soziale medizin

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

Forschung und Pharmaindustrie
Schwieriges Sozialverhalten «nervt»
Patientenverfügung und Demenz

Wird die PID jetzt zugelassen?
Spitalinfektionen
Pflegeberuf - trösten können!
Wie gesund bleiben?

Soziale Medizin, Nr. 3.11, September 2011, 38. Jahrgang,
vierteljährlich im Abo Fr. 79.– | www.sozialemedizin.ch

Impressum

www.sozialemedizin.ch

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

Geschäftsleitung / Heftproduktion:
Stefan Witschi

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

Redaktion:
Riccardo Bonfranchi (Dr. phil., Heilpädagoge), Käti Ensner (Kinder- und Jugendpsychologin FSP), Daniel Gelzer (Dr. med., Hausarzt), Alex Schwank (Dr. med., Innere Medizin FMH, Hausarzt), Günter Spaar (lic.phil.), Ruedi Spöndlin (lic.iur./Journalist BR), Ruth Waldvogel (Dr. sc. nat. ETH et lic. phil.I, Psychotherapeutin), Thomas Wahlster (Diplom-Sozialpädagoge), Fritz Witschi (Dipl. Architekt HTL), Erika Ziltener (Pflegefachfrau und Historikerin)

Herausgeberin:
Schweizeizerische Gesellschaft für ein Soziales Gesundheitswesen (SGSG)

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

Inserate: www.sozialemedizin.ch

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

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

Bestellen Sie jetzt ein Abonnement!

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

Name / Vorname: .....

Adresse:.....

.....

Datum / Unterschrift: .....

Bitte einsenden an: Soziale Medizin, 4007 Basel

Gestaltung: Stefan Witschi
Foto: sanofi pasteur | flickr

Magazin & Rubriken

4 Kurznachrichten

5 Den Medien fehlten Informationen zu AKW und Kinderkrebs
Claudio Knüsli

6 Kolumne: .....
Dani Winter

7 Ärztlich unterstützter Suizid –Deutschland tickt anders
Ruedi Spöndlin

8 Med in Switzerland:
Das Menschenrecht Gesundheit
Martin Leschhorn Strebel

10 Die Schweiz aus deutschem Blickwinkel
Ruedi Spöndlin

12 Spitalinfektionsrate kann um einen Drittel reduziert werden
Erika Ziltener

14 Infos aus der Genwelt
Basler Appell gegen Gentechnologie

16 Hallo! Ich bin ein Mensch, keine Krankheit
Peter Ettlin

21 „Der Millionär braucht die AHV nicht, aber ..."
Ruedi Spöndlin

22 Eine Patientenverfügung auf die Brust stempeln?
Ruedi Spöndlin

35 Somalia: Ambulatorium arbeitet weiter
Heinrich Frei

63 Was kann Frau (und Mann) tun, um gesund zu bleiben?
Daniela Heimberg und Lenka Svejda-Hirsch

66 Buchbesprechung: Caritas-Sozialalmanach
Daniel Gelzer

68 Wieviel darf ein Menschenleben kosten?
Helene Vermeulen (VUA¨)

Fortpflanzungsmedizin

18 Wird die PID jetzt zugelassen?
Ruedi Spöndlin

19 Auch biologisch kann Zeugung nicht voll gesteuert werden
Ursula Walter

Pharma

24 „ ... auf das Wohlwollen der Pharmaindustrie angewiesen"
Gesprächsrunde mit Jose Xavier Girau, Alex Schwank und Erika Ziltener (Ruedi Spöndlin)

32 Marketing vor Evidenz, Umsatz vor Sicherheit
Alex Schwank

33 Massnahmen, welche einer Unabhängigkeit der Forschung förderlich wären
Jose Xavier Girau

34 Wes Brot ich ess, ...
Alex Schwank

Integration ins Erwerbsleben

38 Schwieriges Sozialverhalten „nervt" am meisten
Interview mit Niklas Baer und Alex Schwank (Ruedi Spöndlin)

45 „Den Saustall ausmisten!"
Alex Schwank

48 Begutachtung durch die Invalidenversicherung
Interview mit Antoinette Voellmy (Daniel Gelzer)

50 Die Abstimmung zwischen Psychiatrie und Arbeitgeber mit Hilfe eines Job Coach
Christine Hersperger

Erwachsenenschutz

52 Demenz ist kein Hindernis für eine gültige Patientenverfügung
Susanne Brauer

Pflege

57 Pflegeberuf: Sie sollten aber trösten können
Esther Spinner

Sterbehilfe

Kluger Entscheid des Bundesrats

Blocher war immer dagegen, aber Widmer-Schlumpf sprach sich dann dafür aus. Nachdem Sommaruga das Dossier übernommen hat, änderte der Bundesrat seine Haltung wieder. Die Rede ist von gesetzlichen Leitplanken für die Hilfe zur Selbsttötung. Ende Juni erklärte der Bundesrat, er schlage vor, keine solchen Regeln zu erlassen. Die Redaktionsgruppe Soziale Medizin hat zusätzliche Gesetzesbestimmungen zur Suizidhilfe immer abgelehnt und begrüsst deshalb den Entscheid des Bundesrats. Dies obwohl, oder gerade weil sie der organisierten Sterbehilfe nicht unkritisch gegenüber steht. Mehr dazu unter: http://www.sozialemedizin.ch/?p=1951

Initiative gegen Komatrinker

Eine Gesellschaft von Pharisäern

Mit sicherem Instinkt hat die SVP eine neue Zielgruppe ins Visier genommen: die so genannten Komatrinker. SVP-

storumann | flickr

Nationalrat Toni Bortoluzzi fordert mit einer parlamentarischen Initiative, diese hätten die Kosten von Polizei und Notfallbehandlung selbst zu tragen. Und eine Mehrheit der nationalrätlichen Gesundheitskommission hat nicht genügend Rückgrat, sich dieser Forderung zu widersetzen. Denn wer will in der Öffentlichkeit schon als Lobbyist der Komatrinker dastehen? So verkommt auch die Gesundheitspolitik immer mehr zum populistischen Jekami. Mehr dazu unter: http://www.sozialemedizin.ch/?p=1858

Bevölkerungsentwicklung:

Präzisierung zu einem Zitat von Thomas Held

"Wegen des zunehmenden Bedarfs an Infrastruktur und Wohnraum könne man 'zweifellos in guten Treuen' die Auffassung vertreten, dass in der Schweiz zu viele Menschen lebten, stellt die Fachzeitschrift Soziale Medizin fest". Das schrieb Thomas Held Anfang Mai im „Magazin" (Ausgabe 17/2011). Das Zitat stammt aus einem Artikel auf unserer Website und ist absolut korrekt. Weil es Thomas Held etwas aus dem Zusammenhang riss, haben wir unseren Standpunkt präzisiert unter http://www.sozialemedizin.ch/?p=1810 .

Dachkletterer in Basel

Debatte um Zwangspsychiatrie

Es war ‚die' Sensation! Sogar aus Deutschland reisten Fernsehteams an. Im Basler Gundeldingerquartier war am 16. Mai ein schwer psychotischer Mann aufs Dach seines Wohnhauses gestiegen. Dort verharrte er volle zwei Tage und warf mit Ziegeln um sich. So was ist tragisch, kommt aber vor. Erfreulich ist, dass Polizei und Rettungsdienste umsichtig agierten und die Sache zu einem guten Ende brachten. Trotzdem stellen sich im Nachhinein kritische Fragen zum Umgang der Medien mit dem Ereignis und zur Forderung namhafter Psychiater nach griffigeren Zwangsmassnahmen. Mehr dazu: http://www.sozialemedizin.ch/?p=1889

Soziale Ungleichheit

Die klassische Arztromanze ist passée

Der Arzt heiratet die Krankenschwester. So will es die klassische Arztromanze. Aber das war einmal. Die OECD hat heraus gefunden, dass heute Ärzte eher Ärztinnen heiraten und nicht mehr Krankenschwestern. Diese Veränderung des Paarungsverhaltens soll sich nicht auf den Gesundheitssektor beschränken. Ganz allgemein würden 40 Prozent aller berufstätigen Paare aus der gleichen Einkommensschicht stammen. Vor 20 Jahren seien es hingegen noch 33 Prozent gewesen. Dieser Trend zum ‚gleich und gleich gesellt sich gern' ist nach Ansicht der OECD ein wichtiger Faktor für die zunehmenden Einkommensunterschiede innerhalb der Gesellschaft (vgl. http://www.oecd.org/dataoecd/32/20/47723414.pdf)

Designerdrogen

UN-Behörde schlägt Alarm

Weltweit sei der Markt für Heroin, Kokain und Cannabis nicht gewachsen, dafür würden mehr synthetische Drogen konsumiert. Das besagt der diesjährige Berichts der UN-Behörde für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC). Aufgeschreckt wurde die UNODC unter anderem dadurch, dass der Konsum von Designerdrogen in Südostasien stark zunimmt. Da einige davon noch nicht illegal seien, müssten die Gesetze schleunigst verschärft werden. Unser Kommentar dazu: http://www.sozialemedizin.ch/?p=1938

zVg

CANUPIS-Resultate

Den Medien fehlten Informationen zu AKW und Kinderkrebs

An der Medienkonferenz zur CANUPIS-Studie vom 12.7.2011 an der Universität Bern informierten die Autoren des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) über die Anzahl der Leukämiefälle bei unter 5-jährigen Kindern in AKW-Nähe. Bei 6.8 erwarteten Fällen seien in Zone I (5 km-Umkreis) 8 Fälle beobachtet, in Zone II (5-10 km) bei 20.8 erwarteten Fällen 12 Fälle beobachtet und in Zone III (10-15 km) bei 28.3 erwarteten Fällen deren 31 beobachtet worden. Dies betraf die Kohorte der knapp 3000 Kinder, deren Daten zum Geburtsort bekannt waren (in der Originalpublikation „birth cohort" genannt). Anders ausgedrückt sei das relative Risiko in Zone I um 20% erhöht, in Zone II um 40% erniedrigt und in Zone III um 10% erhöht. Was die Autoren in der schriftlichen Medieninformation in deutscher Sprache nicht erwähnten, war die Analyse der in der Schweizer Studie ebenfalls untersuchten Kohorte gemäss dem Wohnort zum Zeitpunkt der Leukämiediagnose. Diese Kohorte der CANUPIS-Studie - in der englischen Originalpublikation „resident cohort" genannt - umfasste über 4000 Kinder. Hier betrugen die aus der englischsprachigen Publikation ersichtlichen Zahlen für die Zone I 7.8 erwartete, jedoch 11 beobachtete Fälle (relatives Risiko um 41% erhöht), für Zone II 23.5 erwartete, jedoch 20 beobachtete Fälle (Risiko um 15% erniedrigt), und für Zone III 34 bei 32.4 erwartete Fälle (Risiko um 5% erhöht).

Dr.med.C.Knüsli, Onkologe, Basel, Präsident PSR/IPPNW Schweiz

Selektiv nicht genannt

Da die Analyse des Wohnortes zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose dem Vorgehen bei der deutschen Kinderkrebsstudie KiKK entspricht, auf welche die CANUPIS-Autoren während der Medienkonferenz wiederholt vergleichend als Ausgangsbasis verwiesen (und die letztlich auch der Auslöser für die CANUPIS-Studie darstellte), ist es fragwürdig, diese 41% Risikoerhöhung bei unter 5-Jährigen in der „resident cohort" in Zone I selektiv nicht zu nennen. Insbesondere, da die Autoren in der englischen Zusammenfassung selber darauf hinweisen, dass die Resultate der „birth cohort" und der „resident cohort" ähnlich seien, wäre es gegenüber den Medien korrekt gewesen, beide Kohorten mit gleichem Gewicht darzustellen. Dies betrifft sowohl die mündliche Präsentation wie auch die schriftliche Medieninformation.

Aus medizinischer Sicht relevant

Zusammenfassende Berechnungen, die die Resultate der CANUPIS-Studie, einer deutschen Studie von Kaatsch und einer englischen Studie von Bithell berücksichtigen, ergeben ein signifikant um circa 40% erhöhtes Leukämierisiko für diese Gruppe von Kleinkindern in der Umgebung von AKW. Eine Zunahme des Leukämierisikos um 40% für Kinder unter 5 Jahren, die im Umkreis von 5 km eines Atomkraftwerkes leben, ist aus medizinischer Sicht relevant: Es sei an Untersuchungen aus den Jahren nach 1950 zu Schwangeren erinnert, die zum Ausschluss einer Zwillingsschwangerschaft geröntgt wurden. Sie ergaben bei den in der Schwangerschaft gegenüber ionisierender Strahlung exponierten Kindern ein um 40% erhöhtes Krebsrisiko. Diese wichtige Erkenntnis führte zu den heute gültigen strengen Strahlenschutzbestimmungen.

Eine ergänzende schriftliche Medieninformation durch das CANUPIS-Team mit der Bekanntgabe der oben zitierten Resultate der „resident cohort" wäre der aus methodischer Sicht ausgezeichneten CANUPIS-Studie nachträglich zu wünschen. Denn wenn gleichwertig sein soll, was für „birth cohort" und „resident cohort" gefunden wurde, sollte den Medien klar mitgeteilt werden, dass die Leukämierisikoerhöhung für Kleinkinder im ersten Fall s+ 20%, im zweiten Fall + 41% beträgt. Dies selbst im Wissen um die Tatsache, dass beide Resultate nicht signifikant sind, wurden doch in den Medien die Fallzahlen der „birth cohort" ausführlich wiedergegeben und auch die 20%-Risikoerhöhung immer wieder genannt. Es ist anzunehmen, dass die 41% Risikoerhöhung bei der „resident cohort" das Publikum noch brennender interessieren wird.

Online veröffentlicht unter: http://www.ippnw.ch/aktuell/akw/pressemitteilungzucanupis15juli2011

Fortsetzung von Seite 4

Datenschutz

Kein Luxus!

rsp. Kurz vor der Umstellung auf Fallpauschalen bei der Spitalfinanzierung wird der Datenschutz zum Streitpunkt. Spitäler und die Ärzteschaft wehren sich gegen das Ansinnen der Krankenkassen, über die genaue Behandlung und die Diagnose jedes Patienten informiert zu werden. Damit der Datenschutz ernster genommen wird, müssen allerdings auch die Betroffenen – also sämtliche Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz – mehr Sensibilität dafür entwickeln.

Der Datenschutz im Gesundheitswesen hatte immer einen speziell schweren Stand, weil die angebliche Kostenexplosion die politischen Debatten in diesem Bereich dominierte. Die Krankenkassen fanden viel Verständnis, wenn sie behaupteten, sie müssten über möglichst genaue Patientendaten verfügen, um zu hohe Arzt- und Spitalrechnungen aufzudecken. Die Umstellung auf Fallpauschalen bei der Spitalfinanzierung wurde in der Erwartung beschlossen, dadurch liessen sich die Kosten dämpfen (was sich jetzt vermutlich als Illusion erweisen wird). Dass die Krankenkassen dabei zwangsläufig mehr Personendaten verlangen würden, war in der Debatte über die neue Spitalfinanzierung hingegen kaum ein Thema.

Nun machen sich die Spitäler und die Ärzteschaft im letzten Moment aber doch noch für den Datenschutz stark, nachdem die Krankenkassen masslose Ansprüche auf Herausgabe von Patientendaten gestellt haben. Die Mitglieder des Spitalverbands H+ haben ein bereits ausgehandeltes Abkommen mit den Versicherern in einer Urabstimmung deutlich abgelehnt, wobei datenschützerische Bedenken eine wichtige Rolle gespielt haben dürften. Sofern es nicht bald doch noch zur einer Vereinbarung kommt, wird Bundesrat Didier Burkhalter die offenen Punkte in einer Verordnung regeln müssen.

kolumne

Durchgreifen

Kiffen soll künftig nur noch mit einer Ordnungsbusse bestraft werden. Von der Legalisierung, die vor zehn Jahren beschlossene Sache schien, redet keiner mehr. Aber immerhin. 100 Stutz, wenn du nicht mehr als 10 Gramm im Sack hast, und der Fall ist erledigt. Also für dich. Anders sieht es aus, wenn dein 16-jähriger Sohn oder die Tochter beim Haschen erwischt wird. Sie soll die ganze Härte des Gesetzes treffen. Denn: Damit die Prävention greifen könne, müssten Jugendliche auch weiterhin angezeigt werden können, fand eine Kommissionsmehrheit.

Macht ja auch Sinn. Wer mal im Rentenalter ist, wird so ein Strafverfahren locker wegstecken. Angesichts der grassierenden Altersarmut wäre es manchem wohl gar recht, sich im Knast auf Kosten der Steuerzahler den Wanst zu füllen, wenn die nicht bezahlte Busse in Haft umgewandelt wird. Bei den Jungen hingegen macht sich ein Eintrag im Strafregister auf der Lehrstellensuche auch heute noch schlecht. Deshalb hat die Gesundheitskommission des Ständerats (SGK) von ihrem ursprünglichen Ansinnen Abstand genommen, die Altersgrenze bei 16 Jahren festzusetzen.

Abschreckende Wirkung wird die drohende Anzeige zwar kaum haben. Denn erstens macht Kiffen ja gleichgültig. Zweitens ist das Pack sowieso arbeitsscheu und folglich an einer beruflichen Karriere nur mässig interessiert. Drittens müssen ja sowieso die Eltern zahlen.

Das Kiffen ist ja aber nicht das einzige Problem, das wir mit der Jugend haben. Man braucht ja nur mal am Samstagabend durch die Stadt zu spazieren. Entweder man stolpert über hingelitterte Lycheesektflaschen oder über die Beine einer Alkleiche. Oder man wird von einem aggressiven Flaschmob „angestresst“, wie es die Basler Polizei in ihren Pressemitteilungen nennt. Und anschliessend von Maghrebinern ausgenommen.

Gottseidank haben wir in Basel jetzt eine Zeitung, die die Dinge beim Namen nennt. Und zum Glück begnügt sich die Beste aller Zeitungen (BaZ) nicht damit, Missstände aufzuzeigen und anzuprangern. Ihr Chefredaktor erklärte unlängst auf Telebasel, wie das Problem in den Griff zu bekommen ist: mit eiserner Hand nämlich. „Es muss jetzt endlich Schluss sein mit der Larifari-Politik“, kläffte der für seine markigen Worte bekannte Zürcher. Wenn jeder, der von der Polizei mitgenommen werden muss, eine Rechnung über 5000 Franken bekomme, so Somm, könnten so viele Polizisten angestellt werden, wie es braucht, um die Stadt sauber zu halten.

Man könnte freilich auch eine Ausgehsperre verhängen. Dann könnte niemand mehr ausgeraubt werden oder anderen komatös im Weg rumliegen. Allerdings würde es dann niemand mehr sehen.

Dani Winter

Stossend ist vor allem der interne Gebrauch

Die Versicherer versuchen uns jeweils einzureden, es sei ebenfalls nicht schlimm, wenn sie über unseren Gesundheitszustand Bescheid wüssten. Denn sie seien ihrerseits zur Geheimhaltung verpflichtet. Wie Bruno Baeriswyl in einem Interview mit der Sozialen Medizin erklärte (Soziale Medizin 4.08 S. 50 ff), liegt das Hauptproblem aber gar nicht darin, dass Informationen von Versicherern nach aussen dringen. Stossend ist vor allem der Gebrauch, den die Versicherer intern von diesen Daten machen. So verwenden sie Informationen aus der Grundversicherung häufig im Zusatzversicherungsbereich.
Mehr dazu: http://www.sozialemedizin.ch/?p=2003

Ärztlich unterstützter Suizid

Deutschland tickt anders

Während die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften ihre Richtlinien im Jahre 2004 diesbezüglich gelockert hat, haben die Delegierten des Deutschen Ärztetags Anfang Juni ein ausdrückliches Verbot der ärztlich unterstützten Selbsttötung in ihrer Berufsordnung festgeschrieben. Damit haben sie sich über eine wachsende Minderheit hinweg gesetzt.

In der Schweiz wirft die Hilfe zur Selbsttötung keine allzu grossen Wellen mehr. Zwar erregt Ludwig Minelli, der missionarische Geschäftsführer der Freitod-Vereinigung Dignitas, mit seinem forschen Auftreten hin und wieder Anstoss. Aber die viel grössere Sterbehilfeorganisation Exit hat es inzwischen geschafft, durch seriöse Arbeit breite Akzeptanz für die von ihr praktizierte Freitodhilfe zu finden. Die Stimmberechtigten des Kantons Zürich haben Mitte Mai jedenfalls zwei gegen die Hilfe zur Selbsttötung gerichteten Volksinitiativen aus dem evangelikalen Lager eine deutliche Abfuhr erteilt.

Dignitas und Exit sind zwar keine Ärztevereinigungen. Aber sie sind auf die Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten angewiesen, um an die erforderlichen Medikamente heran zu kommen. Schweizerische Ärzte können solche Hilfe problemlos leisten. Bis 2004 stand in den massgebenden Richtlinien der Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) zwar, diese sei „kein Teil der ärztlichen Tätigkeit". Das war aber nur eine unverbindliche Empfehlung. Auch für Ärztinnen und Ärzte galt in erster Linie das Strafgesetzbuch, welches Suizidhilfe nur dann mit Strafe bedroht, wenn sie aus eigennützigen Beweggründen geleistet wird. Im Jahr 2004 trug die SAMW dann der gesellschaftlichen Realität Rechnung und lockerte diesbezüglich ihre Richtlinien. Zwar betrachtet sie die Suizidhilfe nach wie vor nicht als Teil der ärztlichen Tätigkeit. Sie anerkennt jedoch, dass Ärztinnen und Ärzten im Einzelfall in einen Gewissenskonflikt geraten können und billigt deshalb in Ausnahmesituationen die Suizidhilfe.

Erfahrung des Nationalsozialismus

In Deutschland ist die Gesetzeslage nicht wesentlich anders. Auch dort verbietet das Strafgesetz die Hilfe zur Selbsttötung nicht ausdrücklich. Bis vor kurzem mussten Ärztinnen und Ärzte aber mit einer Anklage wegen unterlassener Hilfeleistung rechnen, wenn sie nicht alles taten, um eine Selbsttötung zu verhindern. Dies war Ausdruck einer anderen Einstellung zur freien Wahl des Todeszeitpunkts (vgl. Asmus Finzen in Soziale Medizin 1.10 S. 58 ff, abrufbar unter http://issuu.com/sozmed/docs/110.issuu). Massgebend dafür mögen unter anderem die Erfahrungen mit dem Euthanasieprogramm des nationalsozialistischen Regimes sein, obwohl die heutzutage praktizierte Suizidhilfe nicht mit diesem in Verbindung gebracht werden kann.

Minderheit nicht ernst genommen

Inzwischen stehen aber auch in Deutschland breite Kreise der Suizidhilfe aufgeschlossener gegenüber, darunter viele Ärztinnen und Ärzte. Das hat die Redaktionsgruppe der Sozialen Medizin in Diskussionen mit deutschen Kolleginnen und Kollegen verschiedentlich gespürt. Und auch die Diskussionen am diesjährigen Ärztetag in Kiel zeigten das. Wie die Frankfurter Allgemeine berichtet, sollen sich 30 Prozent der befragten deutschen Ärztinnen und Ärzte im Jahre 2009 in einer Umfrage für die Zulässigkeit der Hilfe zur Selbsttötung ausgesprochen haben (http://www.faz.net/artikel/C30770/aerztetag-in-kiel-aerzte-beschliessen-verbot-zur-sterbehilfe-30429281.html). Angesichts dieser Entwicklung stellt es einen Affront gegenüber einer nennenswerten Minderheit dar, in der Berufsordnung ein rigoroses Verbot festzuschreiben, das es bisher so nicht gab. Über dieses können sich deutsche Ärztinnen und Ärzte nicht ohne Risiko hinwegsetzen. Sonst riskieren sie, von der Ärztekammer vor Gericht gezogen zu werden.

Eine ablehnende Haltung gegenüber der ärztlichen Unterstützung der Selbsttötung ist legitim, auch die Redaktionsgruppe der Sozialen Medizin steht dieser Dienstleistung mit einer gewissen Skepsis gegenüber. Die Mehrheit der Ärztetagsdelegierten hätte aber gut daran getan, die befürwortende Minderheit ernster zu nehmen und zu anerkennen, dass ein Arzt oder eine Ärztin in einen ernsthaften Gewissenskonflikt geraten kann, wenn ein schwer kranker Patient Hilfe zur Selbsttötung wünscht.

In der Schweiz hat man die ärztlichen Standesregeln für den Umgang mit der Suizidhilfe also behutsamer abgefasst. Ein wesentlichen Unterschied liegt darin, dass die Berufsordnung in Deutschland vom Ärztetag in einem grossen Plenum beschlossen wird, während in der Schweiz der Senat der Akademie im kleinen Kreis über die medizin-ethischen Richtlinien entscheidet. Dass bei demokratischen Mehrheitsentscheidungen der Respekt vor Minderheiten auf der Strecke bleiben kann, hat sich in letzter Zeit allerdings gerade bei schweizerischen Volksabstimmungen gezeigt. Deshalb besteht jetzt kein Anlass, sich als Schweizer selbstgerecht auf die Brust zu klopfen.

> „Die Ärztetagsdelegierten hätten gut daran getan, die befürwortende Minderheit ernster zu nehmen.

Ruedi Spöndlin

Verbindliche Wege für die Gesundheitszusammenarbeit und -politik

Das Menschenrecht Gesundheit – eine starke Verpflichtung

Gesundheit ist ein Menschenrecht: Das ist der oft vergessene Kern der Gesundheitspolitik und der Gesundheitszusammenarbeit. Das Recht auf Gesundheit ist aber lange noch nicht erreicht. Unterdessen liegen konkrete Vorschläge vor, die auch die Schweizer Politik interessieren müssten.

