studien belegen die Wirksamkeit einiger Methoden, auch wenn deren Wirkungsmechanismen im Dunkeln bleiben. Geradezu bahnbrechend sind die jüngeren Erkenntnisse der Neurowissenschaftler, die der Placebowirkung auf der Spur sind. Sie können die Kluft zwischen Schulmedizin und

komplementärer Heilkunde überbrücken helfen. Der Journalist Daniel Bouhafs hat dazu ein Sachbuch mit der nötigen Distanz und Kritik sowohl gegenüber der Komplementärmedizin als auch auch der Schulmedizin verfasst.

• • • • •

Ausstellung

Wohl & Weh

Vom Kinderspitäli zum UKBB

Eine Ausstellung des Vereins Geschichtete Kinderspital Basel, in Zusammenarbeit mit dem UKBB. 17. Februar bis 17. April 2011.

Die Ausstellung zur Finissage des Basler Kinderspitals am Rhein zeigt erstmals historische Objekte aus der bedeutenden Sammlung von Vreni Kuhfuss, Kinderkrankenschwester und pensionierte Berufsschullehrerin.

Gestaltet wird die Ausstellung vom Atelier Gillmann, grafisch bearbeitet von artverwandt und technisch inszeniert von der Medienfalle. Die Projektleitung liegt beim Büro für Sozialgeschichte.

Weitere Veranstaltungen

Öffentlicher Stadtrundgang vom alten zum neuen Kinderspital: jeweils am Donnerstag, 18.00 Uhr, 24. Februar/ 24. März/ 14. April 2011

Aktivitäten für Kinder:

veranstaltet von der Spitalpädagogik UKBB: jeden Mittwoch, 14.00 bis 16.00 Uhr

Workshop von K-werk Bildschule, siehe www.kwerk.ch

Wo? Kinderspital, Römergasse 8

Wann? Mo. bis Fr.: 13 – 17.00 Uhr

Sa./So.: 10 – 17.00 Uhr

(14.-16. März geschlossen)

Begleitprogramm siehe www.ukbb.ch

Öffentliche Führung:

jeden Sonntag, 11.00 Uhr

Veranstalter:

Sabine Braunschweig,

Büro für Sozialgeschichte

wohlundweh@sozialgeschichte-bs.ch

www.sozialgeschichte-bs.ch

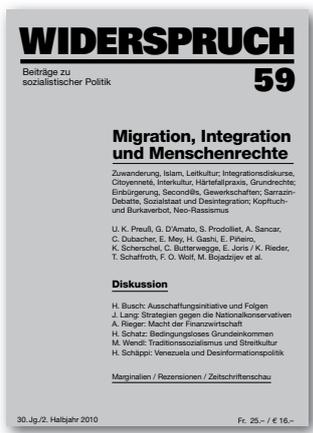


WIDERSPRUCH HEFT 59

Migration, Integration und Menschenrechte

Widerspruch Heft 59. Widerspruch, Postfach, 8031 Zürich. 224 Seiten, CHF 25.00. www.widerspruch.ch

Schreckbilder von «Parallelgesellschaften» machen die Runde und verstärken den Ruf nach schärferen Sanktionen in der «Ausländerpolitik» – vor allem gegen «Integrationsunwillige» mit «muslimischem Migrationshintergrund». Reflexartige Stammtisch-Forderungen erhalten Resonanz bis weit in die bürgerliche Mitte, bei Besserverdienenden, bei abstiegsgefährdeten und ressentimentgeladenen Mittelschich-



ten. Am sogenannten Tabu-Thema «Zuwanderung» entlädt sich in der gegenwärtigen sozialen Krise eine fremdenfeindliche Stimmung, die in Ausländerhass kippt und alte wie neue Formen von Rassismus hervorbringt.

Als Fanal des Aufbruchs gilt für Europas Rechte das in der Schweiz per Volksabstimmung im Herbst 2009 zum Gesetz erhobene «Minarettverbot». Die nationalkonservativen Kräfte der bürgerlichen Parteien sehen sich bestärkt in ihrem Bestreben, das Nationale zu politisieren und die EU-Feindschaft anzuhetzen.