Von Martin Leschhorn Strebel

Kürzlich widersprach an einer Veranstaltung ein hoher Schweiz Beamter dem Postulat, dass es so etwas wie ein Menschenrecht auf Gesundheit gäbe. Tatsächlich kann niemand eine Menschenrechtsverletzung einklagen, wenn er oder sie erkrankt. Wenn wir aber das Menschenrecht auf Gesundheit postulieren, bedeutet das nicht, dass wir damit von einem Recht sprechen, nicht krank zu werden.

Die Menschenrechtsdeklaration (Art. 25), der internationale Pakt über Wirtschaftliche, Soziale und Kulturelle Rechte (Art.12) oder aber auch die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation: Die internationale Gemeinschaft versteht Gesundheit als eines der unveräusserlichen Rechte, die jedem Menschen zustehen. Auf diesem Kern gilt es sowohl in der schweizerischen wie auch der globalen Gesundheitspolitik zu beharren, wenn Gesundheit etwa als ein rein wirtschaftliches Gut verstanden wird, das dem freien Markt ausgesetzt werden soll.

Das Recht auf Gesundheit bedeutet, dass jeder Mensch das Recht hat auf die Welt zu kommen und aufzuwachsen, zu arbeiten, zu leben und alt zu werden, ohne dass seine Gesundheit durch Menschen beeinflusste Handlungen oder durch Menschen beeinflussbare Umstände gefährdet wird. Dieses Recht muss durch die einzelnen Nationalstaaten aber auch die internationale Gemeinschaft umgesetzt und geschützt werden.

Die grundsätzlichen Überlegungen zum Menschenrecht auf Gesundheit halte ich für wichtig, da sie bei anderen Menschenrechten meist für jeden klar einsichtig sind, beim Recht auf Gesundheit in den verschiedensten Debatten – vom Leistungskatalog der Krankenversicherungen bis zur Zuckersteuer – immer wieder vergessen zu gehen drohen.

Menschenrechtsbasierter Ansatz in der Gesundheitszusammenarbeit

Anerkennt man das Menschenrecht auf Gesundheit in umfassendem Sinne, hat das Folgen auf die Tätigkeit verschiedener Akteure und Akteurinnen der internationalen Gesundheitszusammenarbeit. Für Organisationen, die Gesundheitseinrichtungen in Entwicklungs- und Schwellenländern betreiben oder unterstützen, heisst dies, dass sie alle Vorkehrungen treffen müssen, dass diese Einrichtungen und damit verbundene Programme tatsächlich zugänglich sind.

Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) in Deutschland hat dazu einen Leitfaden entwickelt. Der dabei verfolgte Ansatz macht deutlich, dass ein menschenrechtsbasierter Ansatz nicht nur für die internationalen Gesundheitszusammenarbeit sondern schlicht auch für die schweizerische Gesundheitspolitik von Relevanz wäre: „Ein Menschenrechtsansatz im Gesundheitssektor erfordert die Ausrichtung von Gesundheitspolitik und Gesundheitssystemen auf das Ziel, den Zugang der gesamten Bevölkerung, das heisst insbesondere extrem armer und benachteiligter Bevölkerungsgruppen, zu Gesundheitsdiensten und Gesundheitsinformationen zu verbessern und gesunde Lebensbedingungen zu ermöglichen."

Arbeiten Gesundheitsprojekte mit diesem Ansatz müssen sie verschiedene Fragen implementieren: Inwieweit verbessert das Projekt den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, insbesondere für benachteiligte Gruppen? Inwieweit wird der Gesundheitszustand insbesondere von Frauen und armen, benachteiligten und von Krankheit überproportional betroffenen Bevölkerungsgruppen verbessert? Inwieweit werden partizipative Elemente gestärkt und sind Mechanismen für die Rechenschaftslegung und Beschwerdeführung vorgesehen.

Südafrika: Den Verfassungsauftrag umsetzen

Ein menschenrechtsbasierter Ansatz in Gesundheitsprojekten ist immer ein umfassender Ansatz, der ganz grundsätzlich das Recht auf Gesundheit stärken muss. Doch lässt sich dieser Ansatz von den konkreten Projekten und Einrichtung auf die politische Ebene übertragen? Wie muss nationale und internationale Politik gestaltet sein, um dieses Recht zu gewährleisten?

Um diese Fragen zu beantworten, lohnt sich ein Blick auf die südafrikanische Organisation SECTION27, deren Vorgängerorganisation, das AIDS Law Project (ALP), sich auf den Kampf für die Rechte von Menschen mit HIV und für den Zugang zu antiretroviralen Therapien konzentrierte. Die ALP-AktivistInnen beschlossen 2004, ihre Arbeit auszuweiten. Sie thematisierten die Verpflichtungen des Staates gegenüber dem Gesundheitssystem als Ganzes. Sie setzten sich von nun an für ein gerechtes,

allen zugängliches und qualitativ gutes Gesundheitssystem ein. Sie pochten auf die sich aus der Verfassung ergebenden Verpflichtungen der Regierung gegenüber dem öffentlichen und privaten Gesundheitssektor: Diese verfassungsrechtlichen Verpflichtungen brächten es mit sich, dass sie in alle Politik- und Gesetzesbereiche integriert werden sollten. Sie engagierten sich dafür, dass die Schlüsseldeterminanten von Gesundheit, insbesondere Ernährung und Bildung, gestärkt werden.

Interessant ist, dass sich die Organisation, die stark in Juristenkreisen verankert ist, auf das verfassungsmässig garantierte Recht auf Gesundheit beruft und in diesem Sinne die Verfassung zu stärken versucht. Das Recht auf Gesundheit ist in Sektion 27 der südafrikanischen Verfassung garantiert – seit 2010 nennt sich die Organisation denn auch konsequenterweise Section27.

Eine Rahmenabkommen zur globalen Gesundheit

Section27 ist auch Mitglied der internationalen Joint Action and Learning Initiative (JALI), die sich für eine bessere, internationale Gesundheitspolitik engagiert. Von JALI liegt seit diesem Jahr ein bestechender Vorschlag auf dem Tisch, der das Menschenrecht auf Gesundheit stärken soll. Mit der „Framework Convention on Global Health" soll die internationale Gemeinschaft ein Rahmenabkommen verabschieden, die den Weg für die Zeit nach Ablauf der Millenniumsziele (MDGs) 2015 weisen könnte.

Innerhalb der MDGs spielt der Gesundheitsbereich eine zentrale Rolle. Die Gesundheitsziele haben zu einer positiven Entwicklung in verschiedenen Gesundheitsbereichen beigetragen. Gleichzeitig sind sie aber ziemlich selektiv auf einzelne Bereiche ausgerichtet. JALI schlägt nun einen umfassenderen Ansatz vor.

Mit einem Rahmenabkommen zur globalen Gesundheit sollen Gesundheitsprioritäten definiert, nationale und internationale Verpflichtungen in der Gesundheitspolitik festgelegt und durch einen Globalen Gesundheitsfonds finanzielle Mittel bereitgestellt werden. Das Rahmenabkommen soll zu einem klareren Rollenverständnis zwischen der einzelnen Staaten und der internationalen Gemeinschaft führen und vor allem klare Verbindlichkeiten schaffen. Dies alles mit dem Ziel, dem Menschenrecht auf Gesundheit zum Durchbruch zu verhelfen.

Das Rahmenabkommen soll laut dem Vorschlag folgende vier Fragen beantworten:

1. Welche zentralen Gesundheitsleistungen und Güter müssen jedem Menschen für die Erfüllung des Rechts auf Gesundheit garantiert werden?
2. Welche Verantwortung trägt jeder Staat, um die Gesundheit der eigenen Bevölkerung zu sichern?
3. Welche Verantwortung tragen alle Staaten gemeinsam, um die Gesundheit der Weltbevölkerung zu sichern?
4. Wie muss die globale Gesundheitspolitik geführt werden, damit alle Staaten ihrer gegenseitigen Verantwortung gerecht werden können?

Der Vorschlag zeichnet sich dadurch aus, dass er nicht auf einzelne Krankheiten fokussiert sondern auch die die Gesundheit bestimmenden sozialen Determinanten einbeziehen möchte. Dieser umfassende Ansatz zeigt einen Weg auf, wie das Menschenrecht auf Gesundheit, konkret umgesetzt und der Tendenz entgegengetreten werden kann, dass die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Ländern, aber auch innerhalb der einzelnen Ländern immer grösser werden. Damit geht es auch um eine Debatte, welche die Schweiz unbedingt führen sollte.

Martin Leschhorn Strebel ist Geschäftsleitungsmitglied Netzwerk Medicus Mundi Schweiz. Kontakt: mleschhorn@medicusmundi.ch

Ressourcen

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. BMZ Spezial 162, Juli 2009: www.bmz.de/de/publikationen/reihen/strategiepapiere/spezial162pdf.pdf

Lawrence O. Gostin et al: The Joint Action and Learning Initiative: Towards a Global Agreement on National and Global Responsibilities for Health. In: PLoS Med 8(5): e1001031. doi:10.1371/journal.pmed.1001031

www.section27.org.za

Die Schweiz aus deutschem Blickwinkel

Die Demokratischen Ärztinnen und Ärzte zu Besuch

Die Schweiz – gelobtes Land deutscher Mediziner und Gesundheitsökonomen?! Dieser Satz ziert die Frontseite des neuesten Rundbriefs des deutschen Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ), der ausführlich über eine Studienreise in die Schweiz berichtet. Interessant ist, mit welchen Fragen die VDÄÄ-Kolleginnen und -Kollegen gekommen sind und welche Antworten sie darauf gefunden haben. Auch wir von der Redaktionsgruppe Soziale Medizin haben sie zu einem anregenden Gespräch getroffen, das nun im Rundbrief gespiegelt wird. Beide Seiten, die Besucher aus Deutschland und ihre schweizerischen Gesprächspartner, mussten feststellen: Die Schweiz ist anders als sie gemeint haben, ein Land voller Gegensätze.

Viele von uns hatten vor Beginn der Reise eine klare Vorstellung: Die Schweiz hat das zweitteuerste Gesundheitswesen der Welt, das durch eine unsoziale Kopfpauschale mit hohem Selbstbehalt finanziert wird, aber die Schweiz ist auch das Traumland deutscher Mediziner: bessere Aus- und Weiterbildung, flachere Hierarchien in den Kliniken und vielleicht auch etwas mehr Geld für die Mediziner“. Mit diesen Worten umschreibt der VDÄÄ-Vorsitzende Wulf Dietrich die Erwartungen der meisten Reiseteilnehmer. Diese Vorstellungen sind nicht soweit von den unseren entfernt. Wer als Schweizerin oder Schweizer politisch links von der Mitte steht, wird die schweizerische Gesundheitsversorgung ähnlich charakterisieren. Nach ihrer Reise sind die Vorstellungen der Besucherinnen und Besucher aus Deutschland nicht mehr so eindeutig. Das zeigen die verschiedenen, sehr persönlichen Berichte im VDÄÄ-Rundbrief.

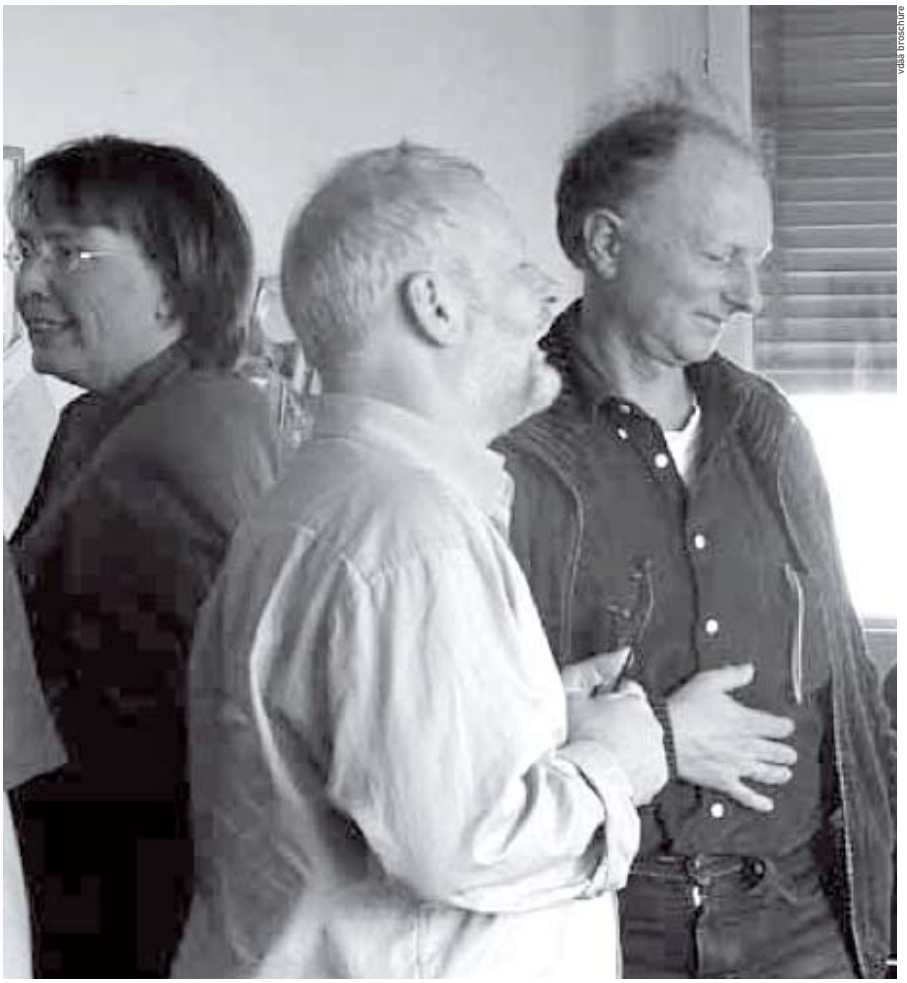
Ambivalenz gegenüber Freitodhilfe

Nicht ganz überraschend ist, wen die VDÄÄ-Gruppe während ihrer Studienreise im April dieses Jahres in der Schweiz besucht hat. Das war zunächst die Patientenstelle Zürich, eine Institution, die bei ihrer Gründung europaweit Pioniercharakter hatte und nach wie vor als vorbildlich gilt. Dann besuchten die deutschen Kolleginnen und Kollegen das Zürcher Opiatkonsumlokal ZOKL 1, auch das nicht allzu unerwartet, gilt die schweizerische Drogenpolitik im Ausland doch ebenfalls als einzigartig. Gesellschaftspolitisch aufgeschlossene Kreise wie die VDÄÄ finden sie grundsätzlich nachahmenswert, repressive Köpfe verdammen sie. Wichtig war den Besuchern aus Deutschland auch ein Treffen mit einer Vertreterin von EXIT. Denn die schweizerische Regelung der Sterbehilfe, insbesondere der so genannten Freitodhilfe, ist wesentlich liberaler als anderswo und gibt immer wieder zu kontroversen Diskussionen Anlass. Die VDÄÄ haben keine einheitliche Meinung dazu, sondern anerkennen, dass jeder Arzt und jede Ärztin dazu ihre persönliche Haltung entwickeln muss. Viele Reiseteilnehmer kamen aber zweifellos mit grossen Vorbehalten gegenüber der organisierten Freitodhilfe, welche die EXIT-Ärztin Marion Schafroth im Gespräch aber weitgehend ausräumen konnte. Wir von der Redaktionsgruppe Soziale Medizin konnten ebenfalls an diesem Treffen teilnehmen und waren gleichfalls positiv von der seriösen Haltung der EXIT-Verteterin überrascht. In den 1980er und 1990er Jahren hatten wir ganz andere EXIT-Exponenten kennengelernt, richtige Haudegen ohne nennenswerte Sensibilität. Nach der Lektüre von EXIT-Broschüren sind der Berichterstatterin im VDÄÄ-Rundbrief aber doch wieder gewisse Zweifel gekommen, unter anderem weil das Bedürfnis nach Freitodhilfe dort mit den hohen Pflegekosten begründet wird.

> “ Nach ihrer Reise sind die Vorstellungen der Besucherinnen und Besucher aus Deutschland nicht mehr so eindeutig.

Ärztenetzwerke und Managed Care

Ebenfalls zu erwarten war das grosse Interesse der Besucher aus Deutschland an Ärztenetzwerken beziehungsweise


vdää broschure

Managed Care-Modellen. Auch diesbezüglich ist die Schweiz ein Pionierland. Wie wir stehen die VDÄÄ-Kolleginnen diesen Netzwerken ambivalent gegenüber. Sie sehen, dass pauschalisierte Vergütungen innerhalb dieser Versorgungssysteme einen Anreiz zur Unterversorgung darstellen können, aber auch dass das vernetzte Arbeiten Qualitätsverbesserungen ermöglicht. Vom Besuch in der mediX-Gruppenpraxis in Zürich war der Berichterstatter im VDÄÄ-Rundbrief begeistert. Hier haben die Besucher aus Deutschland offenbar einen rundum positiven Eindruck gewonnen. Wie wir dem Rundbrief entnehmen können, haben aber auch die Gespräche mit uns und der Vereinigung Unabhängiger Ärztinnen und Ärzte (VUA¨) bei den VDÄÄ keinen allzu schlechten Eindruck von den Managed-Care-Netzwerken hinterlassen. Auch wenn wir – vor allem gegenüber der Budgetverantwortung – kritisch eingestellt sind, sind die Erfahrungen der Ärztinnen und Ärzte aus unseren Reihen mit Managed Care offenbar nicht so schlecht. Anzumerken ist, dass wir keine strukturierten Referate über Managed Care hielten, sondern dass unsere Ärzte vor allem Fragen aus der Praxis beantworteten. Und dabei war der Grundtenor offenbar positiv, was Managed Care betrifft. Dessen waren wir uns bisher wohl gar nicht so sehr bewusst. Das heisst nicht, dass wir nicht weiterhin vor den Risiken einer pauschalisierten Vergütung warnen sollten.

Bei den Treffen der VDÄÄ-Kollegen mit der AGGP, VPOD, VUA¨ und uns von der Redaktionsgruppe Soziale Medizin kam natürlich auch die Tendenz zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens zur Sprache, etwa die Einführung der DRG sowie die Debatte über Rationierungsmodelle. Hierüber waren deutsche wie schweizerische Kollegen ähnlich besorgt. Im VDÄÄ-Rundbrief halten die Berichterstatter allerdings fest, auch die kritischsten schweizerischen Gesprächspartner hätten bestätigt, dass es – zumindest zurzeit – in der Schweiz keine nennenswerte Mehrklassenmedizin gäbe, sondern dass die gesamte schweizerische Bevölkerung in den Genuss einer im internationalen Vergleich erstklassigen Gesundheitsversorgung käme. Überrascht waren die Besucherinnen und Besucher aus Deutschland überdies vom Treffen mit zwei Vorstandsmitgliedern der ärztlichen Standesorganisation FMH. Aufgrund ihrer Erfahrung aus Deutschland, hatten sie zwei sowohl bezüglich ihrer Einstellung als auch ihres Habitus stockkonservative Persönlichkeiten erwartet. In Wirklichkeit kamen dann zwei lockere, aufgeschlossene Menschen, die keineswegs ein elitäres Berufsverständnis vertraten. Diesbezüglich leben wir vielleicht tatsächlich in einem eher gelobten Land.

Und zu guter letzt das Minarettverbot

Uns von der Redaktionsgruppe Soziale Medizin war es wichtig, mit den VDÄÄ-Kolleginnen und -Kollegen nicht nur über die Gesundheitspolitik zu reden, sondern auch über die besorgniserregenden rechtspopulistischen Tendenzen in der Schweiz.. Wer im Ausland an die Schweiz denkt, dem werden das Minarettverbot und die Ausschaffungsinitiative einfallen. Und gerade Besucher aus Deutschland haben vielleicht auch schon davon gehört, dass die hier ansässigen Deutschen ins Visier einer unappetitlichen, fremdenfeindlichen Hetze geraten sind. Es war uns ein Anliegen, gegenüber unseren deutschen Besuchern unserer Besorgnis darüber Ausdruck zu geben.

Der Besuch der VDÄÄ in der Schweiz und der in der Folge entstandene Rundbrief waren auch für uns sehr anregend. Wir danken den deutschen Kolleginnen und Kollegen und bleiben gerne auch weiterhin in Kontakt mit ihnen. Abrufbar ist der betreffende Rundbrief unter www.vdaeae.de.

Ruedi Spöndlin

cult.ggolo | flickr

Spitalinfektionsrate kann um einen Drittel reduziert werden

Forderungen im Interesse der Patienten

Ins Spital geht man, um gesund zu werden. Nicht selten holt man sich aber gerade dort eine Infektion, die schwerwiegende Folgen hat. Hier zeigt die Präsidentin des Dachverbands der Patientenstellen, was sich dagegen tun liesse.

Bei konsequenter Einhaltung verbindlicher Hygienerichtlinien könnten die Spitalinfektionen um einen Drittel gesenkt werden. Zwar lässt sich diese Aussage nicht sakrosankt mit Fakten untermauern. Sie wird jedoch von verschiedenen Fachleuten regelmässig bestätigt. Zudem liegen zu einzelnen Infektionen aufschlussreiche Daten vor. Auch sind Massnahmen zur Reduktion bekannt. Trotzdem werden nur punktuell oder gar keine tiefgreifenden Massnahmen zur Reduktion der Infektionsrate ergriffen. Hygienemassnahmen bleiben der Freiwilligkeit der Spitäler und der Ärztinnen, Ärzte und des Gesundheitspersonals überlassen. Besonders gravierend ist die Tatsache, dass weder schweizweit gültigen Richtlinien vorliegen noch die Einhaltung von Richtlinien verbindlich vorgeschrieben ist. Eine entsprechende Änderung zeichnet sich nicht ab. Mit der Folge, dass Spitalinfektionen für die Verantwortlichen keinerlei Konsequenzen haben. Zurück zu führen ist dies vor allem auf den Umstand, dass die Patientinnen und Patienten bzw. deren RechtsvertreterInnen beweisen müssen, dass die fragliche Infektionen auf mangelhafte Hygiene zurückzuführen ist. Diese Beweisführung ist für Laien praktisch unmöglich. Erschwerend kommt hinzu, dass die FMH-Gutachter-Stelle bei Infektionen keine Gutachten macht und für ein freies Gutachten nicht nur die Kosten hoch sind, sondern es auch schwierig ist, Gutachterinnen und Gutachter zu finden.

Spitalinfektionen verursachen grosses Leid

Spitalinfektionen sind rasch passiert und verursachen oft langes Leiden. Die zwei folgenden Geschichten sind exemplarisch und stehen für viele betroffene Personen. Guillaume Depardieu war die grosse Nachwuchshoffnung des französischen Kinos. 1995, er war 24-jährig, verunfallte der Sohn des berühmten Schauspielers Gérard Depardieu mit dem Motorrad und musste am Bein operiert werden. Während der Operation gelangte ein antibiotikaresistenter Keim in die Wunde, ein sogenannter MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus). Diese Spitalinfektion zerstörte das Leben des jungen Schauspielers. 17 Operationen brachten keine Heilung. 2003 liess er das Bein amputieren, um seine unerträglichen Schmerzen zu beenden. Mit Medienauftritten und einer Stiftung kämpfte Depardieu gegen die unhaltbaren Zustände in französischen Spitälern, wo die resistenten Keime weit verbreitet sind. 2008 starb er infolge einer Lungenentzündung. Er war erst 37.

Die 38-jährige kaufmännische Assistentin Anna Labhart (Name geändert) verdrehte sich vor sechs Jahren das rechte Kniegelenk. Sie hatte übersehen, dass im Büroboden eine Platte fehlte, und trat in das Loch. Der Hausarzt fand auf den Röntgenbildern keine Verletzung, doch Anna Labhart konnte danach weder schmerzfrei Treppen steigen noch Sport treiben. Als sich ihr Zustand nicht besserte, suchte sie einen Belegarzt einer Zürcher Privatklinik auf. Dieser

führte im September 2006 eine Arthroskopie durch und schnitt etwas Gewebe aus dem Knie. Das half nicht, im Gegenteil. Im Oktober operierte der Arzt Anna Labhart erneut und spülte Blut aus dem Gelenk.

Bald darauf verstärkten sich die Schmerzen «ins Unermessliche». Das Knie war entzündet, aus der Narbe floss Wundsekret. Als der Arzt dies sah, erschrak er. Er gab der Patientin als Sofortmassnahme eine Salbe und machte eine Punktion. Nach zwei Tagen lag das Resultat vor: Anna Labhart hatte eine Infektion im Knie. Tags darauf erfolgte ein dritter Eingriff, doch auch dieser war erfolglos. Ende November war der Arzt mit seinem Latein am Ende und überwies Anna Labhart in eine orthopädische Spezialklinik. Dort wurde erneut eine Infektion diagnostiziert und die Patientin sofort operiert.

Der Schaden blieb. Das rechte Bein der jungen Frau versteifte sich. Im September 2007 versuchte man mit einer weiteren Operation, das Knie zu mobilisieren. Die Beweglichkeit verbesserte sich nur minim. Drei Jahre später erfolgten ein sechster und ein siebter Eingriff, wieder in einer anderen Klinik und diesmal mit etwas besserem Erfolg. Anna Labhart hinkt zwar noch immer und hat ständig Schmerzen, doch sie kann das Bein jetzt immerhin bis zum rechten Winkel biegen. Seit Februar arbeitet sie wieder zwei Stunden am Tag. Mehr geht nicht, die starken Schmerzmittel lassen sie rasch ermüden.

Nicht nur Leid sondern hohe Kosten sind die Folgen

Spitalinfektionen führen nebst grossem Leid zu hohen Kosten durch Zusatzbehandlungen, Reoperationen, Material und wirtschaftlichen andere Folgen. Insbesondere bei Gelenksoperationen oder –untersuchungen kann es zu Infektionen kommen, die den Heilungsprozess um Jahre verzögern können oder zu Komplikationen wie Auswechslung der Gelenksimplantate oder im schlimmsten Fall zu einem Leben ohne Gelenk führen. Wir wollen das nicht länger akzeptieren und sind auf verschiedenen Ebenen aktiv. Vor allem aber wollen wir die Bevölkerung für dieses Thema mit einer Veranstaltungsreihe sensibilisieren und Druck auf die Verantwortlichen machen, damit die Infektionsrate drastisch reduziert wird.

> “ Vor allem aber wollen wir die Bevölkerung für dieses Thema mit einer Veranstaltungsreihe sensibilisieren und Druck auf die Verantwortlichen machen, damit die Infektionsrate drastisch reduziert wird.

Massnahmen auf verschiedenen Ebenen

Um die weit verbreiteten Spitalinfektionen einzudämmen, sehen wir vom Dachverband der Schweizerischen Patientenstellen folgende Massnahmen:

a) Druck auf die Spitäler, der Durchführung der Hygiene konsequent Raum und Zeit einzuräumen, indem sie aus den Fakten Konsequenzen ziehen. Zwischen Personalmangel und Spitalinfektionen lässt sich ein Zusammenhang herstellen, der von verschieden Fachleuten aufgezeigt wird. Dazu gehören Überbelegung und Zeitmangel für Hygienemassnahmen, der Ausbruch einer Infektion mit multiresistenten Keimen oder der Personalschlüssel und das Risiko, eine Infektion zu erleiden. Auch eine Studie zeigt den Zusammenhang zwischen Infektionen und Personalbestand. Eine der wirksamsten Präventionsmassnahmen gegen Infektionen ist deshalb ein adäquater Personalschlüssel.

b) Schweizweit gültige Richtlinien, die verbindlich einzuhalten sind, und andererseits Sanktionen bei Missachtung der Richtlinien. Dafür prüfen wir, ob in einem bestehenden Gesetz ein entsprechender Artikel eingefügt werden könnte oder ob ein neues Gesetz notwendig ist.

c) Beweisumkehr bei Infektionen durch eine Motion in den eidgenössischen Räten: Eine entsprechende Motion wurde bereits im Zürcher Kantonsrat abgelehnt und im Nationalrat auf die lange Bank geschoben, so dass sie neu eingereicht werden muss. Eine Umkehr der Beweislast würde im Fall Labhart bedeuten, dass nicht das Infektionsopfer dem Spital eine Sorgfaltspflichtverletzung oder dem Arzt einen Behandlungsfehler nachweisen müsste, sondern dass umgekehrt diese beweisen müssten, dass sie keinen Fehler gemacht haben. Der Fall gleicht einem Präzedenzfall von 1993, in welchem das Bundesgericht eine Sorgfaltspflichtverletzung durch einen Hausarzt feststellte und der betroffenen Patientin einen Schadenersatz von einer halben Million Franken zusprach. Der Hausarzt konnte nicht beweisen, dass er alle nötigen Vorsichtsmassnahmen getroffen hatte. Er hatte der Frau mehrmals Kortison gespritzt, worauf die Patientin eine Infektion in der Schulter erlitt und teilinvalid wurde.

Erika Ziltener

Erika Ziltener ist Historikerin und Pflegefachfrau, Präsidentin des Dachverbands Schweizerischer Patientenstellen, SP-Kantonsrätin in Zürich, Redaktionsgruppe Soziale Medizin

Gencheck am Embryo geht in die zweite Runde

Die Vernehmlassung zur Regelung der heute noch verbotenen Präimplantationsdiagnostik ist erneut eröffnet. Die neue Vorlage bietet für die Fortpflanzungsmedizin mehr Spielraum. Der Basler Appell gegen Gentechnologie wird erneut Stellung nehmen und fordert weiterhin ein Verbot der ethisch fragwürdigen Technik.

Wenige Tage vor der Abstimmung im Deutschen Bundestag über die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik (PID) schickte das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) das entsprechende Geschäft in die Vernehmlassung. Auch hierzulande soll die umstrittene Technik zur genetischen Kontrolle menschlicher Embryonen erlaubt werden. Mittlerweile haben unsere Nachbarn zugestimmt: In Deutschland sollen künstlich befruchtete Embryonen auf schwere Erbkrankheiten untersucht werden dürfen mit dem Ziel, sie bei positivem Befund auszusortieren. Die Debatte, die dem Entscheid vorausgegangen war, wurde äusserst kontrovers geführt und der Ausgang war keineswegs absehbar.

«Nicht praxistauglich»

In der Schweiz mahlen die Mühlen derweil etwas langsamer. Bereits 2009 war eine erste Vorlage zur Änderung des Fortpflanzungsmedizingesetzes in die Vernehmlassung geschickt worden, um die PID zu ermöglichen. Allerdings war der Erfolg bescheiden: Die Schweizer Fortpflanzungsmediziner waren empört über den restriktiven Entwurf und kritisierten die Vorlage zu recht als unpraktikabel. Der zweite Entwurf macht nun Nägel mit Köpfen und man will auch die unliebsamen Konsequenzen tragen: Wie der Basler Appell gegen Gentechnologie schon bei der ersten Vernehmlassung gefordert hatte, soll nun zur Zulassung der PID nicht nur das Fortpflanzungsmedizingesetz geändert werden, sondern auch die Verfassung. Dies bedeutet eine obligatorische Volksabstimmung und ermöglicht es, dass sich die Stimmberechtigten an der Urne zum ethisch fragwürdigen Gencheck am Embryo äussern dürfen.

«Retter-Babies» noch verboten

Eine PID soll in der Schweiz allerdings nur möglich sein, wenn wegen der genetischen Veranlagung der Eltern die Gefahr besteht, dass das Kind an einer schweren Erbkrankheit leidet. Die PID soll nicht dazu dienen dürfen, die Chancen auf das Gelingen einer künstlichen Befruchtung zu erhöhen. Und mit der PID soll auch nicht abgeklärt werden dürfen, ob das Ungeborene an einer Chromosomenstörung wie etwa der Trisomie 21 leidet. Ebenso wenig will der Bundesrat die Auswahl von «Retter-Babys» zulassen, die aufgrund ihrer genetischen Konstitution ihrem kranken Geschwister etwa Knochenmark spenden können.

Zugangs-Kriterien schwammig

Es wird allerdings keine Liste geben, wo die so genannten «schweren» Erbkrankheiten aufgeführt sind, bei denen eine PID in Anspruch genommen werden kann. Vielmehr gilt es, bestimmte Kriterien auf ihre Gültigkeit hin zu untersuchen: Ein Gen-Check der Embryonen vor der Einpflanzung ist dann zulässig, wenn die Gefahr besteht, dass einer der Embryonen Träger einer schweren Erbkrankheit ist; es muss zudem wahrscheinlich sein, dass diese Krankheit vor dem 50. Lebensjahr ausbrechen wird; ausserdem darf keine Therapie in Aussicht stehen; und das betroffene Paar muss schriftlich geltend machen, dass ihm die Situation mit einem schwer kranken Kind nicht zumutbar sei.

Konservierung wird möglich

Entscheidungsträger sind somit die behandelnden Ärzte gemeinsam mit dem betroffenen Elternpaar. Für die Durchführung einer PID soll nun neu erlaubt sein, ausserhalb des Körpers der Frau bis zu acht Embryonen pro Fortpflanzungszyklus herzustellen. Diese Embryonen sollen auch konserviert werden dürfen, was bis heute verboten ist. Darüber werden sich VertreterInnen der Stammzellenforschung freuen. Denn damit werden in der Schweiz wohl mehr überzählige Embryonen anfallen als bisher. Den «Eigentümern» dieser Embryonen, den betroffenen Paaren, steht es selbstverständlich frei, den ungenutzten Nachwuchs der Forschung zu spenden.

Ethische Probleme

Für manchen mag dies eine Win-win-Situation sein – die ethischen Probleme, welche die Einführung der PID mit sich bringt, bleiben indes bestehen. Dass die PID zu einer Unterscheidung von lebenswertem und lebensunwertem Leben führt, wenn zwischen gesunden und kranken Embryonen selektioniert wird, ist offensichtlich. Und das Problem löst sich auch nicht dadurch, dass man die Entscheidung an Eltern und Mediziner delegiert. Im Gegenteil, es ist eine schleichende Ausweitung der Zulassungskriterien zu befürchten, wie dies bereits bei der Pränataldiagnostik geschehen ist.

Recht aufs gesunde Kind?

Die neue Vorlage verlangt, dass die Untersuchung des Erbguts von Embryonen evaluiert wird, insbesondere deren

Auswirkungen auf die Gesellschaft. Denn es ist denkbar, dass sich mit der Zulassung der Embryoselektion unser Menschenbild langsam ändert: Das Recht auf ein gesundes Kind wird noch greifbarer. Wie allerdings eine solche Evaluation durchgeführt werden könnte, bleibt offen.

Fehlgeburtsrisiko bei eingefrorenen Embryonen

Wenn bei einer IVF eingefrorene Embryonen verwendet werden, bringt dies nach Ergebnissen einer neuen Studie ein erhöhtes Risiko mit sich, das Kind vor der Geburt zu verlieren. Laut Zahlen, die in der Zeitschrift Reproductive Biomedicine online veröffentlicht wurden, betrug der Anteil der Frauen, die ihr Kind frühzeitig verloren, in solchen Fällen über 26 Prozent. In der Studie an der Jeroen Bosch Frauenklinik im holländischen Herzogenbusch waren insgesamt 1'809 Schwangerschaften analysiert worden, die durch unterschiedliche Befruchtungsverfahren zustande gekommen waren. Dabei überdauerten über 15 Prozent der Schwangerschaften die ersten Monate nicht. Besonders häufig galt dies für Frauen, denen ein Embryo eingepflanzt worden war, der zu einem früheren Zeitpunkt gezeugt und dann zunächst als Reserve für weitere Behandlungszyklen eingefroren worden war. Bereits in der Vergangenheit gab es mehrfach Indizien dafür, dass eine IVF Behandlung sich auf den Entwicklungsverlauf von Embryonen auswirkt und zusätzliche Risiken mit sich bringt.

Keimzellhandel: Verkehrsregeln

Die Europäische Vereinigung für Reproduktionsmedizin und Embryologie (ESHRE) hat die Keimzellspende oder Leihmutterschaft innerhalb der Familie (Interfamilial Medically Assisted Reproduction, IMAR) in einigen Fällen als «moralisch akzeptabel» bezeichnet. In einem Positionspapier heißt es, «in der Mehrheit der Fälle liegt keine Blutsverwandtschaft vor». Anträge sollten auf einer individuellen Beurteilungsbasis nach den Kriterien Autonomie, Nutzen, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit entschieden werden. Wyo Dondorg, stellvertretender Koordinator der Arbeitsgruppe, sagte, Ärzte müssten dabei «einen größeren Gesamtnutzen als Schaden für die involvierten Parteien» anstreben. Vor den Folgen von so genannter Inzucht warnt ESHRE freilich dennoch: Keimzellen von Verwandten ersten und zweiten Grades sollten grundsätzlich nicht vermischt werden, und auch bei Verwandten dritten Grades soll zumindest eine genetische Beratung stattfinden. Nationale Gesetze zur «Inzucht» und Blutsverwandtschaft dürften nicht umgangen werden. ESHRE setzt sich für einen unbegrenzten Zugang zu Reproduktionstechnologien ein.

Aufschwung für die Gentherapie?

Schenkt man den jüngsten Darstellungen in einschlägigen Fachzeitschriften Glauben, so gibt es einen neuen Aufschwung für die Gentherapie. Erst im März berichteten britische Wissenschaftler von einer «therapeutisch wirksamen» Methode, mit der sich Erbinformation ins Gehirn von beispielsweise Alzheimer-PatientInnen einschleusen lässt. Deutsche Forscher behaupten, sie hätten eine Netzhauterkrankung gentherapeutisch kuriert. Allerdings bezogen sich diese Heilerfolge bislang lediglich auf Experimente an Versuchstieren. Optimismus zeigte die Zunft der Gentherapeuten aber auch hinsichtlich der Anwendung auf den Menschen, so auf der BioVision-Konferenz im französischen Lyon. «Unsere Genfähren werden immer sicherer und die molekularen Werkzeuge immer präziser», freute sich der Molekularbiologe Luigi Naldini, der in Mailand PatientInnen mit einer neurodegenerativen Erkrankung nach eigenen Angaben erfolgreich behandelt hat. Und der Pariser Genforscher Alain Fischer, der in den 90er Jahren zwanzig Kinder mit einer Gentherapie gegen die Immunschwäche SCID behandelt hat, bekräftigte, trotz einiger Rückschläge sei die Gentherapie «in der Rückschau sehr erfolgreich gewesen». 18 der von ihm behandelten PatientInnen sollen heute noch leben, bei 17 gelte der Gendefekt als «repariert». Allerdings hatten fünf der Kinder infolge des Experiments eine leukämieähnliche Krebserkrankung durchlaufen, an der mindestens eines starb. Für die weitere Entwicklung der Gentherapie sei vor allem die Forschung an (adulten) Stammzellen entscheidend, denn diese seien aufgrund ihrer Teilungsfreudigkeit beliebte Ziele für das Einschleusen der Gen-Vehikel.

Bitte schicken Sie mir gratis
folgendes Info-Material:

- ... Ex. «Älter, klüger, schneller – Gentech machts 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

Hallo! Ich bin ein Mensch, keine Krankheit

Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet. Trotzdem sind sie wie kaum eine andere Krankheit mit Vorurteilen, Stigmatisierung und Ausgrenzung verbunden. Unter dem Patronat der GGG (Gesellschaft für das Gute und Gemeinnützige Basel) hat die IG PRIKOP (Interessengemeinschaft Private Koordination Psychiatrie) daher Ende März 2011 eine Kampagne lanciert. Damit will sie das Verständnis für psychische Erkrankungen und davon betroffene Personen in der Bevölkerung verbessern und die Integration fördern. Im Monat Oktober, vor dem Hintergrund des Tages der psychischen Gesundheit, setzt die Kampagne mit diversen Veranstaltungen wichtige Schwerpunkte.

Fast jede zweite Person in der Schweiz wird einmal in ihrem Leben psychisch krank. Pro Jahr wird bei 20% der Bevölkerung eine psychische Erkrankung diagnostiziert. Allein in Basel-Stadt wären das rund 35'000 Personen. Wir begegnen ihnen täglich, überall. Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet, kommen in allen sozialen Schichten vor, bei beiden Geschlechtern, in allen Altersgruppen.

Trotz ihrer weiten Verbreitung sind psychische Erkrankungen noch immer mit Tabus und Vorurteilen behaftet. Was heisst es, psychisch erkrankt zu sein? „Vorab heisst es einmal, sehr rasch stigmatisiert zu werden", sagt Guy Morin, Regierungspräsident des Kantons Basel-Stadt, in seiner Rede zum Start der Kampagne. Die Auswirkungen sind vielfältig und schmerzlich. Den Betroffenen wird die Schuld für ihre Krankheit selbst zugeschrieben. Aussichten auf Heilung werden abgesprochen. Gefährliches Verhalten wird unterstellt. Misstrauisch wird ihnen begegnet, ob sie sich wohl genügend anstrengen, wieder gesund zu werden. Am Arbeitsplatz fehlen oft Kenntnisse im Umgang mit psychischen Krankheiten, gut gemeinte Anstrengungen schlagen fehl, aus Hilflosigkeit wird oft die Kündigung schlussendlich ausgesprochen (vgl. Seite 38ff). Diese Vorurteile können uns aber auch selbst treffen. Werden wir selber krank, besteht die Gefahr, diese klein zu reden, sie vor der Umgebung zu verbergen, die Schuld bei uns zu suchen. Der erste Schritt in die Isolation ist damit schon getan, der Weg zu professioneller Hilfe erschwert.

Kampagne will Verständnis schaffen

Ende März 2011 lancierte deshalb die IG PRIKOP eine entsprechende Kampagne. Mit dem Slogan «Hallo! Ich bin ein Mensch, keine Krankheit.» sollen die Menschen in der Region Basel für das Thema und die Anliegen von psychisch kranken Menschen sensibilisiert werden mit dem Ziel, deren Integration zu verbessern.

„Wir möchten dazu aufrufen, Betroffene nicht auf ihre Krankheit zu reduzieren und sie zu unterstützen", betont Martina Saner, PRIKOP Vorstandsmitglied und Geschäftsführerin der Stiftung Melchior. „Zudem wollen wir psychisch kranke Menschen dazu motivieren, ihre eigene Erkrankung ernst zu nehmen und frühzeitig Hilfe zu holen." Integration ist nicht allein Aufgabe der Betroffenen, sondern benötigt auch ein Umfeld, das diese zulässt und erleichtert.

Öffentliche Veranstaltungen im Zentrum

Im Zentrum der von der GGG Basel grosszügig unterstützten Kampagne steht eine ganze Reihe öffentlicher Veranstaltungen der beteiligten Institutionen zu unterschiedlichen Themen aus dem Bereich der psychischen Erkrankung, vom Tag der offenen Tür in verschiedenen Institutionen über künstlerische Auseinandersetzungen und Podiumsdiskussionen sowie einer Fachtagung zum Thema Integration bis hin zum Internationalen Aktionstag der Psychischen Gesundheit (siehe Kasten).

Medial begleitet wird die Kampagne unter anderem von periodischen Plakataushängen in der Basler Innenstadt, Tramplakaten, Zeitungsinseraten sowie Kinowerbung und einer Kampagnenwebsite (www.hallo-ich-bin-ein-mensch.ch.

Integration baut auf gegenseitigem Verständnis

30. September bis 1. Oktober 2011:

30 Jahre Zentrum Selbsthilfe – 30 Stunden Fest

Am 30. September 2011 öffnet das Zentrum Selbsthilfe zu seinem 30-jährigen Jubiläum während 30 Stunden seine Türen. Teilnehmer/innen aus den Selbsthilfegruppen zu körperlichen, psychischen und sozialen Themen der Region Basel gestalten ein buntes und vielfältiges Programm. Informatives, Kulturelles, Lustvolles und Kulinarisches wartet auf Ihre Entdeckung.
Mehr zum Programm ab August 2011 auf www.zentrumselbsthilfe.ch.

Zentrum Selbsthilfe, Feldbergstrasse 55, 4057 Basel

Montag, 10. Oktober 2011:

Internationaler Aktionstag der psychischen Gesundheit: Standaktion der Angehörigen-Selbsthilfe

Die Angehörigen-Selbsthilfe der Stiftung Melchior unterstützt mit ihrer Präsenz das UPK-Herbstfest für Patient/innen und Angehörige. Möglichst viele Angehörige sollen dabei von der hilfreichen Wirkung der Selbsthilfegruppen erfahren und Informationen erhalten, wo und wie sie sich bei Interesse einer Gruppe anschliessen können.

UPK Basel, Wilhelm-Klein-Strasse 27, 4012 Basel

Dienstag, 18. Oktober 2011:

Psychisch kranke Mitarbeiter – überforderte Arbeitgeber und Sozialversicherungen?

Eine aktuelle Studie zeigt auf, dass psychische Krankheiten auch in der Arbeitswelt weit verbreitet sind. Vorgesetzte und Personalverant-

Psychischen Erkrankungen haftet eine ganze Reihe von Vorurteilen an, die auf die betroffene Person übertragen werden. Sie verunsichern und sind schwer fassbar, weil sie keine äusseren Anzeichen erkennen lassen. Entsprechend schwer fällt es vielen nicht Betroffenen, das Ausmass des Leidens eines kranken Menschen einzuschätzen und nachzuvollziehen: Sie sehen eine äusserlich unversehrte Person und begreifen nicht, was in ihr vorgeht. Hier setzt die Kampagne an und will das Verständnis für psychische Erkrankungen sowie für davon Betroffene verbessern.

Die Kampagne thematisiert auch die Ängste und Vorbehalte von nicht Betroffenen. Der Umgang mit psychisch kranken Menschen ist nicht immer einfach, braucht Energie, kann frustrierend sein und einen mit der eigenen Ohnmacht konfrontieren. Dies erzeugt Abwehr und hat Verdrängungsmechanismen zur Folge. Letztlich zeigt sich hier die wahre Dimension einer psychischen Erkrankung: Sie stellt nicht nur die Lebenswelt des unmittelbar Betroffenen auf den Kopf, sondern auch die seiner Umgebung.

Für eine erfolgreiche Integration psychisch kranker Menschen braucht es nicht nur das Verständnis für die betroffene Person, sondern auch Verständnis für die Ängste und Verunsicherungen ihres Umfeldes. Zu diesem gegenseitigen Verständnis will die Kampagne ihren Beitrag leisten.

Die Fortsetzung für das nächste Jahr befindet sich aktuell noch in Planung. Einzelne Themenbereich sollen mit Partnern zusammen weitervertieft und verfolgt werden. Die Homepage soll als Plattform für Informationen und Anlässe in der Region möglichst weiter unterhalten werden.

Das Konzept der Kampagne liesse sich auch auf andere Kantone übertragen. Organisationen, Verbände oder staatliche Stellen, die Interesse haben, in ihrer Region auch das Verständnis für psychische Krankheiten zu fördern und die Integration Betroffener zu unterstützen, treten mit den Organisatoren über die Angaben der Homepage in Kontakt.

Peter Ettlin

Geschäftsleiter PSAG Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft, Basel

Mehr Informationen zur Kampagne und zum Veranstaltungsprogramm unter www.hallo-ich-bin-ein-mensch.ch

Veranstaltungen im Rahmen von «Hallo! Ich bin ein Mensch, keine Krankheit.»

wortliche dabei aber oft überfordert werden. Mitarbeiter werden als schwierig wahrgenommen, die ev. darunterliegende Krankheit wird aber oft nicht erkannt und professionelle Unterstützung nicht wahrgenommen. Dr. Niklas Baer, Leiter Fachstelle psychiatrische Rehabilitation Liestal, stellt die wichtigsten Erkenntnisse und Ergebnisse vor.
Stadtbibliothek Basel, Schmiedenhof 10, 4051 Basel

Mittwoch, 19. Oktober 2011:

Integration von psychisch kranken Menschen – auf der Suche nach dem möglichen Ideal

Die soziale Integration psychisch kranker Menschen war seit jeher ein grundlegendes Thema der Sozialpsychiatrie: Heute noch ein mögliches Ideal? Sind andere Konzepte hilfreicher? Was kann Integration in einer zukunftsweisenden Praxis bedeuten?
An der Fachtagung werden diese Fragen vielseitig, undogmatisch aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet und diskutiert. Sozialpsychiatrisch tätige und interessierte Fachpersonen sowie Psychiatrieerfahrene sind eingeladen. Sie werden vielseitige Anregung zur Reflexion und zur praktischen Arbeit erhalten.

Auswahl der Referenten: Dr. G. Dammann, Klinik Münsterlingen; Dr. D. Röth, Prof. Sozialarbeitswissenschaften, Hamburg; Dr. T. Cahn, Facharzt Psychiatrie + Psychotherapie, Allschwil; J. Schulz, Leiter Haus Landwasser, Freiburg Br.; R. Schneider, Psychotherapeutin und Projektleiterin Prima Vista, Basel; Dr. N. Baer, Leiter Fachstelle für Rehabilitation, Liestal
Kosten: CHF 180.- (Reduktion für IV-Rentner)
Coop Bildungszentrum, Seminarstrasse 12-22, 4132 Muttenz | Anmeldung: www.psag.ch

Donnerstag, 20. Oktober 2011:

Fachtagung 2011 – Betreutes Wohnen des Bürgerspital Basel

Wann ist genug genug? Burnout – Nähe und Distanz im und zum Beruf Referenten:

- Dr. med. Manuel Rupp, Facharzt FMH für Psychiatrie u. Psychotherapie, Basel
- Thomas Knapp, Journalist und Buchautor („Burnout – in den Krallen des Raubvogels")
- Niklas Baer, Leiter psychiatrische Rehabilitation, Kantonale Psychiatrische Dienste BL
- Donat Curdy, dipl. phil, dipl. Psychologe FH, Ettingen

… und Theaterfalle Basel.
Eintritt: CHF 140.00
Burgfelderhof, im Burgfelderhof 60, 4025 Basel

Sonntag, 20. November 2011

PERSONA – Emotionen in Klangbildern

Die Basler Musikgruppe PERSONA vertont life einen Episodenfilm, welcher in den vergangenen Monaten von Heimbewohner/innen der Villa Mobile gedreht wurde. Die Leitthematik sind die Gefühle: Emotionen von Menschen werden experimentell in bewegten Bildern und musikalischen Tönen zum Ausdruck gebracht.
Villa MOBILE, Dornacherstrasse 146, 4053 Basel

Montag, 21. November 2011:

Palaver Loop «Vorurteil psychisch krank»

Menschen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen waren oder sind, erzählen aus ihrem Leben, von Stigmatisierungen und Benachteiligungen. Was wäre für sie hilfreich und heilend gewesen? Wie können wir alle in unserem Leben einen gesunden Umgang mit unseren Grenzen finden? Sie sind herzlich zum Mithören und Mitdiskutieren eingeladen.
Veranstalter: Fachstelle Gleichstellung von Menschen mit Behinderung in Zusammenarbeit mit dem Zentrum Selbsthilfe Basel
Informationen sowie das Programm finden Sie ab Herbst 2011 auf www.gleiche-chancen.bs.ch.