In diesem xenophoben Klima ist es nicht weiter überraschend, dass der im Herbst 2010 erschienene Bestseller «Deutschland schafft sich ab» von Thilo Sarrazin, ein wissenschaftlich ver-

brämtes Konglomerat von Eugenik, Sozialdarwinismus und Neoliberalismus, in der Bevölkerung auf breiteste Zustimmung stiess.

Statt auf kritische Analyse und Lösungssuche setzen auch die meinungsmachende Medien auf Alarmismus: Es stünde eine «generelle Flüchtlingswelle» bevor, ein «Ansturm» auf Europa sei zu befürchten;

Umso dringlicher sind Analysen und darüber hinaus Konzepte und linke Gegenstrategien, die auf eine demokratische und soziale Integration aller Migrantinnen und Migranten abzielen und dabei kompromisslos Menschenrechte und Völkerrecht verteidigen.

Im Heft 59 der Zeitschrift Widerspruch finden sich zu diesem Themenbereich Beiträge von: Preuß, D'Amato, Prodollet, Sancar, Dubacher, Mey, Gashi, Piñeiro, Scherschel, Butterwege, Joris/Rieder, Schaffroth, Wolf, Bojadzije et al.



Tagung

Berufsstolz und Wertschätzung

Jugend und Arbeit – Wie Jugendliche ihre berufliche Identität finden. Dienstag, 5. April 2011, Zürich

Die Fachtagung richtet sich an Jugendarbeitende, Berufsberatungs- und Sozialberatungsstellen, Lehrlingsverantwortliche sowie Interessierte aus Politik, Wirtschaft und Kirchen.

Ist Berufsstolz aus der Mode gekommen? Die Frage «Was willst du werden?» wird zwar immer noch an Jugendliche gerichtet. Aber welche Rolle spielt der Beruf heute noch im Leben eines Menschen? Viele scheinen dazu zu neigen, nur noch ein pragmatisch-instrumentelles Verhältnis zum «Job» zu unterhalten. Von einem engen Zusammenhang von Identität und Beruf wird kaum mehr ausgegangen.

Die Tagung greift die Frage nach Berufsstolz und Wertevermittlung auf und diskutiert unterschiedliche Gesichts-

punkte und Perspektiven mit Fachleuten aus Wirtschaft, Politik und Beratung.

Dienstag, 5. April 2011, 09.00 Uhr bis 16.00 Uhr, aki, Katholisches Akademikerhaus – Foyer für Studierende, Hirschengraben 86, 8001 Zürich



Kurs

Schwierige Gespräche führen

Kompetenz und Sicherheit in der Gesprächsführung (Kurs 1/2011). Montag, 9. Mai 2011, Zürich

Bei guten wie auch bei distanzierten Beziehungen haben wir oft herausfordernde Gespräche zu führen. Heikle Situationen belasten beruflich und ausserberuflich unseren Alltag. Schwierige Gespräche können ganz verschiedene Gesichter haben:

- Der Gesprächspartner dreht immer alles so, dass die Schuld beim anderen liegt. Wie weiche ich die Sturheit der Person auf? Wie fördere ich ihre Einsicht?
- Wie verhalte ich mich gegenüber einer Person, die sehr vorwurfsvoll, laut, aggressiv und persönlich verletzend ist?
- Wie gestalte ich das Gespräch, wenn die andere Person kaum etwas sagt oder sagen will?
- Wie kann ich souveräner mit dem Widerstand der Mitarbeitenden umgehen?
- Wie gewinne ich eine gesunde Distanz zu Ratsuchenden, deren Belastungen unabänderlich sind? Wie schütze ich mich selber?
- Wie wahre ich Flexibilität und Festigkeit in spannungsgeladenen Situationen?
- Wie können wir uns auf solche Gespräche einstellen und uns intensiv vorbereiten?
- Wie lassen sich schwierige Gespräche konstruktiv führen?

Mo, 9. Mai 2011, 9.00 h bis Di. 10. Mai 2011, 17.00 Uhr, Paulus-Akademie Zürich, Leitung: Claire Guntern-Troxler