Freitag, 2. Dezember 2011:

Zu viele Sorgen - Ruhe da oben! Lesung und Vortrag mit Andreas Knuf

Ruhe da oben! Alle kennen es: Die Gedanken kreisen; um Dinge, die zu tun sind; um Handlungen, die falsch waren; um eigenes Verhalten, das störend erscheint. Ganz gleich, ob kurz vor dem Einschlafen, während des Urlaubs auf der Trauminsel oder sogar beim Sex: Unser Geist will einfach nicht zur Ruhe kommen. Moderne Therapiemethoden helfen, sich quälenden Gedanken und vom ewigen Grübeln zu distanzieren. Leseprobe
Vortrag, Diskussion und anschliessender Schlummertrunk.
Eine Kooperation der Angehörigen-Selbsthilfe Stiftung Melchior und Trialog Basel.
Stadtbibliothek Basel, Schmiedenhof 10, 4051 Basel

Wird die PID jetzt zugelassen?

Ein Tabubruch zeichnet sich ab. Die so genannte Präimplantationsdiagnostik (PID) wird wohl demnächst erlaubt. Damit dürften im Reagenzglas gezeugte Embryonen vor der Einpflanzung in die Gebärmutter genetisch selektioniert werden. Genetische Selektion galt in der Schweiz und in Deutschland bisher als Grenze, die nicht angetastet werden darf. Wer das Selbstbestimmungsrecht der Frau ernst nimmt, muss aber gerade hier über eine Lockerung nachdenken.

Vor rund 20 Jahren beschäftigte das Thema Fortpflanzungsmedizin die Öffentlichkeit enorm. Gerade im deutschen Sprachraum gab es grosse Vorbehalte gegenüber der künstlichen Fortpflanzung. Auch in der Schweiz wurde diese deshalb nur in engen Grenzen zugelassen. „Die Verfahren der medizinisch unterstützten Fortpflanzung dürfen nur angewendet werden, wenn die Unfruchtbarkeit oder die Gefahr der Übertragung einer schweren Krankheit nicht anders behoben werden kann, nicht aber um beim Kind bestimmte Eigenschaften herbeizuführen oder um Forschung zu betreiben“. Das steht im heutigen Artikel 119 der Bundesverfassung, der in einer Volksabstimmung vom 17. Mai 1992 mit einem überwältigenden Mehr von 73.8 Prozent angenommen wurde.

Keine Auslese

Gestützt darauf wurde ein Gesetz erlassen, das die Reagenzglas-Zeugung ausserhalb des Mutterleibs (die so genannte IVF) zwar erlaubt, die PID aber verbietet. Das ist folgerichtig. Denn die genetische Selektion von Embryonen vor der Einpflanzung kann dazu benutzt werden, bei einem Kind durch Auslese bestimmte Eigenschaften herbei zu führen. Zudem bleiben durch die PID überzählige Embryonen ausserhalb des Körpers einer Frau übrig, die dann zu Forschungszwecken oder was auch immer verwendet werden können.

Andererseits ist es absurd, im Reagenzglas gezeugte Embryonen ungetestet in die Gebärmutter einer Frau einzupflanzen, die darauf die üblichen vorgeburtlichen Untersuchungen in Anspruch nimmt und die Schwangerschaft allenfalls wieder abbricht. Ebenfalls unverständlich ist es, dass alle erzeugten Embryonen (gemäss Gesetz höchstens drei) der Frau eingepflanzt werden müssen, was zu unerwünschten Mehrlingsschwangerschaften führen kann. Gestützt auf ihr Selbstbestimmungsrecht muss sich eine Frau zwischen der Zeugung im Reagenzglas und der Einpflanzung der gezeugten Embryonen umbesinnen und auf die Schwangerschaft verzichten können. Wieso soll sie die Einpflanzung also nicht von Bedingungen abhängig machen können, etwa von einer genetischen Untersuchung der Embryonen?

Man darf das Risiko von Missbräuchen der PID auch nicht überschätzen. Die Fortpflanzungsmedizinerinnen und -mediziner an den schweizerischen Spitälern fühlen sich grösstenteils einer ähnlichen Ethik verpflichtet wie die Mehrheit der Bevölkerung und hüten sich, zu einer skrupellosen genetischen Auslese und zur willkürlichen Manipulation der menschlichen Keimbahn Hand zu bieten. Die massgeblichen Wissenschafter sind sich durchaus bewusst, dass sie auf die Akzeptanz der Bevölkerung angewiesen sind. Wenn sie mit ihren Praktiken Anstoss erregen, wird es nicht lange dauern, bis die Gesetze wieder verschärft werden.

Keine Retterbabys

Der Bundesrat versucht nun eine Gratwanderung zwischen dem Selbstbestimmungsrecht der Frau und dem Schutz vor Missbräuchen. Er will die PID nur zulassen, wenn das Risiko einer genetischen Schädigung im konkreten Fall

hoch ist. Nicht erlauben will er beispielsweise die Zeugung so genannter Retterbabys, die einem älteren Geschwister aufgrund ihrer genetischen Veranlagung später ein Organ spenden könnten. Lockern will er aber die gesetzliche Beschränkung auf drei Embryonen bei der IVF. In Zukunft soll die Limite bei 8 Embryonen liegen, weil dadurch die Wahrscheinlichkeit grösser ist, dass mindestens ein Embryo gesund ist. Zudem sollen überzählige Embryonen für eine spätere Verwendung aufbewahrt werden dürfen.

Der Anstoss zur Zulassung der PID kam aus dem Parlament. Im Jahr 2009 legte der Bundesrat dann einen ersten Entwurf für eine entsprechende Verfassungs- und Gesetzesrevision vor, der im Vernehmlassungsverfahren von vielen Seiten jedoch als viel zu restriktiv kritisiert wurde. Mit seinem Vorschlag von Ende Juni dieses Jahres, zu dem nochmals ein Vernehmlassungsverfahren eröffnet wird, will er nun etwas grössere Spielräume zulassen, vor allem was die Anzahl und die Aufbewahrung überzähliger Embryonen betrifft. Gewisse Kreise werden das nach wie vor als zu restriktiv kritisieren. Aber es wird auch Stimmen geben, welche eine Zulassung der PID generell ablehnen. Ein Teil der letzteren wird „den Sack hauen und den Esel meinen". Das heisst, sie wenden sich gegen die Zulassung der PID, würden am liebsten aber die IVF verbieten.

Wagen wir eine – natürlich unsichere – Prognose: Das Parlament wird den Vorschlag des Bundesrats etwas lockern, wenn dieser das nach Abschluss des Vernehmlassungsverfahrens nicht schon von sich aus tut. Nach den parlamentarischen Beratungen kommt es zwingend zu einer Volksabstimmung, da es unter anderem um eine Verfassungsänderung geht. Unter Umständen wird zusätzlich sogar das Referendum gegen das Ausführungsgesetz ergriffen. Das Volk wird der Zulassung der PID aber mit grosser Mehrheit zustimmen. Denn im letzten Jahrzehnt haben die Vorbehalte gegenüber der Fortpflanzungsmedizin und der Gentechnologie im Humanbereich offensichtlich stark abgenommen. Das zeigt eine ganze Reihe von Volksabstimmungen, etwa diejenige zur Stammzellenforschung vom November 2004.

Funktionierende Demokratie

Dass die Fortpflanzungsmedizin auf Opposition stösst, dass die Verfahren relativ lange dauern und dass gegen jede Lockerung das Referendum ergriffen wird, ist aber grundsätzlich positiv zu werten. So ist gewährleistet, dass sich die Bevölkerung mit dem Thema auseinandersetzt bevor sie entscheidet. In anderen Bereichen, vor allem wenn es um Ausländer und Kriminalität geht, läuft die schweizerische Demokratie zurzeit zwar aus dem Ruder. In Sachen Fortpflanzungsmedizin ist die öffentliche Auseinandersetzung vor den Volksabstimmungen bis jetzt aber immer recht sachlich verlaufen und hat zu gut fundierten Entscheidungen geführt.

Der deutsche Bundestag hat die PID anfangs Juli übrigens unter ähnlich restriktiven Bedingungen zugelassen, wie sie der schweizerische Bundesrat vorschlägt.

Ruedi Spöndlin

Die Soziale Medizin hat sich bereits im Jahr 2005 intensiv mit der Zulassung der PID beschäftigt: Hier die Links zu zwei grossen Interviews dazu:
Soll die Präimplantationsdiagnostik zugelassen werden? Gespräch mit den Nationalrätinnen Maya Graf und Maria Roth-Bernasconi: http://www.sozialemedizin.ch/?p=1338
Präimplantationsdiagnostik in der Praxis. Interview mit dem Reproduktionsmediziner Christian de Geyter:http://www.sozialemedizin.ch/?p=1336

Auch biologisch kann Zeugung nicht voll gesteuert werden

Eine Psychonalaytikerin zur PID

„Wie bekommt man Kinder?" Fast jedes Kind stellt diese Frage – und bekommt darauf unterschiedliche Antworten. Die Frage nach der Einflussnahme auf Leben und Tod stellt sich in jedem Zivilisationskontext anders.

Medizinisch aufgeklärt, wie wir uns heute verstehen, ist Kinderkriegen nahe beim selbstverantwortlichen Handeln angesiedelt. Wenn wir aber versuchen, so ehrlich wie möglich darüber nachzudenken, verändert sich allerdings die Antwort. Sowohl der Kinderwunsch wie die Zeugung sind nicht total kontrollierbar.

So gibt es keinen isolierten Kinderwunsch und keine sexuelle Beziehung ohne Bezug zur eigenen Kindheitsgeschichte. Kompliziert wird das Geschehen, weil neben den realen Fakten in einem Leben auch alle eigenen Phantasien, die je um diese Fragen kreisten, aktiviert werden. Noch komplizierter ist die Sache, weil neben den bewussten Anteilen an Wünschen, Ängsten sowie Minderwertigkeits- und Grössengefühlen auch viele unbewussten Phantasien dazukommen.

Somit ist von vornherein garantiert, dass komplexe, widersprüchliche Anliegen zusammenkommen. Auch biologisch gesehen kann Zeugung nicht voll gesteuert werden. Es gibt ungewollte Schwangerschaften, es gibt unerfüllte Kinderwünsche, usw.

Kinderkriegen mit der Bedeutung von Autonomie

Ein Kind erlebt Eltern, Erwachsene, als diejenigen, die Macht über es haben, die es „gemacht" haben und die im Unterschied zum Kind zur gelebten Sexualität und zum Kinderzeugen legitimiert sind. So bekommt das Kinderkriegen eine Be-

deutung von Autonomie und Macht, vor allem im Bereich der Sexualität.

Wenn ein Paar trotz Kinderwunsch keine Kinder bekommen kann, ist das nicht nur traurig, sondern kaum zu trennen von den Gefühlen von Mangel, Versagen, oft auch von Schuldgefühlen, weil die alten Phantasien aus der eigenen Kinderzeit sich unerkannt in die „vernünftige" Erwachsenenlogik reindrängen.

Ein Beispiel unter vielen andern: Eine Frau hat als junges Mädchen erlebt, wie ihre Mutter eine Fehlgeburt erlitt und im Anschluss daran lange Zeit an schweren Depressionen litt. Sie wurde damals von der Mutter nicht betreut, sondern sollte umgekehrt die Verantwortung für deren Erheiterung übernehmen. Mit dem Vater hatte sie guten Kontakt, sie erlebte sich als die bessere Partnerin für ihn, als die depressive Mutter, was ihr Schuldgefühle machte. In der eigenen Ehe hatte sie einen grossen Wunsch, mehrere Kinder zu bekommen – aber es kam nicht zu einer natürlichen Schwangerschaft. Nach vielen medizinischen Abklärungen der Partner wurde eine IVF empfohlen. Die Hoffnung auf eine Schwangerschaft stürzte sie in eine Depression. Die „alten Geschichten" drängten sich in die Vorstellung. Fehlgeburt eines Geschwisters, Mutters Depression, ihre Rivalität gegenüber der Mutter, viele Ängste bedrohten ihre Möglichkeit, selbst eine glückliche Mutter zu werden und belasteten die Beziehung zu ihrem Partner. Die Gelegenheit, diese zum Teil bewussten und zum Teil unbewussten Verknüpfungen in psychotherapeutischen Gesprächen zu entdecken und zu entwirren, bedeutete eine grosse Entlastung und ermöglichte einen guten Fortgang mit der nötigen Offenheit für Chance und Risiko.

Befriedigung und Beruhigung nicht garantiert

Heute gibt es zunehmend differenzierte medizinische Möglichkeiten, der Natur „nachzuhelfen". Dies kann eine Schwangerschaft ermöglichen, die auf direktem Weg nicht möglich wäre. In vielen Fällen ist das eine grosse Erleichterung, nicht nur, weil dann ein gewünschtes Kind da ist, sondern auch, weil die Ambivalenzen und negativen Selbstgefühle der Eltern damit beschwichtigt sein können.

Aber, wie die Begleitforschung zu allem „human enhancement" zeigt, garantiert die Ausweitung der zunächst gegebenen Grenzen nicht automatisch die erhoffte Befriedigung und Beruhigung; im Gegenteil kann sich der Druck vergrössern, nun auch die immer verbleibenden Unsicherheiten perfekt in den Griff zu bekommen.

Ambivalenz, Neid, Minderwertigkeitsgefühl, Mangel, Wut usw. lassen sich mit IVF und PID nicht wegoperieren. Ob mit oder ohne PID geht es darum, sich selbst und seine/n PartnerIn in den Wünschen, Ängsten, Anstrengungen und Grenzen zu akzeptieren. Die Flucht in die Grössenphantasie der totalen Kontrolle über die Zukunft macht die Distanz zum Realen, zum Leben mit seinen unkontrollierbaren Anteilen noch grösser und steigert damit die Überforderung und Verunsicherung.

Nicht in einen irrealen Kontrollzwang geraten

Die Spannung zwischen Akzeptanz und Machbarkeit muss bei jedem technisch allenfalls möglichen Schritt neu ertragen und individuell austariert werden, um nicht in einen irrealen Kontrollzwang zu geraten, sondern einen eigenen Entscheid treffen zu können. Erst dies ist die eigentlich erwachsene, autonome Haltung mit ihrer Trauer über die Nicht-Allmacht, aber auch mit ihrer erlösenden Einsicht in die Tatsache, dass wir zwar für vieles Verantwortung übernehmen können, müssen und dürfen, aber nicht für alles verantwortlich - und schuldig - sind.

PID verlangt rein technisch und vom emotionalen und finanziellen Aufwand her enorm viel. Wenn für ein Paar schon so viel auf dem Spiel steht und eingesetzt wird, was erhöht die Chancen, dass sie bestmöglich zu Eltern ihres Kindes werden? Innere und äussere Auseinandersetzung mit den Wünschen, den Möglichkeiten des Machbaren und mit den eigenen Grenzen muss Raum bekommen und im Zusammenhang mit der eigenen Lebensgeschichte stattfinden können, wenn die anstrengende Übung nicht zur Katastrophe werden soll, welche sowohl die Minderwertigkeitsgefühle wie die Grössenphantasien fixiert.

Beziehung und eigene Entwicklung sind entscheidend

Ein Kind wird immer etwas bleiben, das den Eltern, der Mutter, aber auch dem Vater und den zugehörigen Familien „gegeben" wird, die Zeugung genügt weder im primären Akt noch im medizinisch assistierten Aussen-Befruchtungs-Verfahren. Die totale Kontrolle über das Resultat gibt es – zum Glück – nicht. Das Kind, das entstehen wird, ist immer ein eigenes, fremdes Wesen. Die genetischen Anlagen sind ja nur ein kleiner Teil der Entwicklungsfaktoren. Entscheidend für seine Entwicklung ist, wie es „besetzt" wird, d.h. was es für die Eltern, vor allem für die Mutter „bedeutet" und welche andern Beziehungen und eigene Entwicklung ihm zugestanden werden. Daran und darüber müsste mindestens so sehr gearbeitet werden, wie an der Gensubstanz.

Die Fragen zu diesen Prozessen können weder mit Zulassung noch mit Verbot von PID geklärt werden. Da die Möglichkeit der PID existiert, müssen wie bei allen riskanten Verfahren die Bedingungen festgelegt werden, welche einen Missbrauch zu andern Zwecken möglichst verhindern.

Zudem muss aber gewährleistet sein, dass sich die Eltern der Komplexität des Entscheids im Zusammenhang mit ihren Lebensgeschichten bewusst werden können. D.h. es sind Begleitangebote vorzusehen für die Entscheidungsphase und für die Zeit danach. Diese dürfen keinerlei Entscheidungsfunktion haben, sondern sie sollen Raum anbieten für die innere Auseinandersetzung mit den individuellen Erwartungen und Grenzen.

Ursula Walter
Psychoanalytikerin

Literatur

Sigmund Freud: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie 1904
Zur sexuellen Aufklärung der Kinder 1906
Über infantile Sexualtheorien 1907
Giuseppe Testa und Helga Nowotny: Die gläsernen Gene. Die Erfindung des Individuums im molekularen Zeitalter. ed. unseld SV 2009
Michael J. Sandel: Plädoyer gegen die Perfektion. Ethik im Zeitalter der genetischen Technik. Vorwort Jürgen Habermas. Berlin University Press 2008
Nationaler Ethikrat (Deutschland): Genetic diagnosis before and during pregnancy. Nat. Ethikrat Berlin 2003
TA-SWISS Technologiefolgen Abschätzung. Studie zu Human Enhancement 2011

«Der Millionär braucht die AHV nicht, aber...»

Altersrenten für die, die es am nötigsten haben

Keine AHV mehr für Reiche! Diese Forderung findet laut einer Beobachter-Umfrage grosse Zustimmung. Für finanziell gut Gestellte ist die AHV-Rente tatsächlich ein Peanut. Die AHV könnte ihr Geld sinnvoller ausgeben. Wenn die Altersrenten dort ankommen sollen, wo sie am dringendsten benötigt werden, wären allerdings auch ein paar andere Ideen zu prüfen. Etwa die Einführung einer Einheitsrente und die Abschaffung der Rentenkürzung für fehlende Beitragsjahre.

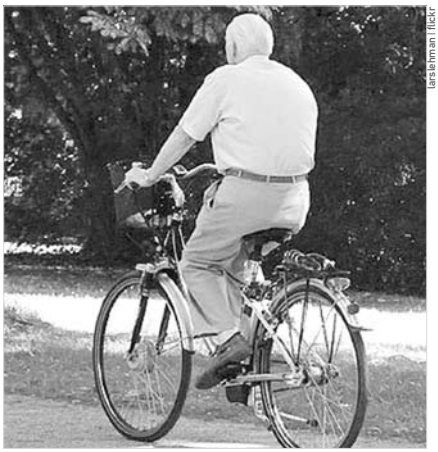
Der Millionär braucht die AHV nicht, aber die AHV braucht den Millionär". Diesen Satz beteten schweizerische Sozialpolitiker jeglicher Couleur jahrzehntelang wie ein Mantra daher. Damit wollten sie sagen: Wir belasten auch die höchsten Einkommen unbeschränkt mit AHV-Beiträgen. Dafür erhalten die Reichen ebenfalls eine AHV-Rente. Das ist eine sehr soziale Lösung. Würde die Altersvorsorge wie die Arbeitslosenversicherung finanziert, wo Einkommensbestandteile ab 126'000 Franken nur reduziert und ab 315'000 Franken überhaupt nicht mehr beitragspflichtig sind, wäre der soziale Ausgleich schwächer. Die AHV-Beiträge auf Einkommensbestandteilen über rund 85'000 Franken sind allerdings ein reiner Solidaritätsbeitrag, da sie keinen zusätzlichen Rentenanspruch auslösen. Mehr als die Maximalrente von 2'320 Franken (bzw. 3'480 Franken für ein Ehepaar) zahlt die AHV niemandem. Dass dieser Finanzierungsmechanismus noch nie ernsthaft in Frage gestellt wurde, hat vielleicht tatsächlich damit zu tun, dass auch der Millionär- ja sogar der Multimilliardär – eine AHV-Rente erhält.

Nun wandeln sich die Zeiten aber. Möglicherweise würde die unbegrenzte AHV-Beitragspflicht heutzutage auch akzeptiert, wenn besser Gestellte keine Rente beanspruchen könnten. Gerade Wohlhabende könnten dieser Lösung zustimmen, weil dadurch die so genannte Soziallastquote insgesamt etwas reduziert würde. Umgekehrt werden sich gewisse Reiche und ihre politischen Lobbyisten auch durch die Aussicht auf eine eigene AHV-Rente nicht unbedingt davon abhalten lassen, die unbegrenzte Beitragspflicht in Frage zu stellen.

Die Einheitsrente – eine bestechende Idee

Also könnte man sich die Abschaffung der AHV für Reiche überlegen. Es gäbe allerdings auch einfachere Möglichkeiten, die AHV-Renten zielgerichteter denjenigen zukommen zu lassen, die sie wirklich benötigen. Etwa die Einführung einer Einheitsrente, deren Höhe nicht vom früheren Einkommen beziehungsweise den einbezahlten Beiträgen abhängt. Die CVP brachte diesen Vorschlag im Jahre 1993 schon einmal ins Spiel, als die 10. AHV-Revision im Parlament heiss umkämpft war. Damit stiess sie in unserer Zeitschrift Soziale Medizin auf Zustimmung (vgl. Rita Schiavi und Ruedi Spöndlin in Soziale Medizin 6/93 S. 19 ff.). Im Parlament fand die Idee aber keine Mehrheit. Insbesondere die Linke stellte sich dagegen, die für das – inzwischen realisierte – Splitting kämpfte, weil dieses einen zivilstandsunabhängigen Rentenanspruch und eine gewisse Anerkennung der vor wiegend von Frauen geleisteten, unbezahlten Erziehungs- und Betreuungsarbeit brachte. Der CVP ging es mit der Einheitsrente übrigens auch darum, die Konservativen unter ihren Wählern zufrieden zu stellen, welche im Splitting das Ende ihrer Familienideale sahen.

Dass die Höhe der AHV-Rente heute vom früheren Einkommen abhängt, entspricht zwar dem Versicherungsprinzip, macht aber tatsächlich wenig Sinn. Dies zumal selbst eine Maximalrente der AHV nie und nimmer zum Leben reicht. Wer ausschliesslich Anspruch auf eine AHV-Rente hat, benötigt daneben bedarfsabhängige Ergänzungsleistungen, ganz egal ob es sich um eine Maximal- (Fr. 2'320 für eine Einzelperson und Fr. 3'480 für ein Ehepaar) oder Minimalrente (Fr. 1'160 für eine Einzelperson) handelt. Mit den Ergänzungsleistungen kommen BezügerInnen von Maximal- und Minimalrenten grundsätzlich auf das gleiche Einkommen. Für RentnerInnen mit anderen Einkommensquellen nebst der AHV –



tarsleiman | flickr

etwa mit einer Pensionkassenansprüchen oder Vermögenserträgen – wirkt sich das heutige Rentensystem hingegen im Portemonnaie aus. Diejenigen, die schon immer wenig hatten, erhalten weniger. Und diejenigen, die immer genug hatten, bekommen mehr, obwohl sie es in vielen Fällen gar nicht brauchen. Gegen das heutige System spricht auch der hohe administrative Aufwand zur Berechnung der Rentenhöhe sowie die Unsicherheit bei der Vorsorgeplanung. Künftige RentnerInnen können kaum berechnen, wieviel sie von der AHV einmal bekommen werden. Dazu kommt, dass mit der einkommensabhängigen Rente den wenig Verdienenden im Alter das Gefühl vermittelt wird, dem Staat weniger wert zu sein.

Die leidigen Beitragslücken

Ebenfalls wenig Sinn macht die Kürzung der AHV-Renten bei denjenigen, die nicht lückenlos Beiträge bezahlt haben, seit sie 21 Jahre alt sind. Diesen wird die Rente heutzutage grundsätzlich um 1/44 pro fehlendes Beitragsjahr gekürzt. Gerade heute, wo die Berufslaufbahn immer häufiger durch Auslandaufenthalte und Ausbildungsphasen unterbrochen wird, ist die Wahrscheinlichkeit von Beitragslücken gross. Ebenfalls ein Risiko sind informelle Arbeitsverhältnisse, wo die Abrechnung der AHV-Beiträge schlicht und einfach unterbleibt. Betroffen davon sind tendenziell eher die schlecht Informierten, die meistens auch wirtschaftlich nicht allzu gut situiert sind. Somit bekommen also wiederum diejenigen weniger AHV-Rente, die am Dringendsten darauf angewiesen sind. Sowohl die Einführung einer Einheitsrente also auch der Verzicht auf die Rentenkürzung wegen Beitragslücken würde die Administration der AHV ganz erheblich entlasten.

Eine Volksversicherung mit hoher symbolischer Bedeutung

Es lohnt sich zweifellos, alle diese Ideen einmal zu diskutieren. Dabei ist allerdings Vorsicht am Platz. Die im Jahre 1948 eingeführte AHV ist eine Erfolgsstory sondergleichen. Sie wird von keiner namhaften politischen Kraft ernsthaft in Frage gestellt. Im Gegenteil, unterschiedliche politische Lager nehmen für sich in Anspruch, den „Vater der AHV“ aus ihren Reihen hervorgebracht zu haben (als „Väter“ gehandelt werden vor allem der Sozialdemokrat Hans Peter Tschudi und der Freisinnige Walther Stampfli, beide zu verschiedenen Zeiten Bundesräte, beide mit unbestreitbaren Verdiensten um die AHV). Als Volksversicherung, der grundsätzlich jede und jeder angehört, stellt die AHV geradezu ein Symbol für den nationalen Zusammenhalt und vor allem für den Willen zum sozialen Ausgleich dar. Eine Reform, die den Charakter der AHV zu stark ändert, könnte sich deshalb verhängnisvoll auf die Stimmung im Lande auswirken.

Ruedi Spöndlin

peat bakke | flickr

Eine Patientenverfügung auf die Brust stempeln?

Jeder Mensch hat das Recht, eine Reanimation nach einem Herz-Kreislauf- oder Atemstillstand abzulehnen. In Zweifelsfällen wird sich das medizinische Notfallpersonal aus gutem Grund aber eher für eine Lebensrettung entscheiden. Kann der No-CPR-Stempel, den eine Gesellschaft aus dem Thurgau jetzt lancieren will, in Grenzfällen wirklich Klarheit schaffen?

Es gibt achtenswerte Gründe, sich nach einem Herz- oder Atemstillstand keine Reanimation zu wünschen. Denn es kann vorkommen, dass ein Mensch dank einer Reanimation zwar weiterlebt, aber so schwer behindert ist, dass er das Sterben vorgezogen hätte. Spezialisierte Ärztinnen und Ärzte sagen zwar, solche Fälle seien äusserst selten. Trotzdem kann der oder die einzelne nach sorgfältiger Abwägung zum Schluss kommen, nicht reanimiert werden zu wollen.

Dass ein Mensch das Recht hat, lebensverlängernde medizinische Massnahmen abzulehnen, ist in der Schweiz seit mehreren Jahrzehnten unbestritten. Heutzutage behauptet niemand mehr, entsprechende Patientenverfügungen seien unverbindlich. Das vom Parlament bereits beschlossene Erwachsenenschutzrecht, das 2013 in Kraft treten soll, verschafft den Patientenverfügungen sogar eine ausdrückliche Gesetzesgrundlage.

Bei lange andauernden medizinischen Behandlungen ist ein Verzicht auf

lebenserhaltende Massnahmen meistens ohne grosse Probleme möglich. Anders verhält es sich Im Notfall, wenn innert kürzester Zeit über eine Reanimation zu entscheiden ist. Dann kann das medizinische Personal nicht rechtzeitig abklären, ob der betroffene Mensch irgendwo eine Patientenverfügung hinterlegt hat. Damit ein Verzicht auf eine Reanimation trotzdem möglich ist, will eine Gesellschaft aus dem Thurgau jetzt einen Stempel vertreiben. Mit diesem wird auf der Haut der Schriftzug <No CPR> aufgedruckt. Das heisst <No Cor Puls Reanimation> und sollte international verständlich sein.

Patientenverfügung in Kürzestform

Bei diesem Stempel handelt es sich eigentlich um eine Patientenverfügung in Kürzestform. Dabei stellt sich die Frage, wie sich überprüfen lässt, ob der betreffende Mensch seinen Willen seit dem Anbringen des Stempels nicht geändert hat. Dessen Promotoren sind sich dieses Problems bewusst und wollen deshalb eine Farbe verwenden, die rasch verbleicht. Der Stempel müsste also in kurzer Zeit immer wieder erneuert werden. Bei einer schriftlichen Patientenverfügung stellt sich zwar dieselbe Frage. Wenn ein datiertes Dokument den Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen differenziert umschreibt, lässt sich aber meistens ziemlich gut abschätzen, ob es dem aktuellen Willen des betreffenden noch Menschen entspricht.

Das neue Erwachsenenschutzgesetz soll dem Recht, auf lebenserhaltende Massnahmen zu verzichten, zwar mehr Nachachtung verschaffen. Im Gegenzug enthält es aber auch Formvorschriften für Patientenverfügungen. Gemäss dem neuen Artikel 371 ZGB muss eine Verfügung schriftlich abgefasst, datiert und unterzeichnet sein. Diesen Vorgaben entspricht der No CPR-Stempel nicht, ausser er würde durch eine Unterschrift und eine Datumsangabe auf der Haut ergänzt. Trotzdem wird er nicht ganz unbeachtlich sein. Denn wenn keine Patientenverfügung vorliegt, haben die Ärzte gemäss neuem Erwachsenenschutzrecht im Notfall von sich aus auf den mutmasslichen Willen des Betroffenen abzustellen. Und für diesen ist der No-CPR-Stempel natürlich ein starkes Indiz. Je leichter der Stempel verwendbar ist, desto weniger Verbindlichkeit wird er allerdings beanspruchen können. Es muss mit hinreichender Sicherheit ausgeschlossen werden können, dass sich ihn jemand beispielsweise nur deshalb aufgedrückt hat, weil der Lebenspartner das auch tat. Die relativ aufwändigen Formvorschriften des Erwachsenenschutzrechts haben ja durchaus ihren Sinn. Sie sollen verhindern, dass jemand eine Patientenverfügung leichtfertig abfasst, ohne sich deren Bedeutung wirklich bewusst zu sein.

Seine Promotoren verstehen den No-CPR-Stempel offenbar vor allem als Hinweis darauf, dass eine ausführliche und formgültige Patientenverfügung vorhanden ist. Denn sie geben diesen in einem Set zusammen mit einer Patientenverfügung ab. Im Notfall, wenn über eine Reanimation entschieden werden muss, wird die Patientenverfügung aber regelmässig nicht vorhanden sein. Sonst wäre der Stempel ja gar nicht nötig. Deshalb kommt es schon darauf an, wie verbindlich der Stempel für sich allein ist. Dass der Stempel zusammen mit einer Patientenverfügung verkauft wird, erhöht seine Verbindlichkeit allerdings durchaus. Denn dadurch ist ist die Wahrscheinlichkeit grösser, dass sich die Betroffenen ernsthaft mit dem Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen auseinander gesetzt haben.

> “ Die relativ aufwändigen Formvorschriften des Erwachsenenschutzrechts haben ja durchaus ihren Sinn. Sie sollen verhindern, dass jemand eine Patientenverfügung leichtfertig abfasst, ohne sich deren Bedeutung wirklich bewusst zu sein.

Sterben lässt sich nicht vollständig kontrollieren

In Wirklichkeit werden Ärztinnen, Ärzte und anderes medizinisches Personal in Zweifelsfällen einen Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen aus gutem Grund wohl eher ignorieren. Rechtlich gesehen gehen sie zwar sowohl dann ein Risiko ein, wenn sie fälschlicherweise annehmen, jemand verzichte auf lebenserhaltende Massnahmen, als auch wenn sie einen Menschen irrtümlich am Leben erhalten, der das gar nicht will. Im ersteren Fall handelt es sich um eine fahrlässige Tötung, im letzteren um eine fahrlässige Körperverletzung. Das Risiko ist in beiden Fällen sogar genau gleich gross, weil das Strafgesetzbuch dafür dasselbe Strafmass vorsieht (Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu 3 Jahren). Die Abschätzung des rechtlichen Risikos wird für das medizinische Personal aber gar nicht im Vordergrund stehen, wenn rasch über eine Reanimation zu entscheiden ist. Denn eine Verurteilung wegen einer Fehlentscheidung in einer solchen Situation ist ohnehin sehr unwahrscheinlich.

Ausschlaggebend wird vielmehr sein, dass sich die meisten Menschen intuitiv eher für die Rettung eines Lebens entscheiden. Das Unterlassen einer lebensrettenden Hilfeleistung erfordert einen anspruchsvollen Denkprozess, bei dem spontane gefühlsmässige Reaktionen zu unterdrücken sind. Hinzu kommt, dass der Entscheid für das Sterbenlassen unumkehrbar ist, derjenige zur Lebensrettung aber nicht unbedingt. Auch wer das Selbstbestimmungsrecht im Grenzbereich von Leben und Tod hoch hält, muss eben anerkennen, dass sich das Sterben nicht vollständig kontrollieren lässt. Irgendwann erreichen wir einen Punkt, wo wir von den Entscheidungen anderer abhängig sind.

Ruedi Spöndlin

«…auf das Wohlwollen der Pharmaindustrie angewiesen»

Ein Gespräch über Transparenz in der Forschung

Welche Fragestellungen überhaupt untersucht und welche Studienergebnisse veröffentlicht werden, hängt zu stark von den Interessen kommerzieller Auftraggeber ab. Hier ein Gespräch, das die Missstände benennt und Verbesserungsvorschläge aufzeigt.

Gesprächsleitung und redaktionelle Bearbeitung: Ruedi Spöndlin

Ruedi Spöndlin: Was gibt es an der Transparenz der Forschung zu kritisieren?

Jose Xavier Girau: Problematisch ist oft schon die Richtung der Forschung, die Auswahl der Fragestellungen, die erforscht werden. Viele Forschende sind aber aus finanziellen Gründen gezwungen, einen bestimmten Forschungsauftrag anzunehmen. Manche nehmen auch etwas unreflektiert Forschungsaufträge an.

Erika Ziltener: Weshalb sind sie denn dazu gezwungen? Oft habe ich den Eindruck, Zwang wird als Ausrede dafür benutzt, nicht kritisch nachzufragen oder anderweitig Gelder aufzutreiben.

Spöndlin: Kommt es auch vor, dass unerwünschte Forschungsergebnisse nicht publiziert werden?

Girau: Ein weiteres Problem ist tatsächlich, dass viele Forschungsergebnisse nicht so publiziert werden, wie sie es eigentlich sollten. Es gibt viele Beispiele, wo Forschungsergebnisse so interpretiert wurden, dass sie eher in die Verkaufsstrategie der pharmazeutischen Industrie passten statt den Patienten nützten. Ein Beispiel hierfür wäre Tamiflu. Die andere Seite ist, dass Forschung oft unterbleibt, weil es sich für die Pharmaindustrie gar nicht lohnt, dazu Medikamente zu entwickeln. Ein Beispiel ist die Erforschung und Zulas-

Unsere Gesprächspartner

Jose Xavier Girau,
Biologe, Chef der Informatik am Departement für Biomedizin Haus Mattenstrasse der Universität Basel, Präsident der Sachgruppe Gesundheit der SP Basel-Stadt

Alex Schwank,
Dr. med., FMH Innere Medizin, Hausarzt in Basel, Redaktionsgruppe Soziale Medizin.

Erika Ziltener,
Präsidentin des Dachverbands Schweizerischer Patientenstellen und SP-Kantonsrätin in Zürich, Redaktionsgruppe Soziale Medizin (Erika Ziltener konnte aus zeitlichen Gründen nicht direkt am Gespräch teilnehmen; sie hat ihre Aussagen nachträglich angebracht, so dass die anderen zwei Gesprächsteilnehmer nicht mehr darauf reagieren konnten).

us army africa | flickr

sung von sicheren Medikamenten für Kinder. Der Markt für diese Medikamente ist nicht so gross, so dass die Arzneimittelhersteller kein wirkliches Interesse daran haben. Da wird knallhart ökonomisch gerechnet. Sogar im Ausland bereits zugelassene Medikamente für Kinder werden in der Schweiz erst gar nicht zur Zulassung bei Swissmedic eingereicht. Dabei appellierte Swissmedic immer wieder an die pharmazeutische Industrie, die Zulassung für bereits im Ausland zugelassene Medikamente auch hier in der Schweiz zu beantragen (http://www.swissmedic.ch/zulassungen/).

Ziltener: Unerwünschte Forschungsergebnisse nicht zu publizieren, scheint mir eines der grössten Probleme zu sein. Einerseits verschwinden heute Studien mit unterwünschten Resultaten unbemerkt in der Schublade. Oder die Resultate haben keine Konsequenzen. Sowohl eine Studie zu Hormonersatztherapie (USA) wie auch zu Vioxx zeigten gravierende Nebenwirkungen, ohne dass vorerst Konsequenzen gezogen wurden. Erst auf Druck von bestimmten Kreisen, handelte die Swissmedic und musste die Pharmaindustrie handeln. Andererseits werden zu oft Forschungsergebnisse nur punktuell oder in einem erwünschten Kontext publiziert.

Spöndlin: Stellen sich diese Probleme auch in öffentlichen Forschungseinrichtungen, also beispielsweise an Universitäten?

Alex Schwank: Ein zentrales Problem der medizinischen Forschung liegt darin, dass es nur noch wenig wirklich pharmaunabhängige Forschung gibt. Gegen 80% der klinischen Studien werden von der Industrie gesponsert. Metaanalysen haben gezeigt, dass in solchen Studien oft eine Verzerrung, ein so genannter Bias, zugunsten des Sponsors der Studie zu beobachten ist. Angestellte des Sponsors fungieren oft als Ko-Autoren, teilweise auch als heimliche Mitverfasser. Damit soll nicht bestritten werden, dass auch industriegesponserte

klinische Forschung zum medizinischen Fortschritt beiträgt. Interessenkonflikte führen aber zu Missbräuchen, welche leider keine Einzelfälle sind und die Integrität und die Glaubwürdigkeit der gesamten klinischen Forschung beeinträchtigen.

Ziltener: Dem kann ich nur beipflichten. Es werden beispielsweise ganze Lehrstühle von der Pharmaindustrie eingerichtet.

Spöndlin: Wie wirkt sich die fehlende Unabhängigkeit aus?

Schwank: Schon auf der Ebene der Fragestellung und der Konzeption einer Studie sind Manipulationen zugunsten des Sponsors einer Studie möglich. Bereits durch manchmal minimale Veränderungen zugunsten der Testsubstanz oder zuungunsten der Vergleichssubstanz kann das Resultat der Studie bezüglich Wirkungen oder Nebenwirkungen entscheidend mitbeeinflusst werden. Die Konzeption einer Studie bestimmt das Resultat viel entscheidender als oft angenommen wird. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass wirklich pharmaunabhängige Professorinnen und Professoren in der Medizin kaum mehr anzutreffen sind. Wer an einer medizinischen Fakultät Karriere machen will, ist auf ein gutes Verhältnis zur Industrie entscheidend angewiesen. Diese sponsert Assistentenstellen, finanziert Studien, ermöglicht den Auftritt an Kongressen und trägt über fürstliche Honorare an Weiterbildungsveranstaltungen zum Einkommen bei. Wurden früher über erhebliche Geldzuwendungen Professorinnen und Professoren im eigentlichen Sinne „gekauft“, spielen heute meist subtilere Mechanismen der Abhängigkeit und Verpflichtung eine Rolle, die teilweise den Betroffenen nicht oder nur teilweise bewusst sind, ihr Handeln aber dennoch entscheidend prägen.

Ziltener: Oft werden die Medikamente auch nicht im Vergleich zu Placebo getestet. Sehr oft werden Tatsachen und Meinungen bereits zu Beginn eines Forschungsprojekts vermischt. Diese aber sollten so gut es geht getrennt werden.

Spöndlin: Sind gewisse Studienergebnisse falsch, die publiziert werden?

spöndlin | sozmedia

> “ Wurden früher Professorinnen und Professoren im eigentlichen Sinne „gekauft“, spielen heute meist subtilere Mechanismen der Abhängigkeit und Verpflichtung eine Rolle… **Alex Schwank**

Schwank: Es sind durchaus Fälle bekannt geworden, wo durch Manipulationen von Studiendaten Resultate gefälscht wurden. Selektive Darstellung günstiger Resultate oder falsche Schlussfolgerungen sind zu beobachten. Wichtig bei der Manipulation und Desinformation von Arzneimittelbehörden und Öffentlichkeit ist das sogenannte „selektive Publizieren“ (publication bias). Dabei werden nicht alle durchgeführten Studien in Fachzeitschriften veröffentlicht, sondern nur solche, welche den Interessen des Sponsors dienen. Jüngstes Beispiel dafür ist das Antidepressivum Reboxetin (Markenname Edronax) der Firma Pfizer. Pfizer hat acht abgeschlossene Studien mit negativen Resultaten für Reboxetin nicht publiziert, sondern nur fünf „günstige“. Heute ist klar, dass das Medikament unter Berücksichtigung aller Studien gar nicht hätte zugelassen werden dürfen. Die FDA hat in den USA Reboxetin die Marktzulassung verweigert. Man kann auch – wie Max Frisch gesagt hat - ohne zu lügen, nicht die Wahrheit sagen.

Ziltener: Das Max Frisch Zitat schwächt meines Erachtens das Problem zu sehr ab. Geschönte Forschungsergebnisse scheinen mir sehr nahe an der Lüge.

Spöndlin: Würde ein Studienregister, in welchem alle Studien vor Beginn verzeichnet werden müssen, das verhindern?

Schwank: Ein öffentlich zugängliches Studienregister ist unerlässlich. Es muss gesetzlich verankert sein, dass alle klinischen Studiendaten in einem öffentlichen Register publiziert werden und dass Firmen alle Daten zu einem Medikament, auch die nicht publizierten, den Arzneimittelbehörden zugänglich machen müssen. Sinnvoll wäre es, geplante Studien einer unabhängigen critical review zu unterziehen, um allenfalls Mängel und Einseitigkeiten frühzeitig erkennen und beseitigen zu können.

Ziltener: Ein öffentlich zugängliches Studienregister, das Studien vor der Publikation erfasst, ist unabdingbar. Wir haben das mit einer Motion von Alt-Nationalrätin Vreni Hubmann gefordert. Der Bundesrat hat in seiner Motionsantwort versprochen, dem Anliegen nach einem Register im Rahmen des Humanforschungsgesetzes Rechnung zu tragen. Jetzt ist unser Anliegen allerdings nur noch in abgeschwächter Form im HFG aufgenommen worden. Ein solches Register würde wohl nicht alle Probleme lösen, aber sehr viele.

Spöndlin: Das Humanforschungsgesetz wird also Studienregister in einer gewissen – wenn auch nicht ganz befriedigenden – Form vorschreiben. Wisst ihr, wie es sich anderswo verhält?

Schwank: Die USA kennen eine solche gesetzliche Regelung seit 2007.

Spöndlin: In der Schweiz führen gewisse Universitäten schon heute von sich aus Studienregister, wie man zum Beispiel auf der Website der Universität Zürich nachlesen kann.

Girau: Solche universitätseigenen Regelungen sind verdienstvoll, bringen aber nicht allzu viel. Denn grosse klinische Studien werden heutzutage von einem Verbund von Universitätskliniken durchgeführt. Man kann eine wirklich aussagekräftige Studie in der Regel nicht ausschliesslich am Basler Unispital durchführen, weil hier zu wenige Patienten zur Verfügung stehen und zudem das Risiko ortsspezifischer Verzerrungen besteht. Deshalb braucht es verbindliche internationale Standards sowie Vorschriften der Arzneimittelzulassungsbehörden. Dass die Studien und auch das Studiendesign offengelegt werden müssen, finde ich ganz wichtig, unter anderem deshalb, dass kritisch diskutiert werden kann, welche Forschungsziele sinnvoll sind. Auch die Begutachtung von geplanten Studien durch eine Ethikkommission finde ich unter diesem Gesichtspunkt wichtig. Das neue Humanforschungsgesetz soll ja eine solche Begutachtung vorsehen.

Schwank: Ein zwar nicht zentrales, mir aber wichtiges Anliegen ist die Art und Weise, wie Studienergebnisse dargestellt und kommuniziert werden. Oft geschieht dies in einer Form, welche zu Überbewertungen von Studienergebnissen führt. Zum Beispiel wird die relative Risikoreduktion in den Vordergrund gestellt, weil sie eindrucksvoller ist als die absolute Risikoreduktion. Reduziert zum Beispiel eine Behandlung die Sterblichkeit von 2 auf 1 Prozent, entspricht dies einer relativen Risikoreduktion von 50%. Auch andere statistische Tricks führen zu einer verzerrten Beurteilung. Verboten werden müssten Behauptungen, welche in der zitierten Studie keine Basis haben. In vielen Studien werden sogenannte Surrogatkriterien verwendet, um die Wirksamkeit eines Medikamentes zu belegen. Wichtig bei einer Medikamentenwirkung ist nicht, ob das Medikament einen Laborwert verändert, sondern ob „harte" klinische Endpunkte beeinflusst werden, zum Beispiel die Anzahl der Herzinfarkte, Schlaganfälle oder Todesfälle. Surrogatkriterien wie die Senkung des Cholesterinspiegels oder des Blutzuckers werden zunehmend als Studienendpunkte verwendet, was in der Vergangenheit immer wieder zu Fehlbeurteilungen geführt hat. So konnte das Diabetesmedikament Avandia zwar den Blutzucker senken, führte aber gleichzeitig zu einer Zunahme der Herzinfarkte. Dies konnte in den reinen Surrogatstudien nicht erkannt werden. Inzwischen ist das Medikament vom Markt genommen worden.

> „Dass die Studien und auch das Studiendesign offengelegt werden müssen, finde ich ganz wichtig. Jose Xavier Girau

Ziltener: Dem pflichte ich bei. Hinzu kommt, dass heute die Werbung der Pharmaindustrie vorzugsweise direkt über die Patientinnen und Patienten läuft. Oft fehlt die Transparenz und die Nutzenfrage wird kaum beantwortet.

Spöndlin: Welche Rolle spielen die Patente für das Verhalten der Pharmaindustrie? Heizen diese den Konkurrenzkampf an?

Girau: Läuft das Patent eines Produkts aus, investiert die Pharmaindustrie nicht mehr in dieses. Davon betroffen sind ältere Medikamente, obwohl diese zum Teil nach wie vor sehr wirksam sind.

Spöndlin: Was liesse sich an alten Medikamenten denn noch forschen? Sind diese nicht längst bekannt?

Schwank: Es gäbe zahlreiche interessante Fragestellungen zu Medikamenten, welche keinen Patentschutz mehr geniessen. Leider scheitern solche Studienvorhaben dann oft an der mangelnden Finanzierung.

Girau: Man muss sich vor Augen halten, dass hinter der Pharmaindustrie Share-

holder – also Investoren - stehen, die ihren Anteil sehen wollen. Unter dem Druck der Shareholder lohnt es sich für die Industrie oft nicht mehr, neue Produkte zu entwickeln. Denn das ist teuer und langwierig und die Erfolgsaussichten sind unsicher. Auch wenn ein Produkt erfolgreich am Markt etabliert werden kann, können nach ein paar Jahren unerwartete Nebenwirkungen auftreten und zu einem finanziellen Desaster des betreffenden Produkts führen. Die Risiken eines neuen Arzneimittels sind also wesentlich höher, als wenn man ein bestehendes soweit verrändert, dass es in den Genuss eines neuen Patentschutzes kommt und neu auf den Markt geworfen werden kann. Die Professoren an den medizinischen Fakultäten sind in diesem Prozess enorm wichtig. Sie geben ihren Segen zu den erwähnten neuen Produkten, die in Wirklichkeit gar nicht so neu sind, und leisten damit dem Patentmonopolismus Vorschub. Aus der Sicht der Shareholder besteht das Problem, dass die Pharmaindustrie gar nicht so viele wirklich neue Produkte in der Pipeline hat. Die Finanzanalysten machen sich darüber Sorgen. Deshalb kaufen die Pharmahersteller immer mehr kleinere Unternehmen auf, weil diese oft am ehesten noch innovative Medikamente entwickeln. Innovation kommt bei den grossen Pharmaunternehmer eher von aussen als von innen.

Spöndlin: Heisst das, dass das Innovationspotenzial der Pharmaindustrie weitgehend ausgeschöpft ist, dass die Pharmaforschung technisch an Grenzen stösst?

Schwank: Bei aller Kritik an missbräuchlichen Praktiken der Pharmaindustrie ist auch zu anerkennen, dass diese der Medizin in den letzten Jahrzehnten sehr wirksame und nützliche Medikamente zu Verfügung gestellt hat.

Spöndlin: In welchen Bereichen war das, etwa bei den Krebsmedikamenten?

Schwank: Auch. Noch wichtiger war die Entwicklung neuer Herzmedikamente und Antidiabetica, von Mitteln gegen hohen Blutdruck und Asthma sowie Medikamenten zur Senkung der Cholesterinwerte im Blut. Dies alles hat zu einem enormen therapeutischen Fortschritt geführt. Und weil diese Medikamente millionenfach verordnet wurden, führten sie als Blockbuster zu enormen Pharmaprofiten. Die Patente dieser Medikamentenklassen sind jetzt aber alle am Auslaufen, was zu Gewinnschmälerungen für Big Pharma führt. Die Entwicklung neuer Blockbuster scheint ohne neue Durchbrüche in der Grundlagenforschung fast unmöglich und die Pharmaindustrie ist auf der Suche nach neuen Strategien zur Profitmaximierung. Eine der Möglichkeiten ist die sogenannte personalisierte Medizin, vor allem in der Krebsmedizin. Roche hat bewiesen, dass mit solchen Krebsmedikamenten viel Geld verdient werden kann.

Ziltener: Ein Problem ist auch, dass oft Langzeitstudien fehlen. Das Krebsmedikament Avastin zum Beispiel wurde zu Beginn getestet und sofort hochgejubelt. Jetzt soll das Mittel bei möglichst vielen Indikationen eingesetzt werden. Fünf Jahre danach, stellt sich aber heraus, dass der Nutzen für die Patientinnen und Patienten in keinem Verhältnis zu den damaligen Versprechen steht. Im Gegenteil, in den USA wurde es zurückgezogen und in Deutschland diskutiert die Ärztekammer einen Rückzug bei bestimmten Indikationen. Und bei uns? Obwohl beispielsweise das Medical Board den Mehrnutzen für Patientinnen und Patienten nicht feststellen konnte, wird die Behandlung mit Avastin nicht wirklich in Frage gestellt. Zudem ist die Werbung für Medikamente oftmals viel zu aggressiv. Zudem gibt es bereits einige Ghostwriter für wissenschaftliche Texte und in den Zeitschriften sind nicht selten Texte solcher Art neben einer Medikamentenwerbung platziert. Schliesslich wird bei vielen Medikamenten der Nutzen nicht wirklich nachgewiesen.

Spöndlin: Dominiert die Pharmaindustrie auch die ärztliche Weiterbildung?

Schwank: Weitgehend. Ein Grossteil der Weiterbildungsanlässe ist kommerziell unterstützt und oft eine Plattform für das Medikamentenmarketing. Die Referenten werden von der Pharmaindustrie ausgewählt und sollen als sogenannte ‚Opinion leaders' die Verschreibungspraxis beeinflussen. Bei gewissen Fortbildungsreferenten machen die Honorare für ihre Vortragstätigkeit einen wichtigen Teil des Jahressalärs aus. Die kostenlosen Fachzeitschriften haben den gleichen Zweck: Gut aufgemacht und teilweise auch informativ wird unter dem Deckmantel von Fortbildungsartikeln Pharmamarketing betrieben. Professor Reto Krapf , Chefarzt am Kantonsspital Bruderholz, fordert daher zu Recht eine unabhängige und eigenfinanzierte Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte.

Girau: Die wissenschaftlichern Meinungsbildner in unseren Spitälern sollten ihre Interessenbindungen offen legen müssen, damit die Öffentlichkeit zumindest erkennen kann, wer von wem beeinflusst sein könnte.

Ziltener: Transparenz ist das eine, klare Regeln für den Umgang mit der Pharmaindustrie und deren Vertretern etwas anderes. Die MEZIS aus Deutschland machen einen möglichen Umgang mit der Pharma vor (MEZIS = ‚Mein Essen zahl ich selbst', eine Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte, vgl. Soziale Medizin 3.09 S. 52 ff., abrufbar unter http://www.sozialemedizin.ch/?category_name=pharma).

Spöndlin: Kann sich die Pharmaindustrie nicht mit einem gewissen Recht darauf berufen, dass die Kosten zur Entwicklung eines Medikaments hoch sind und immer mehr anwachsen?

Schwank: Die Entwicklung von neuen Medikamenten ist kostspielig und aufwändig, ohne Zweifel. Die kritische Medikamentenzeitschrift ‚arznei-telegramm' hat in ihrer Ausgabe vom Mai 2011 den „800 Millionen Dollar-Mythos" allerdings einer kritischen Analyse unterzogen und kommt zum Schluss, die Eigenangaben der Pharmaindustrie seien masslos überzogen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die Pharmaindustrie für das Marketing doppelt so viel ausgibt wie für die Forschung. Joe Jimenez, der neue CEO von Novartis, kommt daher bezeichnenderweise nicht aus der Forschung, sondern war und ist ein „Verkäufer". Auf dem wichtigsten Medikamentenmarkt der Welt, den USA, sind die Marketingmethoden noch einiges aggressiver als bei uns. In diesem Zusammenhang ist die Verurteilung von Novartis wegen sexueller Be-

> Die Werbung für Medikamente ist oftmals viel zu aggressiv und es gibt es bereits einige Ghostwriter für wissenschaftliche Texte. In den Zeitschriften sind nicht selten Texte solcher Art neben einer Medikamentenwerbung platziert. Erika Ziltener

sponduln | sozmed-dia

lästigung von weiblichen Angestellten zu sehen, über die ich kürzlich in der Sozialen Medizin geschrieben habe (Soziale Medizin 3.10 S. 30, abrufbar unter http://issuu.com/sozmed/docs/310_issuu). Die ausschlaggebende Bedeutung einer weltweiten guten Marketingorganisation ist unbestritten und für die Realisierung von Profiten im Pharmageschäft unterlässlich. Nehmen wir an, Jose Xavier und ich würden in einem Start-up-Unternehmen ein viel versprechendes neues Rheumamittel entwickeln. Wir müssten uns über kurz oder lang mit einem grossen Pharmaunternehmen zusammentun, um das Produkt gewinnbringend auf dem Weltmarkt zu verkaufen.

Ziltener: Bei der Preisgestaltung besteht dringender Handlungsbedarf. Vor allem ist Transparenz darüber gefragt, welche Kosten wo und wie entstehen.

Girau: Kritikwürdig ist auch eine scheinbare Grosszügigkeit, nämlich dass Pharmahersteller Kliniken Medikamente schenken. Diese Schenkungen sind nicht uneigennützig, weil damit gewisse Produkte etabliert und von den Patienten nach dem Klinikaustritt weiter verwendet werden.

Schwank: Jede Spitalapotheke kann nur ein begrenztes Sortiment führen. Deren Liste ist daher für Pharmahersteller von eminentem Interesse. Den Spitalapotheken werden Medikamente zu einem Vorzugspreis zur Verfügung gestellt, so dass Originalmedikamente im Spital oft billiger sind als Generika. Im Austrittsbericht werden dann nur die Namen der Originalmedikamente aufgeführt und der kostenbewusste Hausarzt hat dann die undankbare Aufgabe, den Patientinnen und Patienten wieder das Generikum zu verschreiben und sie davon zu überzeugen, dass Generika billiger und dennoch gleich wirksam sind.

Ziltener: Schon vor vielen Jahren haben wir politisch zu erreichen versucht, dass die Spitäler nur noch die Wirkstoffe verschreiben dürfen. Wir konnten dafür jedoch keine Mehrheiten finden.

Girau: Interessant finde ich den Begriff des therapeutischen Mehrwerts, den die Pharmaindustrie gerne benutzt, um Preissteigerungen zu begründen. Nehmen wir an, ich bringe mein Auto in die Werkstatt und lasse Winterreifen montieren. Dabei frage ich den Mechaniker, ob er nicht die Winterreifen vom letzten Jahr wieder verwenden könne. Da sagt er nein, jetzt gäbe es ein neues Modell, das viel griffiger sei. Dessen Produktion sei zwar 20 Prozent billiger, trotzdem koste es aber 9000 statt 900 Franken. Dies deshalb, weil das neue Reifenmodell viele schwere Unfälle verhindern

könne. Und wenn man einen Unfall mit 500'000 Franken veranschlage, sei der höhere Preis für den Reifen längst gerechtfertigt. Dann verweist er noch darauf, dass die Autoversicherung den Aufpreis übernehme, da sie ein ganz vitales Interesse an der Unfallvermeidung habe. Diese Geschichte finden alle zurecht absurd. Aber die Pharmahersteller argumentieren genau so, um ihre Margen in die Höhe zu treiben. Dabei handelt es sich oft nicht um ein neues Medikament, sondern um eine Pseudoinnovation. Pseudoinnovationen werden also mit riesigem Aufwand oft über zweifelhafte Studien auf den Markt gebracht, weil es sich für die Pharmakonzerne doppelt lohnt. Einmal wegen des neuem Patentschutzes für ein altes Medikament und zum anderen weil über den „therapeutischem Mehrwert" noch ein Vielfaches des alten Preises erzielt werden kann.

Ziltener: Dem kann ich wieder nur beipflichten!

Spöndlin: Ist es nicht so, dass die Pharmapreise meistens behördlich festgelegt werden, weil eine Sozialversicherung dafür aufkommt. Sie bilden sich nicht einfach so am Markt?

Schwank: Die Preise bilden sich tatsächlich nicht einfach am Markt. Nicht vergessen werden darf, dass die Exporte der hiesigen Pharmaindustrie einen gewichtigen Teil der Handelsbilanz der Schweiz ausmachen. Der Pharmalobby gelingt es daher immer wieder, sich bei Preisfestsetzungen in der Schweiz durchzusetzen. Zu beobachten war dies auch in der Frage der Parallelimporte von Medikamenten, wo die bürgerlichen Parteien alle ihre marktliberalen Grundsätze über Bord warfen. Die Pharmapreise sind im Wesentlichen politische Preise.

Spöndlin: Kommen wir nochmals auf die Forschung zurück. Wie liesse sich eine von der Pharmaindustrie unabhängige Forschung realisieren?

Schwank: Die medizinische Forschung in der Schweiz ist zu stark auf medikamentöse Interventionen fokussiert. Aus epidemiologischen Studien ist klar, dass soziale Ungleichheit krank macht. Der Einfluss der sozialen Schicht auf die Wahrscheinlichkeit, einen Herzinfarkt zu erleiden, ist so gross wie alle anderen Risikofaktoren (Cholesterin, Rauchen, hoher Blutdruck, Übergewicht, Bewegungsmangel) zusammen. Die Lebenserwartung von Menschen aus unteren sozialen Schichten liegt auch in der Schweiz einige Jahre unter dem Durchschnitt. Den meisten Ärztinnen und Ärzten sind diese Zusammenhänge weniger oder gar nicht bekannt. Welche Strategien hier zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands führen könnten, dazu gibt es kaum Forschungsvorhaben.

> "Der Pharmalobby gelingt es daher immer wieder, sich bei Preisfestsetzungen in der Schweiz durchzusetzen. Die Pharmapreise sind im Wesentlichen politische Preise.
>
> Alex Schwank

Ein typisches Beispiel für die Fixierung auf medikamentöse Behandlungsoptionen ist die Demenzforschung. Die meisten publizierten Studien erforschen die Wirksamkeit von Medikamenten, welche leider gerade bei der Alzheimerdemenz bis heute nur bedingt wirksam sind. Die wirklichen Fortschritte in der Betreuung von dementen Menschen werden heute durch die Qualität der Pflege und soziale Interventionen erzielt. In diesem Bereich wird aber viel zu wenig geforscht. Wir brauchen daher unbedingt Finanzierungsquellen, welche solche nicht auf Medikamente fixierte Forschung ermöglichen.

Girau: Das kann ich nur unterstützen. Wir brauchen viel mehr öffentliche Forschungsmittel, damit der Fokus der Forschung nicht mehr so einseitig auf pharmazeutische Interventionen gerichtet bleibt. Wenn für andere Forschungsrichtungen mehr Geld zur Verfügung stünde, gäbe es auf diesen Gebieten auch mehr Wissenschaftler, die der manchmal sehr einseitigen Sicht der pharmaorientierten Forscher etwas entgegenhalten könnten. Es stellt sich sogar die Frage, ob sich die pharmazeutische Industrie nicht auf das Vermarkten von Medikamenten beschränken und die Forschung unabhängigen Einrichtungen überlassen sollte. Kurz- und mittelfristig lässt sich dies allerdings nicht realisieren. Deshalb muss zunächst gewährleistet werden, dass alle Pharmastudien kostenlos und frei zugänglich im Internet publiziert werden, über open access. Es müsste institutional repositories geben, wo Forschungsergebnisse einschliesslich der Rohdaten abgelegt und angesehen werden könnten. Dann liessen sich alle Studien auch sehr gut nachprüfen. Es darf nicht mehr vorkommen, dass Medikamente zugelassen werden, nachdem unvorteilhafte Studienresultate einfach unter den Teppich gekehrt wurden. Das ist ein Skandal. Es braucht unbedingt Öffentlichkeit und Transparenz. Medikamente die nicht das halten, was die Pharmaindustrie verspricht, sind schlecht für Patienten und erhöhen die Kosten des Gesundheitssystems.

Ziltener: Voll und ganz einverstanden. Bleibt noch anzumerken dass Medikamente – gerade bei Patientinnen und Patienten mit Demenz – trotz fehlendem Nutzen weiter verschrieben werden.

Spöndlin: Haben die Arzneimittelzulassungsbehörden heute die Rohdaten von Pharmastudien?

Girau: Wahrscheinlich hat sie die FDA, prüft sie aber nicht. Es ist auch

spöndlin | sozmedia

> Es darf nicht mehr vorkommen, dass Medikamente zugelassen werden, nachdem unvorteilhafte Studienresultate einfach unter den Teppich gekehrt wurden. Das ist ein Skandal.
>
> **Jose Xavier Girau**

nicht die Aufgabe beispielsweise von Swissmedic, Studien nachzuprüfen. Das würde den Rahmen ihrer Tätigkeit sprengen. Die Zulassungsbehörden bekommen eine fertige Studie, und das reicht ihnen. Sie hätten es aber in der Hand, vorausgesetzt die gesetzlichen Grundlagen dazu wären vorhanden, die Publikation der Rohdaten im open access zu verlangen.

Schwank: Das würde viel bewirken. Nicht nur Arzneimittelbehörden, sondern auch andere Organisationen könnten Studiendaten auf ihre Praxisrelevanz überprüfen.

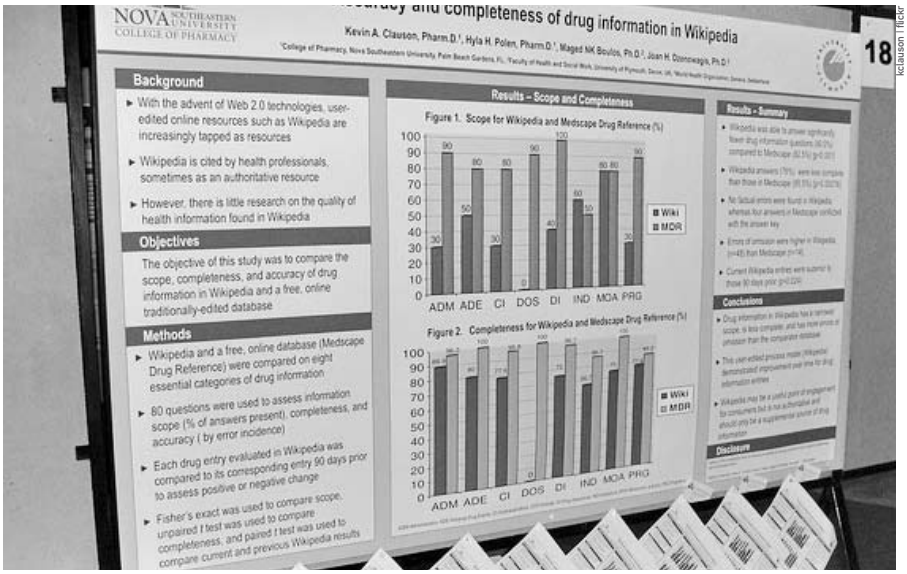
Girau: Der Schweizerische Nationalfonds (SNF) verlangt eine solche Veröffentlichung bei Studien, die er unterstützt. Der SNF hat die «Berlin Declaration on Open Access to Knowledge in the Sciences and Humanities» von 2006 unterzeichnet. Allerdings haben Wissenschaftler noch immer einen schweren Stand, wenn sie Publikationen, Studienergebnisse samt Rohdaten gegen den Widerstand von Industrie und Verlagen ins Web stellen wollen. Es wäre daher sehr sinnvoll, den Open Access Gedanken fest im Urheberrecht zu verankern, um den Wissenschaftlern in ihren Bestrebungen um Transparenz den Rücken zu stärken (http://www.ub.edu/bid/18kuhle3.htm)

Spöndlin: Ist der Nationalfonds ein Beispiel für Forschung aus öffentlichen Mitteln.

Girau: Ja, das ist richtig. Pharmaforschung wird durch den Nationalfonds aber kaum gefördert. Dieser unterstützt Forschungsprojekte aus Sozial, Geistes- und Naturwissenschaften, die sonst nicht finanziert würden. Im Bereich der Medizin unterstützt er vor allem Grundlagenforschung. Eine Finanzierung jedweder universitären Forschung durch die Steuerzahler findet aber schon deshalb statt, weil die Infrastruktur der Universitäten von den Forschenden genutzt wird. Und die Infrastruktur ist eben aus öffentlichen Mitteln mitfinanziert. Wissenschaftliche Ergebnisse können deshalb nicht uneingeschränkt Privateigentum der Professoren sein. Die freie Zugänglichkeit der Forschungsergebnisse samt Rohdaten über ‚open access' stellt ein vorzügliches Mittel zur Schaffung von Transparenz in der Forschung dar. Diese Transparenz würde der Forschung gut anstehen, für Patientinnen und Patienten und unser Gesundheitssystem wäre sie ein Segen.

Ziltener: Zustimmung auf der ganzen Linie.

Spöndlin: Jose Xavier Girau, Alex Schwank, vielen Dank für dieses Gespräch. Erika Ziltener danke ich für ihre Kommentare auf dem Korrespondenzweg.



Iclauson | flickr

Industriefinanzierte Arzneimittelstudien

«Marketing vor Evidenz, Umsatz vor Sicherheit»

Von der Pharmaindustrie gesponserte Arzneimittelstudien zeigen häufiger ein positiveres Ergebnis als unabhängig finanzierte. Das Antidepressivum Reboxetin ist ein klassisches Beispiel für den verzerrenden Effekt des selektiven Publizierens (publication bias) auf die Beurteilung eines Medikaments.

Was würden Sie sagen, wenn der Ausgang eines Fussballspiels von einem der Vereine mit 5 : 0 und vom gegnerischen Verein mit 3 : 1 gemeldet würde, und zwar jeweils für die eigene Mannschaft? Genau dies ist das Ergebnis einer der 57 Studien, die Dr. Gisela Schott von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft ausgewertet hat: In fünf Studien hat die Firma Lilly ihre Substanz Olanzapin mit Risperidon verglichen (Ergebnis 5 : 0 für Olanzapin) und in 4 Studien die Firma Janssen ihr Risperidon mit Olanzapin (Ergebnis 3 : 1 für Risperidon)».

Mit dieser Einleitung beginnt das Editorial von Prof. Dr. Klemperer von der Hochschule Regensburg in einer Ausgabe des Deutschen Ärzteblatts im Jahre 2010 zur Studie „Finanzierung von Arzneimittelstudien durch pharmazeutische Unternehmen und die Folgen" von G. Schott et al. (Dtsch Aerztbl Int 2010; 107(17): 295-301).

„Marketing vor Evidenz, Umsatz vor Sicherheit" lautet der Titel dieses Editorials, der die Studie prägnant zusammenfasst. Die Autorinnen und Autoren weisen in ihrer Untersuchung nach, dass Studien, welche von der Industrie finanziert werden, für die untersuchte Substanz häufiger positivere Ergebnisse erbringen als anderweitig finanzierte Studien. In den Schlussfolgerungen zur Studie Schott et al. ist zu lesen: „Bei der Beurteilung eines Arzneimittel führen Angaben aus publizierten Studien, die von pharmazeutischen Unternehmen mitfinanziert wurden, häufig zu einem verzerrten Bild. Dies wird nicht durch die methodische Qualität der Arzneimittelstudien erklärt.... Die Finanzierung durch ein pharmazeutisches Unternehmen wirkt sich in verschiedenen Bereichen im Ablauf einer Arzneimittelstudie aus und führt häufig zu einem für den pharmazeutischen Sponsor positiven Ergebnis. Der Zugang der Öffentlichkeit zu Studienprotokollen und Ergebnissen muss gewährleistet sein. Darüber hinaus sollten verstärkt Arzneimittelstudien durchgeführt werden, die unabhängig von pharmazeutischen Unternehmen finanziert werden."

Klemperer beschreibt in seinem Editorial die Manipulationstechniken, mit welchen „einer Studie ein Drall in die gewünschte Richtung" gegeben werden kann: „Die Resultate können unterschiedlich ausfallen, je nachdem, was gefragt und was nicht gefragt wird, welche der möglichen Endpunkte einbezogen werden...Das Verschweigen von Ergebnissen, die der Vermarktung einer Substanz hinderlich sein könnten, sowie die Uminterpretation negativer und nicht eindeutiger Ergebnisse sind weitere Mittel der Manipulation." Es werden Ghostwriter und Gastautoren in industriell finanzierten Studien eingesetzt und Statistiker der Pharmaindustrie in der Publikation nicht namentlich aufgeführt.

Beispiel Reboxetin (Markenname Edronax, Pfizer)

Pharmazeutische Firmen publizieren Studien oft bewusst nicht, wenn diese keine positive Wirkung für das Medikament der Firma ergeben. Studien mit negativem Ausgang werden zurückgehalten. Der Psychiater Klaus Lieb, Professor an der Uni Mainz und Mitautor der oben angeführten Studie, meint dazu : „Wenn man so will, kann man das klar als Marketingstrategie bezeichnen. Wenn man nämlich die mit positivem Ausgang publiziert und die anderen in der Schublade liegen lässt, dient das natürlich dem Marketing. Ich halte dieses Vorgehen für höchst problematisch, vor allem weil es unethisch ist, weil dadurch die Effekte von Medikamenten überschätzt werden".

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IGWiG) hat am Beispiel des Antidepressivums Reboxetin diese schädliche Praxis des selektiven Publizierens (publication bias) an den Pranger gestellt. Das Institut wollte die Wirksamkeit von

Massnahmen, welche einer Unabhängigkeit in der Forschung förderlich wären

- Im Universitätsrat sollten keine Personen aus der Wirtschaft (Pharmaindustrie, Verlage, etc.) vertreten sein. Diese haben mehr Ihre Klientelinteressen im Blickpunkt als eine freie unabhängige Universität.
- Änderung des Arzneimittelgesetzes mit der Notwendigkeit, dass ein therapeutischer Mehrnutzen bewiesen werden muss (strenge Nachweispflicht).
- Änderung des Urheberrechtsgesetzes und verpflichtenden Veröffentlichung von Studien und Forschungsergebnissen unter „open access"-Bedingungen (siehe Berliner Erklärung open access, Rainer Kuhlen). Öffentlichkeit und Transparenz sind probate Mittel, um Studien qualitativ nachvollziehbar zu machen.
- Swissmedic gesetzlich die Möglichkeit geben, unabhängige Studien in Auftrag zu geben.
- Durch öffentliche Mittel geförderte unabhängige Forschung.
- Mehr Forschung im Bereich nicht medikamentöse Therapien.
- Vorsorgen ist besser als heilen: Möglichkeiten der Prophylaxe besser entwickeln (Sozialer Aspekt des krank Werdens, Armut und Gesundheit ..).
- Unabhängige Ethikkommissionen (die Mitglieder legen Ihre Verbindungen offen, ethische Entscheidungen müssen begründet und dadurch nachvollziehbar bzw. anfechtbar werden, Tagungen öffentlich abhalten, Stellen in Ethikkommissionen müssen öffentlich ausgeschrieben werden, Ethikkommissionen vernetzten sich mit andern Ethikkommissionen und Ethikgruppen ‚wie sie z.B. in Krankenhäusern existieren).
- zentrales öffentliches, internetbasiertes Studienregister über Forschungsvorhaben
- Amtsträgerhaftung aller Ärzte, die im öffentlichen Interesse forschen, damit viele Delikte strafrechtlich verfolgt werden können
- Mehr öffentliche Förderung der klinischen Forschung
- „Conflict of interest-statements" bei relevanten Publikationen
- Öffentlichkeit herzustellen ist das allerwichtigste – Zuwendungen an öffentliche Funktionsträger oder Entbindung von Zuwendungsnehmern von Schlüsselfunktionen.
- Verbot der Gratisabgabe bzw. verbilligte Abgabe von Medikamenten an Krankenhäuser
- Einrichtung von Ombudsstellen und Anlaufstellen für Whistleblower, damit Missstände an die Öffentlichkeit kommen.

Jose Xavier Girau

Reboxetin überprüfen. Bald wurde klar, dass der Hersteller Pfizer zwei Drittel aller bislang in Studien erhobenen Daten unter Verschluss gehalten hatte. Erst auf öffentlichen Druck war Pfizer gezwungen, alle Daten zur Verfügung zu stellen. Im Oktober 2010 publizierte das Institut im British Medical Journal (BMJ 2010; 341: c4734) seinen Abschlussbericht. In der Analyse wurden 13 Studien mit 4098 Patienten berücksichtigt. Davon waren die Daten von 75% der Patienten vorher nicht publiziert worden. Werden nur die von Pfizer publizierten Studien berücksichtig, scheint ein Nutzen von Reboxetin im Vergleich zum Placebo vorzuliegen. Unter Berücksichtigung aller Studiendaten lässt sich hingegen kein positiver Effekt mehr nachweisen und die Rate der registrierten Nebenwirkungen, welche zu Studienabbrüchen führen, nimmt erheblich zu. In den Schlussfolgerungen heisst es lapidar: „ Reboxetine is, overall, an ineffective und potentially harmful antidepressant". Beate Wieseler vom IGWiG erklärte dazu in einem Interview mit dem SWR2-Journalisten Nordwig (4.4.ll):

„Die Firma Pfizer hat sich nach der öffentlichen Reaktion auf diesen Bericht entschlossen, uns doch noch alle Daten zur Verfügung zu stellen. Wir konnten dann also die Gesamtheit der Studien auswerten. Und das Ergebnis war: Wenn wir die publizierten und die unpublizierten Studien zusammen auswerten, können wir keinen Nutzen mehr für das Präparat feststellen. Hier haben wir praktisch den ‚worst case': Die publizierten Studien haben einen Nutzen des Präparates nahegelegt. Aber wenn die unpublizierten Daten dazu gekommen sind, war der Nutzen nicht mehr nachzuweisen".

Unterdessen kann in Deutschland das Medikament nicht mehr zu Lasten der Krankenversicherung verordnet werden. In den USA wurde Edronax von der FDA gar nicht erst zugelassen. In der Schweiz ist das Medikament weiterhin kassenpflichtig. Was macht eigentlich swissmedic?

Unabhängige Forschung dringend nötig

„Die Arzneimittelforschung befindet sich in einer Schieflage. Die Mehrzahl der Studien wird von der Industrie finanziert. Grosse pharmazeutische Firmen haben in zahlreichen, durch interne Dokumente und Unterlagen gut dokumentierten Fällen die Evidenz verbogen, bis sie für das Marketing tauglich war", so die prägnante Schlussfolgerung von Prof. Klemperer in seinem Editorial.

Am Deutschen Ärztetag 2009 hat der Mitautor der Studie Prof. Klaus Liebig mehr Geld für pharmaunabhängige Forschung gefordert. Die Delegierten schlossen sich grossmehrheitlich dieser Forderung an.

Klemperer fordert zudem, dass Arzneimittel nur noch zugelassen werden, wenn ein erwiesener Zusatznutzen für patientenrelevante Endpunkte nachgewiesen worden ist. Konkret heisst das, dass Studien mit Surrogatendpunkten (siehe Interview) allein keine Zulassung mehr begründen können. Zudem sollen Studienprotokolle schon vor der Rekrutierung der Patienten einer breiten Fachöffentlichkeit vorgelegt werden, um eventuell Schwachstellen zu erkennen, bevor es zu spät ist. Klemperer fordert konkrete politische Schritte, „damit zum Schutze unserer Patienten die Evidenz über das Marketing siegt und Sicherheit vor Umsatz geht".

Alex Schwank

des temps anciens | flickr

«Wes Brot ich ess, des Lied ich sing…»

Finanzierungsart von Fortbildungszeitschriften beeinflusst Therapieempfehlungen

Marburger und Göttinger Allgemeinmediziner haben untersucht, ob die Art der Finanzierung medizinischer Zeitschriften, die der Fortbildung dienen, die darin abgegeben Therapieempfehlungen beeinflusst. Sie werteten 465 Ausgaben von 11 deutschen Zeitschriften des Jahrgangs 2007 aus. Fünf sind kostenlos vertriebene Zeitungen wie Ärztezeitung, Medical Tribune und Münchner Medizinische Wochenschrift (MMW), das Deutsche Ärzteblatt mit gemischter Finanzierung über Werbung und Abonnements sowie werbefreie Zeitschriften wie arznei-telegramm und Arzneimittelbrief. Die erwähnten Allgemeinmediziner untersuchten Therapieempfehlungen für patentgeschützte und damit teure Medikamente, deren Nutzen oder Indikationsbreite kontrovers beurteilt werden: Cholinesterasehemmer (Alzheimermedikamente), Antidepressiva (wie Cymbalta), Antidiabetika (Glitazon, Inkretinmimetika, Insulinanaloga), Cholesterinsenker (Ezetrol), Blutdruckmedikamente (Sartane) und Nikotinentwöhnungsmittel (Champix). Sie fanden 638 Werbungen für die ausgewählten Medikamente (14 bis 161 pro Zeitschrift und 297 Artikel mit Empfehlungen für oder gegen ein Medikament).

Die Autoren konnten klar und eindeutig feststellen, dass in den durch Werbung finanzierten Zeitschriften die besprochenen Medikamente „strongly" empfohlen werden und fast nur positive Bewertungen zu verzeichnen sind, während in den durch Abos finanzierten Zeitungen wesentlich kritischer berichtet wird. Werbefinanzierte Fortbildungszeitschriften torpedieren also die kritische Berichterstattung und die Bemühungen um eine evidenzbasierte Medizin.

Fortbildungszeitschriften sind bei Pharmaherstellern beliebte Werbeträger. Viele Ärztinnen und Ärzte glauben, sie seien durch Werbung in ihrer Verschreibungspraxis wenig beeinflusst. Die Pharmaindustrie weiss dies besser, sonst wären die Marketingbudgets nicht so hoch.

Der Arzt Etzel Gysling, der mit seiner werbefreien pharma-kritik seit 33 Jahren wesentlich zu einer kritischen Arzneimittelinformation in der Schweiz beiträgt, hat 2007 in einem Artikel „Der Niedergang der Pharmaindustrie" sein Credo formuliert:

„Sicher empfiehlt es sich, sämtliche Informationen, die uns von der Pharmaindustrie zukommen, mit grösster Zurückhaltung zu interpretieren. Bei allen Arbeiten die uns die grossen Vorteile eines neuen Präparates demonstrieren sollen, ist Vorsicht angezeigt. Zu Recht kann man sich auch fragen, ob es sich lohnt, einer der mit Werbung" gespickten" Gratiszeitschriften überhaupt in die Hand zu nehmen" (pharma-kritik 20/2007).

Alex Schwank

Literaturangabe: Becker et al: The association betweeen a journal's source of revenue and the drug recommendations made in the articles it publishes. Can.Med.Ass.J. 2011; 183: 544-8).

salim shambo

Förderverein Neue Wege in Somalia

Ambulatorium arbeitet weiter

Verena Karrer, eine Hebamme und Lehrerin für Krankenpflege aus Zürich-Oerlikon, begann 1993 in Somalia zu arbeiten. Im Jahr 2002 wurde sie in Merka ermordet. Ihre Werke wurden nach ihrem Tod durch den Förderverein Neue Wege in Somalia weitergeführt und ausgebaut. Der Förderverein finanziert in der somalischen Stadt Merka eine Primar- und Sekundarschule, neben einem Ambulatorium, einem Sanitätsposten und der Stadtreinigung. (Weitere Informationen unter: www.nw-merka.ch)

Im Ambulatorium der Neuen Wege in der somalischen Stadt Merka arbeiten ein Arzt, eine Apothekerin, ein Laborant, neun Krankenschwestern und Hilfspersonal.

Während andere Organisationen Somalia immer wieder verlassen haben, arbeitet der Förderverein Neue Wege in Somalia kontinuierlich in Merka weiter. Die Apothekerin Raba'o Abukar Sheik begann schon 1995 im Ambulatorium von New Ways zu arbeiten, noch mit Verena Karrer die dieses Ambulatorium gegründet hatte. Auch die Krankenschwester Hawa Omar Mohamed betreut schon seit 16 Jahren Patienten im Ambulatorium.

Mail vom 22. Juli 2011 aus Somalia: Im Küstenstreifen ein wenig Regen

Wie uns der Leiter der Neuen Wege, Abdullahi Ali Mohamed, am 22. Juli 2011 aus Merka schrieb, „haben die Bauern entlang des Küstenstreifens jetzt eine wenig Regen bekommen, aber nur in einer Zone, die nicht weiter als etwa 25 Kilometer vom Meer entfernt ist. Das bedeutet, dass der grösste Teil Somalias weiter keine Niederschläge erhalten hat. Der Hunger fasst so weiter Fuss. Über 6'000 Familien, die geflohen sind, haben sich in Merka und in der Nähe der Flugpiste KM-50 der Region Lower Shabelle niedergelassen. Die lokale Verwaltung warte immer noch auf Hilfe von humanitären Organisationen, auch von uns", wie uns Abdullahi schrieb.

Menschen auf der Flucht vor Dürre, Hunger und Krieg

Zwischen Oktober und Dezember 2010 fiel in Somalia weniger als 30 Prozent des normalen Niederschlages. Damit wurde 2011 eines der trockensten Jahre seit 1950/51. Als Folge dieser Dürre verringerte sich der Viehbestand in manchen Gebieten um 40 bis 60 Prozent. Die weltweite Erhöhung der Lebensmittelpreise im Jahr 2011 bekam die Bevölkerung zudem sehr stark zu spüren. Die Bevölkerung kann sich deshalb immer weniger zu essen kaufen.

Viele Menschen in Somalia befanden sich aufgrund des Bürgerkrieges und der Trockenheit in diesem Sommer auf der Flucht. In den drei äthiopischen Flüchtlingslagern Dolo Ado, Bale und Borena lebten im Juli 2011 114'000 somalische Flüchtlinge. Das im Nordosten Kenias gelegene Flüchtlingslager Dadaab beherbergte im Juli 2011 über 400'000 Menschen. Zum Teil leben diese schon seit zwanzig Jahren in diesen Lagern. Die islamistische Shabaab-Miliz, die unter anderem den von der Hungersnot besonders stark betroffenen Süden des Landes kontrolliert, liess Hilfeleistungen an die lokale Bevölkerung lange nicht zu. Die Begründung dieses Stopps begründet sie damit, durch die Überflutung durch Gratis-Lebensmittel des Welternährungsprogrammes hätten die Bauern an Ort ihre Produkte nicht mehr absetzen können. Al Shabaab wollte natürlich durch diese Restriktionen vor allem auch die Einmischung durch fremde Mächte verhindern, da die Miliz speziell durch die USA als Terrororganisation mit Verbindungen zu Al Kaida eingestuft wird. Angesichts der besorgniserregenden Entwicklung in Somalia änderte Al Shabaab jedoch jetzt ihre Strategie und bat Entwicklungshel-

fer - „egal ob muslimisch oder nichtmuslimisch“ - um Unterstützung.

Die Stadt Merka wird seit drei Jahren von der islamischen Gruppe Al Shabaab beherrscht, wie der grösste Teil von Süd- und Zentralsomalia auch. Die Lage ist ruhig in Merka. Gekämpft in Somalia wird hauptsächlich in Mogadischu. Dort kämpfen Soldaten der Übergangsregierung, unterstützt durch Truppen der AMISOM aus Uganda und Burundi, gegen die Milizen der Al Shabaab.

> “ Fast alle ausländischen Hilfswerke haben sich aus Somalia zurückgezogen und für Mitglieder des Fördervereins ist es seit vier Jahren zu gefährlich, Merka zu besuchen.

Ambulatorium und Sanitätsposten in Ambe Banaan

Der Förderverein Neue Wege in Somalia versuchte seit langem, mit anderen Organisationen zusammenzuarbeiten, um seine Arbeit langfristig abzusichern. Angesichts der Lage in Somalia ist dies leider fast unmöglich. Fast alle ausländischen Hilfswerke haben sich aus Somalia zurückgezogen und für Mitglieder des Fördervereins ist es seit vier Jahren zu gefährlich, Merka zu besuchen. Am 1. September 2010 übernahm versuchshalber die Organisation Médecins du Monde (MdM) das Ambulatorium. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter freuten sich, auch über die höheren Löhne, die sie von MdM erhielten. MdM investierte in die Neuausstattung des Ambulatoriums einige tausend US Dollar. Vorgesehen war auch, dass die Arbeit im Ambulatorium durch Ärzte von MdM von Nairobi aus ständig begleitet und überwacht wird. Leider wurde das Ambulatorium unter der neuen Regie von MdM vier Tage nach Eröffnung durch die in Merka herrschende Al Shabaab aus unerfindlichen Gründen geschlossen. Der Leiter von New Way in Merka, Abdullahi schilderte dies wie folgt: „Nach dem MdM die Leitungsaktivitäten des Ambulatorium übernommen hatte, kam ein Mitglied der lokalen Behörde ins Ambulatorium (über 150 Patientinnen und Patienten warten auf die Behandlung) und befahl dem Personal die Arbeit zu stoppen und forderte die Mitarbeiter und die Patienten auf nach Hause zu gehen.“

Am 20. Februar dieses Jahres konnte das Ambulatorium der Neuen Wege wieder eröffnet werden, dank den Bemühungen unserer Leute und den Ältesten in Merka. Auch der Gesundheitsposten in Ambe Banaan nahm kurze Zeit später seinen Betrieb wieder auf. Leider hat Médecins du Monde nach dem Misslingen der Übernahme unserer Einrichtung Ende März 2011 auch seine zwei anderen Gesundheitszentren in Merka geschlossen, Horseed und Waghadir. MdM zog sich sogar ganz aus allen somalischen Projekten in Gebieten zurück die von Al Shabaab kontrolliert werden.

Im Jahresbericht des Fördervereins schrieb Dr. med. Bigna Rambert: „Das New Ways Ambulatorium ist wieder offen und ist mit der Schliessung der Ambulatorien von Wagdir und Horseed, der Organisation Médecins du Monde, für die Bevölkerung von Merka notweniger denn je geworden.“

Wir stehen heute mit Dr. Hersi in Nairobi in enger Verbindung. Er will uns helfen, in Nairobi mit grossen internationalen Organisationen in Kontakt zu treten die uns vielleicht unterstützen können. Dr. Hersi, ein Somalier, der lange in Grossbritannien gearbeitet hat, war früher als Arzt auch in Merka tätig. Er hilft heute schon der Schweizer Organisation Swisso Kalmo, die in Merka ein Tuberkulose Spital betreibt, der zum Teil vom Global Fund finanziert wird.

Brief einer Patientin, die neun Kinder hat:

„Ich heisse Faduma Cumar Max’ed und lebe im Quartier Bufow in Merka. In das Ambulatorium von New Ways komme ich, weil ich hier unentgeltlich behandelt werde, was sonst nirgends der Fall ist. Aus diesem Grund komme ich zu Fuss von so weit her. Unsere Lebensbedingungen sind sehr schlecht. Wir haben finanzielle Probleme, weil mein Mann arbeitslos ist und ich als Hausfrau neun Kinder habe. Wir essen pro Tag nur eine Mahlzeit. Deshalb bitten wir Sie, uns weiter zu unterstützen damit wir weiter ambulant behandelt werden und kostenlos Medikamente bekommen.“

Brief von Raba‘o Abukar Sheik, Apothekerin des Ambulatoriums:

„Ich lasse den Vorstand und die Unterstützer von News Ways alle grüssen. Ich begann 1995 im Ambulatorium zu arbeiten. Der Tod von Verena Karrer, der Gründerin von New Ways, war für uns das schlimmste Ereignis. Wir werden ihr Engagement nie vergessen. Dass nach den Tod von Verena Karrer der Vorstand der Neuen Wege in Zürich entschied, die Arbeit wie bisher fortzusetzen, bleibt für uns unvergesslich, auch Eure Bemühungen jetzt wieder eine Organisation zu finden die die Arbeit wie Médecins du Monde übernehmen könnte.

Ich hörte, dass der Vorstand des Fördervereins in Zürich beschlossen hat, seine Aktivitäten 2013 aufzugeben. Dieser Entscheid ist sehr zu bedauern. Auf Grund der schlimmen Situation in Somalia wünschten wir, dass ihr die Arbeit fortsetzt, bis die Regierung oder eine andere Organisation die Arbeit weiterführen kann.

Ich möchte dem Vorstand und den Unterstützern danken für Euren langen Einsatz, den ihr nach Vre Karrer geleistet habt. Ich möchte euch ermutigen, eure Aktivitäten für die weitere Entwicklung der Projekte zu verdoppeln. Das ganze Personal von New Ways und

die Gemeinde sind mit dem Schweizer Volk sehr zufrieden und sehr stolz auf Euch, weil ihr in Merka das einzige noch existierende Projekt betreibt das basisorientierte Arbeit leistet, im Gesundheitswesen, der Stadtreinigung, der Bildung und der Landwirtschaft, was für die Gemeinde so nötig ist.

Grüsse von Raba'o Abukar Sheik"

Brief von Hawa Omar Mohamed, diplomierte Krankenschwester des Ambulatoriums:

„Ich erbiete dem Förderverein in Zürich meine grosse Anerkennung, der immer bereit ist der armen Bevölkerung von Somalia zu helfen und das Personal von New Ways zu unterstützen. Ich arbeite seit 16 Jahren im Ambulatorium. Wie Sie wissen, ist die Situation in Somalia sehr schlimm. Es wird unvergesslich bleiben, was ihr hier für das somalische Volk geleistet habt.

Ich hörte, dass ihr das Projekt in zwei Jahren stoppen wollt. Ich wünsche mir, dass ihr uns nicht vergesst und die Arbeit so lange wie möglich fortsetzt.

Mein grosser Dank den Neuen Wegen für Eure Hilfe, die hier die Gemeinschaft so dringend braucht. Bitte Euch, die Arbeit fortzusetzen. Ich hoffe, ihre respektiert meinen Wunsch, dass ihr Eure Arbeit fortsetzt.

Grüsse von Hawa Omar Mohamed"

Brief von Abdi Omar Mohamed – Stellvertretender Schulleiter der Verena Secondary School:

„Ich bin einer der Lehrer der Verena Secondary School. Ich lebe in Merka. Am 9. Juli 2002 begann ich an dieser Schule zu arbeiten. Ich unterrichte seit dann Geschichte und Geografie. Ich bin verheiratet und habe elf Kinder, sieben Söhne und vier Töchter. Meine alte kränkelnde Mutter gehört auch zur Familie. Meine Familie besteht also aus 14 Personen. Mein Gehalt beträgt 125 Dollar im Monat.

Ich gebe euch hier ein Bild wie man lebt in Merka mit den heutigen Preisen für Nahrungsmittel:

1. 1kg Zucker 1 US-Dollar
2. 1kg Mehl 0,5 US-Dollar
3. 1kg Reis 0,5 US-Dollar
4. 1kg Spaghetti 1 US-Dollar
5. 1kg Speiseöl 2 US-Dollar
6. 1 kg Fleisch 3 US-Dollar

Die Lebenskosten sind alarmierend hoch. Niemand kann es sich leisten, seinen Kindern drei Mahlzeiten pro Tag zu offerieren. Abgesehen von den Nahrungsmitteln gibt es andere Bedürfnisse, die ich nicht erwähnte. Ich wohne in einem Miethaus. Die Miete beträgt 10 US Dollar. Ich kann nicht mehr als ein Zimmer mieten. Ich muss meine Nachbarn jeweils bitten, einige von meinen Kindern in der Nacht unterzubringen. Sieben meiner Kinder sind in der Realschule und für sie habe ich je 1,5 US Dollar zu bezahlen (5. – 8. Klasse, keine Schule von New Ways).

Aufgrund der oben genannten Probleme war es mir nicht möglich, meine Tochter die seit zwei Jahren krank ist behandeln zu lassen. Sie leidet an einer Hautkrankheit, die nicht in Merka behandelt werden kann.

Grüsse von Abdi Omar Mohamed"

Al Shabaab kontrolliert Süd- und Zentralsomalia, die Übergangsregierung einige Quartiere von Mogadischu

Al Shabaab kontrolliert heute Süd- und Zentralsomalia, die somalische Übergangsregierung nur einige Quartiere von Mogadischu. Diese Übergangsregierung wird aber dennoch international anerkannt. Sie wird laut der britischen Publikation „Africa Confidential" mit jährlich bis zu einer Milliarde US-Dollar gestützt, auch von der EU. Truppen der AMISOM, der Afrikanischen Union, 9'000 Soldaten aus Uganda und Burundi, schützen die Regierung militärisch. Die strategischen und wirtschaftlichen Interesse der USA und der Europäischen Union am Horn von Afrika scheinen durch diese Übergangsregierung langfristig am besten gesichert zu werden. Die Übergangsregierung Somalias gilt aber als korrupt. Oft werden die Löhne der Polizisten und Soldaten von der Regierung nicht ausgezahlt, so dass sie ihre Waffe verkaufen oder sogar zu der Al Shabaab überlaufen. Auch die AMISOM-Soldaten aus Burundi haben kürzlich monatelang keinen Sold bekommen.

Al Shabaab hat in den von ihr beherrschten Gebieten strenge islamische Sitten eingeführt. Das hatte auch zur Folge, dass sowohl in der Primar- als auch in der Sekundarschule der Neuen Wege in Merka die Mädchen und Buben jetzt getrennt unterrichtet werden müssen. Aber auch das Parlament der Übergangsregierung beschloss vor zwei Jahren einstimmig, dass das islamische Recht der Scharia künftig die Grundlage für Gerichtsbarkeit und Gesetzgebung in Somalia sein soll: In Bezug auf das mittelalterliche islamische Recht der Scharia liegt Al Shabaab also auf der gleichen Linie wie die Übergangsregierung, die als moderat islamistisch gilt.

Die Islamisten waren in der kurzen Periode der Herrschaft der islamischen Gerichte vereint. In dieser relativ ruhigen Periode, vor fünf Jahren, wurden die Warlords, die zum Teil auch von den USA finanziert wurden, aus Mogadischu vertrieben. Diese ziemlich friedliche Periode der Herrschaft der islamischen Gerichte wurde durch den Einmarsch von äthiopischen Truppen beendet. Hinter der Invasion standen damals die USA, die keinen neuen islamischen Staat am Horn von Afrika wollten.

Die somalische Übergangsregierung kann nicht frei entscheiden. Sie ist von ihren Geldgebern abhängig, von der Europäischen Union, von den USA und der UNO, die es nicht zulassen, dass mit Al Shabaab Verhandlungen aufgenommen werden, da sie der Terrororganisation Al Kaida nahe stehen soll. Die USA haben den auch wiederholt Somalia mit Flugzeugen und ferngelenkten Drohnen bombardiert, um Al Kaida Führer zu liquidieren. Dabei sind auch viele Zivilisten umgekommen. Der kürzlich zurückgetretene Ministerpräsident Mohmaed Abdullahi Farmajo, ein Somalier, der in den USA ausgebildet wurde, beklagte sich, dass die somalische Regierung nicht frei entscheiden kann, sondern strikt die Direktiven der Afrikanischen Union und des UNO Delegierten befolgen muss. An der neuen Einigungskonferenz die im August stattfinden soll, wollen diese Kreise den auch keine Vertreter der Al Shabaab sehen.

Heinrich Frei

www.nw-merka.ch
Spendenkonto: „Förderverein Neue Wege in Somalia", CH-8000 Zürich
Postfinance PC Konto 80-53042-7

Schwieriges Sozialverhalten „nervt“ am meisten

Eine Studie über „schwierige“ Mitarbeitende

Kürzlich ist eine Studie über den Umgang mit „schwierigen“ Mitarbeitenden erschienen. Ihr Ziel ist die Entwicklung von Instrumenten, um das Ausscheiden der Betreffenden aus dem Erwerbsleben möglichst zu vermeiden. Hier ein Gespräch mit einem ihrer Autoren.

Gesprächsführung und redaktionelle Bearbeitung: Ruedi Spöndlin

Ruedi Spöndlin: Stimmt es, dass die Arbeitgeber in der Schweiz durchaus bereit sind, schwierige Mitarbeitende mitzutragen?

Niklas Baer: Durchaus. Die Vorstellung, die Arbeitgeber seien „ganz Böse“, die alle schwierige Mitarbeitende so schnell wie möglich los werden möchten, ist ein Zerrbild. Natürlich gibt es solche und solche Menschen, auch in der Arbeitswelt. Insgesamt habe ich aber den Eindruck gewonnen, dass man sich um eine Lösung der Probleme bemüht, wenn in der Zusammenarbeit mit einem Arbeitnehmer Schwierigkeiten auftreten. Und das während einer relativ langen Zeit.

Spöndlin: Das Problem ist also nicht der fehlende Wille, schwierige Mitarbeitende mitzutragen?

Baer: Richtig, das Problem liegt vielmehr darin, dass die Vorgesetzten nicht wissen, wie sie mit solchen Menschen umgehen sollen.

Spöndlin: Und dann kommt es halt doch zu einer Entlassung?

Baer: Eigentlich merken in einem Betrieb ja alle schnell einmal, wenn ein Kollege oder eine Kollegin schwierig ist. Die von Fachleuten so stark propagierte Früherkennung ist somit gar nicht der wesentliche Punkt. Bis die Schwierigkeiten mit dem betreffenden Menschen bewusst als Problem wahrgenommen werden, dauert es jedoch sehr lange. Häufig stellt man im Betrieb einfach fest, dass die Zusammenarbeit mühsam ist, verschliesst die Augen und macht lange Zeit nichts. In der Folge werden die Schwierigkeiten immer schlimmer. Dann werden verschiedene Abhilfen ausprobiert. Man redet beispielsweise mit dem betreffenden Mitarbeiter, man droht ihm, man unterstützt ihn usw. Das Vorgehen ist in der Regel aber etwas hilflos und am Ende kommt es zu einer Auflösung der Arbeitsverhältnisses.

Spöndlin: Habe ich Ihre Studie auch insofern richtig verstanden, dass die mangelhafte Leistung eines Mitarbeiters oder einer Mitarbeiterin meistens nicht das Hauptproblem darstellt, sondern das Sozialverhalten?

Baer: Genau, ein schwieriges Sozialverhalten ist das, was am meisten belastetet und „nervt“. Wenn einer ein netter Kerl ist, aber keine Leistung mehr

andronicusmax | flickr

bringt, trägt ihn der Arbeitgeber normalerweise sehr lange mit. Ist einer hingegen im persönlichen Umgang sehr schwierig und sorgt damit im Team für Aufregung und Wut, wird ihm in der Regel über kurz oder lang gekündigt. „Spinnt" ein Mitarbeiter offensichtlich – um es volkstümlich auszudrücken – bringen ihm die Kollegen relativ viel Verständnis entgegen. Denn sie gestehen ihm zu, krank zu sein. Nehmen sie ihn hingegen als „frechen Kerl" wahr, stösst er auf Ablehnung.

Alex Schwank: Schwieriges Sozialverhalten ist sicher immer mit Einschränkungen der Leistungsfähigkeit verknüpft. Wobei nicht nur die eigene Leistung, sondern auch die des Teams beeinträchtigt wird.

Baer: Das stimmt, wer im sozialen Umgang am Arbeitsplatz Schwierigkeiten macht, hemmt auch die Produktivität. Der Stein des Anstosses, der Vorgesetzte zum Handeln bringt, ist in der Regel aber das Sozialverhalten.

Unsere Gesprächpartner

Niklas Baer, Dr. phil., Leiter der Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation bei den Kantonalen Psychiatrischen Diensten Basel-Landschaft

Alex Schwank, Dr. med, FMH Innere Medizin, Hausarzt in Basel, Redeaktionsgruppe Soziale Medizin

Spöndlin: Welche Verhaltensweisen sind das, die Arbeitgeber zum Eingreifen bewegen?

Baer: Es sind vor allem zwei Verhaltensweisen, die als unverträglich wahrgenommen werden. Die erste ist, selbst nie schuld sein zu wollen und die Schuld immer anderen zuschieben zu wollen. Die zweite ist, launisch zu sein. Besonders verheerend wirken sich diese Verhaltensweisen in Teams aus, die keine offene Fehlerkultur pflegen, die also zur Vertuschung von Fehlern neigen und nicht darüber reden. Wenn da einer kommt und nie für einen Fehler verantwortlich sein will, herrscht natürlich grosse Aufregung. Wie weit ein schwieriger Mitarbeiter mitgetragen werden kann, hängt somit auch davon ab, wie reif sein Arbeitsumfeld ist.

Schwank: Können den „schwierigen" Mitarbeitern psychiatrische Diagnosen zugeordnet werden?

Baer: Ich würde meistens davon ausgehen, ja. In unserer Studie haben wir Arbeitgeber und Vorgesetzte befragt. Diese haben wir nach Erfahrungen mit schwierigen Mitarbeitenden gefragt, worauf sie uns natürlich keine Diagnosen nannten. Sie nehmen diese in der Regel ja auch gar nicht wahr, sondern nehmen die Probleme auf einer ganz an-

deren Ebene wahr. In unserer Studie haben wir allerdings schon gewisse Muster erkannt und können gewisse psychiatrische Diagnosen vermuten.

Schwank: Welche Diagnosen finden sich bei Mitarbeitern, welche im Betrieb anecken, weil sie unausgeglichen, instabil und launisch sind und die Schuld für Probleme immer nur bei andern suchen?

Baer: Bei vielen von diesen würde man wohl eine Persönlichkeitsstörung diagnostizieren können. Bei extrem launischen Mitarbeitern könnte womöglich eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung festgestellt werden, bei den Angebern, die sich egoistisch verhalten, wird am ehesten eine narzisstische Persönlichkeitsstörung vorliegen.

Spöndlin: Wie steht es mit depressiven Mitarbeitern? Sorgen diese am Arbeitsplatz weniger für Schwierigkeiten?

Baer: Wie schon erwähnt, lässt unsere Studie keine sichere Aussage über psychiatrische Diagnosen zu. Mir machen auch keine solchen. Wenn man die Schilderungen der Arbeitgeber etwas in die Fachsprache übersetzt, kann man etwa fünf Gruppen von schwierigen Mitarbeitern definieren. Eine dieser Gruppen sind depressive Menschen, zwei weitere solche mit Persönlichkeitsstörungen. Von letzteren bringt die eine noch eine Leistung und befindet sich eher oben in der Hierarchie. Die anderen erbringen keine Leistung mehr. Diese sind wohl schwerer gestört und befinden sich eher unten auf der Hierarchieleiter. Eine weitere grosse Gruppe wird an einem Mix spezifischer Störungen leiden, etwa an Phobien und Ängsten. Eine weitere Gruppe besteht aus Menschen, die „nur" Leistungsversager und ansonsten ganz umgänglich sind. Bei diesen letzteren ist nicht klar, ob und welche psychische Störung sie haben. Die häufigsten Probleme am Arbeitsplatz werden jedenfalls auf Persönlichkeitsstörungen und Depressionen zurück zu führen sein.

Spöndlin: Wodurch fallen Depressive in den Betrieben auf? Durch Absenzen?

Baer: Am meisten wird beschrieben, dass sie nichts mehr «anpacken» können und keinen «Biss» mehr haben. Auffällig werden eigentlich nur Mitarbeitende mit massiven Depressionen. Weniger schwere Depressionen werden von den Menschen im Arbeitsumfeld hingegen wohl oft nicht erkannt. Interessant ist, dass 60 Prozent der in unserer Studie erfassten schwierigen Mitarbeiter überhaupt keine Absenzen aufweisen. Diese fehlen am Arbeitsplatz eben nicht, sondern sind da, setzen sich aber reduziert ein.

Spöndlin: Somit sind Absenzen nicht ein so zuverlässiges Merkmal zur Erkennung psychisch auffälliger Arbeitnehmer und die Bedeutung des Absenzenmanagements als Instrument der Früherkennung wird relativiert.

Baer: Ich finde es sinnvoll, einzugreifen, wenn jemand durch Absenzen auffällt. Gerade Menschen mit Persönlichkeitsstörungen haben aber meistens keine Absenzen. Deshalb kommt man über das Absenzenmanagement nicht an diese heran. Auch viele Depressive und Menschen mit Angststörungen fallen nicht durch Absenzen auf - erst recht nicht, weil sie immer arbeiten wollen, damit ihre Abläufe nicht durcheinander geraten.

Schwank: Als Hausarzt betreue ich auch Menschen, welche an einer chronifizierten depressiven Entwicklung leiden. Oft lassen sich wiederholte Krankschreibungen nicht vermeiden. Dies bedeutet für die betreffenden Betriebe eine erhebliche Belastung, vor allem für die kleineren. Wenn von drei oder vier Angestellten einer immer wieder ausfällt, wird das zum Problem.

Andere Frage: Welche therapeutischen Möglichkeiten sehen sie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit erheblichen Persönlichkeitsstörungen?

Baer: Wirklich heilbar sind solche Persönlichkeitsstörungen kaum. In einem gewissen Rahmen lassen sich die Betroffenen jedoch positiv beeinflussen. Eine langfristige Begleitung kann für so jemanden eine Unterstützung darstellen. Diese muss nicht durch einen Psychiater erfolgen. Wichtig ist irgendeine Vertrauensperson. Das kann ein Hausarzt sein. Die Probleme von Mitarbeitern mit einer Persönlichkeitsstörung am Arbeitsplatz muss man meines Erachtens aber nicht in erster Linie dadurch angehen, indem man therapeutisch auf diese einwirkt. Sondern man muss sich mit den Menschen in ihrer Umgebung beschäftigen. Man muss beispielsweise dem Chef zeigen, wie er das betreffende Team unterstützen kann. Man muss dafür sorgen, dass das Arbeitsumfeld tragfähiger wird. Dann gibt es natürlich auch Fälle, wo die Schwierigkeiten ein derartiges Ausmass angenommen haben, dass eine Kündigung die bessere Lösung ist als das weitere Mittragen des betreffenden Mitarbeiters.

Schwank: Tatsächlich sind nicht alle Konflikte durch Coaching, Supervision oder therapeutische Interventionen lösbar. Eine Illusion ist auch, es gäbe für Probleme immer eine Lösung durch Medikamente.

Baer: Genau, das ist ein interessanter Punkt. In der Rehabilitation und bei Interventionen spricht man oft verallgemeinernd von psychisch Kranken. Bei einem depressiven Menschen, den man langsam wieder aufbauen will, ist jedoch ein ganz anderer Ablauf nötig als bei jemandem mit einer Persönlichkeitsstörung. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen muss man nicht aus ihrer Arbeitsumgebung heraus nehmen. Wenn der Chef aber nicht weiss, was das Problem des Betreffenden ist, kommt es über kurz oder lang zur Kündigung. Will man in solchen Fällen helfen, muss man ganz anders vorgehen. Als Therapeut muss man zum Betreffenden etwa sagen: „Wenn Sie wollen, dass ich Ihnen helfe, dann ist jetzt fertig mit Datenschutz, dann gehen wir mit Ihrem Chef reden." Oder ich gehe sogar allein mit dem Chef reden und berate ihn, wie er das Team orientieren kann.

Spöndlin: Lehnen die Betroffenen den Kontakt zwischen Therapeut und Arbeitgeber oft ab? Beharren Sie auf dem Datenschutz?

Baer: Nein, nach meiner Erfahrung haben eher die Professionellen aus dem psycho-sozialen Bereich Probleme damit, mit dem Chef eines Patienten bzw. Klienten zu reden.

Spöndlin: Widerspricht dies ihren Vorstellungen von der Vertraulichkeit der Patientenbeziehung? Oder befürchten sie auch, mit den rechtlichen Bestimmungen über das Berufsgeheimnis in Konflikt zu geraten.

spöndlin | sozmedia

> Diejenigen mit einer Persönlichkeitsstörung sind meistens nicht in einer Behandlung. Denn es ist ein typisches Merkmal ihrer Störung, dass sie bei sich gar keine Probleme sehen, sondern nur bei allen anderen. Niklas Baer

Baer: Mir scheint, viele Professionelle aus dem psycho-sozialen Bereich sind im Kontakt mit der Arbeitswelt nicht sehr geübt. Die Arbeitswelt ist ihnen wenig vertraut. Zudem ist es tatsächlich so, dass sie den Fokus meistens ganz auf ihre Patienten bzw. Klienten richten. Diesen fühlen sie sich verpflichtet, Kontakte zu anderen Personen gehören nicht dazu.

Spöndlin: Sind die Arbeitnehmer, die in Ihrer Studie als „schwierig" aufgefallen sind, irgendwo in einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung oder nicht?

Baer: Diejenigen mit einer Persönlichkeitsstörung sind meistens nicht in einer Behandlung. Denn es ist ein typisches Merkmal ihrer Störung, dass sie bei sich gar keine Probleme sehen, sondern nur bei allen anderen. Die übrigen als schwierig wahrgenommenen Arbeitnehmer, als etwa diejenigen mit Depressionen und Phobien, werden hingegen mehrheitlich schon in einem Behandlungsverhältnis stehen. Etwa 40 Prozent der in unserer Studie als schwierig bezeichneten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nehmen eine Behandlung in Anspruch. Wir haben uns lange überlegt, welche Folgerungen aus unserer Studie zu ziehen sind, wie man Vorgesetzte im Umgang mit schwierigen Mitarbeitern schulen soll. Unter anderem haben wir überlegt, ihnen zu erklären, was eine Depression oder eine Phobie ist. Aber wir kamen zur Auffassung, dass das wohl nicht der Weg sein kann. Nötig wäre eigentlich nur, dass der Vorgesetzte zu der oder dem Betreffenden sagt: „So, jetzt lässt du dich behandeln. Wir unterstützen dich, aber das musst du tun, sonst verlierst du deine Stelle." Im Umgang mit alkoholabhängigen Arbeitnehmern ist dies gang und gäbe. Diese werden am Arbeitsplatz regelmässig vor die Alternative gestellt: Entzug oder Entlassung. Wenn das bei psychischen Störungen ebenso wäre, wenn die Chefs Mitarbeitende, mit welchen die Schwierigkeiten unlösbar werden, zum Arzt schicken würden, wäre schon viel gewonnen.

Schwank: Bei alkoholabhängigen Menschen gibt es tatsächlich Fälle, wo externer Druck, auf die Droge Alkohol zu verzichten, heilsam sein kann. Es ist auch klar regelbar, dass während der Arbeit Alkohol nicht toleriert wird. Der Verzicht auf Alkohol verbessert die gesamte Situation oft schon nachhaltig. Bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen gibt es hingegen keine einfachen Patentrezepte.

Bär: Das ist richtig, bei Alkoholikern ist dieses Vorgehen einfacher. Aber bei den anderen ist es auch möglich.

Schwank: Der Alkoholentzug ist auch einfach kontrollierbar. Und klar ist auch, dass, wer weiter trinkt, schon aus Gründen der Arbeitssicherheit nicht mehr am Arbeitsplatz einsetzbar ist.

Spöndlin: Der Alkoholiker weiss auch, dass er trinkt, dem Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung ist sein psychischer Zustand hingegen oft nicht bewusst.

Schwank: Das stimmt nicht immer. Viele alkoholabhängige Menschen bagatellisieren ihre Abhängigkeit, wollen sie nicht wahrhaben, verdrängen das

Problem. Ein wichtiger Schritt ist daher immer, dass der Betroffene sein Problem als Problem anerkennt und dass ihm bewusst wird, dass er ein Alkoholproblem hat. Erst dann sind therapeutische Schritte überhaupt möglich.

Spöndlin: Befinden sich unter den schwierigen Arbeitnehmern, die Sie in Ihrer Studie untersucht haben, auch Alkoholiker?

Bär: Es hat auch welche darunter, aber weniger als wir erwartet hatten.

Schwank: Waren die in Ihrer Studie untersuchten Arbeitnehmenden schon längere Zeit im betreffenden Betrieb angestellt?

Bär: Im Durchschnitt etwa 8 Jahre, die Problemsituation hat rund zweieinhalb Jahre gedauert.

Spöndlin: Was für Vorgesetzte haben Sie befragt?

Baer: Vorgesetzte und Personalverantwortliche. An der Befragung mitgemacht haben vor allem Vorgesetzte in höheren Positionen. An das untere und mittlere Kader der grossen Unternehmen sind wir nicht richtig heran gekommen. Ich glaube, dort wären wir auf noch schlimmere Problemverläufe gestossen. Denn die unteren und mittleren sind näher an den Problemen dran.

Spöndlin: Haben Sie einen Unterschied zwischen grossen und kleinen Unternehmen festgestellt?

Baer: Keinen wesentlichen. Das Führungsverhalten ist jedoch etwas unterschiedlich. In grossen Unternehmen werden bei Problemen eher Stabsdienste zur Unterstützung herangezogen, während in kleinen – etwa in Familienbetrieben – der Chef auch der unmittelbare Vorgesetzte und Betriebsleiter ist. Dieser reagiert dann entweder mit sehr viel Mitleid oder mit Wut und Ärger - oder mit beidem. In Kleinunternehmen wird dann häufig autoritär dreingefahren und gedroht. In Grossunternehmen, wo sich Personen der Sache annehmen, die weiter vom Tagesgeschäft entfernt sind, wird kaum gedroht oder dem betreffenden Mitarbeiter gesagt, er solle sich zusammenreissen usw. Dieses Resultat hat sich möglicherweise so ergeben, weil wir in den Grossbetrieben vor allem Kontakt zu den oberen Vorgesetzten hatten.

Schwank: Grössere Unternehmen und Staatsbetriebe verfügen heute oft über spezialisierte Dienste, welche bei Konflikten und Schwierigkeiten am Arbeitsplatz eingreifen. Das kann vor allem dann hilfreich sein, wenn klar ist, dass nicht sofort mit dem Damoklesschwert der Kündigung gedroht wird, sondern die Suche nach Lösungen im Vordergrund steht. In Betrieben, die unter grossem Kosten- und Konkurrenzdruck stehen, sind solche lösungsorientierte Ansätze eine Ausnahme.

Spöndlin: Stossen kleine Unternehmen nicht schneller an eine Grenze, wo sie es sich aus wirtschaftlichen Gründen einfach nicht mehr erlauben können, einen schwierigen Mitarbeiter mitzutragen?

Baer: Sie haben vermutlich auch viel grössere Hemmungen, jemandem einfach zu kündigen. Wenn man sich persönlich kennt, bricht man nicht so schnell den Stab über jemandem. Wir haben die Personalverantwortlichen und in den kleinen Betrieben die Chefs auch gebeten, zu schätzen, wie viele ihrer Mitarbeiter bereits einmal zumindest leichte psychische Probleme mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gehabt hätten. Interessanterweise fiel die geschätzte Zahl dabei umso höher aus, je kleiner der Betrieb war. In den grossen Betrieben lag sie im Mittel bei 13 Prozent, in den Betrieben mit weniger als 10 Mitarbeitern hingegen bei 50 Prozent. Das ist ja logisch. Wenn man sich persönlich kennt, nimmt man psychische Probleme eher wahr.

Schwank: In den Medienberichten über Ihre Studie wird vor allem auch auf Ihre Kritik an der IV hingewiesen. Welche Kritik üben Sie an der IV?

Baer: Einige relevante Kritikpunkte an der IV sind tatsächlich zu Tage getreten. Von den Arbeitgebern wird die IV meistens nicht als hilfreicher Partner wahr genommen. Dies ist einerseits darauf zurück zu führen, dass die Beratung durch die IV in den Fällen, in welchen sie hinzu gezogen wurde, nicht genügend war.

Schwank: Sind die Mitarbeitenden, die sich bei der IV um solche Fälle kümmern müssen, überhaupt dazu in der Lage, ihre Aufgabe zu meistern? Nach meiner Erfahrung als Hausarzt sind sie es eben nicht.

Baer: Die IV-Berater an der Front sind normalerweise fachlich und menschlich gute Leute, aber hier braucht es mehr Schulung und vor allem so etwas wie Leitlinien. Das ist tatsächlich ein Problem, das von oben her gelöst werden müsste, vom Bundesamt für Sozialversicherung oder der IV-Stellenleitung. Die Verantwortlichen an diesen Stellen müssten sich entscheiden, der Beratung und Unterstützung der Arbeitgeber Priorität einzuräumen, entsprechende Konzepte zu erarbeiten und ihre Mitarbeitenden entsprechend zu schulen.

Schwank: Bei der 5. IV-Revision wurde grosser Wert auf Frühinterventionen gelegt. Arbeitgeber, Taggeldversicherer usw. wurden ermuntert, sehr früh Meldung an die IV zu erstatten. Dies hat dazu geführt, dass ich jetzt in zahlreichen Fällen Berichte an die IV schreiben muss, obwohl ich genau weiss, dass die Betroffenen in nützlicher Frist ihre Arbeit wieder aufnehmen können. Zudem stelle ich fest, dass auch in Problemfällen trotz frühzeitiger Meldung von Seiten der IV kaum wirksame Hilfe angeboten wird. Sicher nicht durch bösen Willen der IV-Mitarbeitenden, sondern aufgrund von Überforderung und weil die Probleme eben auch bei einer so genannten Frühintervention nicht einfach zu lösen sind.

Baer: Das denke ich auch. Ich leite seit einigen Jahren Schulungen für IV-Mitarbeiter, etwa für Eingliederungsberater und Arbeitsvermittler. Das sind wirklich gute Leute. Die Mängel bei der IV sind aber konzeptioneller Natur.

Spöndlin: Fehlt es bei der IV eher an Kenntnissen über psychische Krankheiten oder an Kenntnissen des Arbeitslebens?

Baer: An der Verknüpfung von beidem. Die IV-Mitarbeitenden müssten wissen, was es braucht, damit ein Mensch mit psychischen Schwierigkeiten an einem bestimmten Arbeitsplatz tätig sein kann. Solange es im körperliche Behinderungen geht, hat die IV ausgezeichnete Spezialisten für diese Aufgabe. Wenn etwa ein Arbeitsplatz für

eine sehbehinderte oder blinde Person hergerichtet werden muss, leistet die IV hervorragende Hilfe. Bei psychischen Problemen schafft sie das aber nicht. Das Bundesamt für Sozialversicherung leitet eine IV-Revision nach der anderen ein, mit dem Ziel, psychisch angeschlagene Menschen besser in den Arbeitsprozess zu integrieren. Die fachlichen und konzeptionellen Voraussetzungen dazu schafft es aber nicht. Es fehlt an Konzepten für die Zusammenarbeit mit Arbeitgebern.

Schwank: Es ist unbestritten, dass die IV bei der Eingliederung körperlich Behinderter vorbildliche Integrationsarbeit leistet. Sie treibt einen grossen Aufwand, um Arbeitsplätze anzupassen und durch technische Hilfsmittel die Integration zu ermöglichen. Bei psychisch Kranken ist eine Integration schwieriger.

Spöndlin: Welches sind die spezifischen Schwierigkeiten bei der Eingliederung von psychisch angeschlagenen Arbeitnehmern?

Schwank. Ähnliche Probleme stellen sich bei der Integration von Jugendlichen mit psychosozialen Problemen in die Arbeitswelt. An der Schule für Brückenangebote in Basel ist die Hauptaufgabe, den Schülerinnen und Schülern den Eintritt ins Berufsleben zu ermöglichen. Viele der Jugendlichen haben erhebliche psycho-soziale Probleme. Die Lehrkräfte dieser Schule haben ein gutes Netzwerk zu Betrieben aufgebaut, welche bereit sind, auch Jugendlichen mit Schwierigkeiten eine Chance zu geben. Voraussetzung für den Erfolg ist die offene Information der Arbeitgeber über mögliche Probleme und Schwierigkeiten. Diese wissen auch, dass sie bei Problemen jederzeit auf die Hilfe und Unterstützung der Lehrerinnen und Lehrer zurückgreifen können. Mit einem solchen Konzept sind Erfolge auch in Fällen möglich, welche früher als hoffnungslos eingestuft worden wären.

Baer: Lange Zeit hat man den Arbeitgebern bei der Eingliederung schwieriger Arbeitnehmer eben keinen klaren Wein eingeschenkt. Man sagte ihnen, der Betreffende sei unproblematisch, er habe früher allenfalls einmal Schwierigkeiten gehabt, diese jetzt aber überwunden. Wenn sich dann zeigte, dass das nicht stimmte, scheiterte die Integration und der Arbeitgeber wer zu keiner weiteren Zusammenarbeit mehr bereit.

Spöndlin: In Ihrer Studie, Herr Baer, geht es ja um Menschen, bei welchen Schwierigkeiten aufgetreten sind, nachdem sie bereits angestellt waren. Die Schule für Brückenangebote muss hingegen Jugendliche neu im Erwerbsleben unterbringen. Und mit der 6 IV-Revision sollen rund 17‘000 Menschen, die bereist eine IV-Rente beziehen, wieder ins Erwerbsleben integriert werden. Ich denke, es ist einfacher, Leute im Erwerbsleben zu behalten als sie neu in diese einzugliedern.

> “ Zudem stelle ich fest, dass auch in Problemfällen trotz frühzeitiger Meldung von Seiten der IV kaum wirksame Hilfe angeboten wird. **Alex Schwank**

Schwank: Bei den erwähnten Schülerinnen und Schülern handelt es sich um junge Menschen in einer sensiblen Entwicklungsphase, bei welchen durch geeignete Hilfe und Unterstützung viel erreichbar ist. Bei den rund 17’000 IV-Renterinnen und -rentnern, die jetzt wieder neu ins Erwerbsleben eingegliedert werden sollen, ist die Situation ganz anders. Diese sind aufgrund ihrer Krankheit und Behinderung oft schon lange nicht mehr erwerbstätig. Es wird nicht gelingen für diese Menschen angepasste Arbeitsplätze zu finden. Resultat wird sein, dass sie keine Rente mehr erhalten und ohne Arbeit von der Sozialhilfe oder von Angehörigen unterstützt werden müssen. Der Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ wird hier zum zynischen Feigenblatt für Sozialabbau.

Baer: Arbeitsplatzerhalt wäre sehr viel einfacher als Wiedereingliederung, das ist so. Bei diesen 17‘000 handelt es sich zum grossen Teil um diejenigen, die früher einmal am Arbeitsplatz als schwierig aufgefallen sind, wie die, von welchen in unserer Studie die Rede ist. Das zeigt unsere letzte Studie, in der wir untersucht haben, wieso die IV-Renten aus psychischen Gründen so stark zugenommen haben. Genau dieselben, die aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, weil sie als schwierig galten, sollen jetzt im Zuge der 6. IV-Revision wieder zurück.

Schwank: Meines Wissens handelt es sich bei diesen 17‘000 IV-Rentnern vor allem um Menschen mit somatoformen Schmerzstörungen, deren Diagnose nicht mehr als invalidisierend anerkannt wird.

Baer: Nein, nur bei rund 4‘500 der wieder Einzugliedernden soll es sich um Menschen mit Schmerzstörungen handeln. Etwa 12‘500 sollen aber vorwiegend psychisch Kranke mit ähnlichen Auffälligkeiten sein, wie wir sie in unserer Studie untersucht haben. Viele schwierige Mitarbeitende sind irgendwann Rentnerinnen und Rentner geworden. Und nun sollen diese Rentner wieder Mitarbeitende werden. Dafür sind die Voraussetzungen aber nicht da. Ich sehe nicht ein, aus welchem Grund es mit den betreffenden Mitarbeitern jetzt besser klappen soll als vor ihrer Berentung. Es hat sich seither ja nichts Entscheidendes geändert. Indem man die betroffenen Menschen wieder als arbeitsfähig erklärt, setzt man sie auch grosser Angst aus. Die meisten von ihnen trauen sich die Annahme einer Stelle gar nicht mehr zu, weil sie seinerzeit erfahren haben, dass sie mit ihrem Verhalten im Betrieb aneckten und entlassen wurden. Sie befürchten, wieder zu versagen, und geraten deshalb in eine Angst. Somit ahnen sie auch, dass sie keine Stelle mehr finden werden, auch wenn sie als arbeitsfähig erklärt werden.

Und sie befürchten zurecht, dass ihnen einfach die Rente gestrichen und somit die Existenzgrundlage entzogen wird.

Schwank: Wer für das Recht von psychisch Behinderten auf Integration plädiert, muss auch für entsprechende Veränderungen in der Arbeitswelt einstehen. Integration ist nicht zum Nulltarif zu haben. Aus rein ökonomischer Optik ist eine Berentung wahrscheinlich billiger als Integration. Billiger ist allerdings die Verweigerung von Renten, ohne dass eine reale Möglichkeit zur Integration geschaffen wird. Genau dies ist in der 6. IV-Revision vorgesehen.

Spöndlin: Gibt es in der Schweiz überhaupt so viele IV-Rentner aus psychischen Gründen?

Baer: Die Schweiz hat heute den zweithöchsten Anteil an Invalidenrentnern aus psychischen Gründen in Europa, nach Dänemark, das den Spitzenplatz einnimmt. Lange Zeit war der Anteil in der Schweiz unterdurchschnittlich. In den letzten 15 – 10 Jahren ist er aber enorm angestiegen.

Spöndlin: Gibt es Erklärungen dafür? Haben psychische Krankheiten zugenommen?

Baer: Epidemiologisch hat sich nichts verändert, die Häufigkeit psychischer Krankheiten hat nicht zugenommen.

Schwank: Psychische Krankheiten haben nicht zugenommen, aber die Arbeitswelt ist komplizierter und anspruchsvoller geworden.

Baer: Der Begriff der Arbeitsfähigkeit ist ja nicht in Stein gemeisselt. Ob jemand arbeitsfähig ist, hängt davon ab, wie viel man investiert. Wenn man einen extrem grossen Aufwand betreibt, kann fast jeder Mensch eine Erwerbsarbeit ausüben. Man kann Eingliederung nicht nur fordern, sondern muss eben etwas dafür investieren. Diesbezüglich fehlt mir in der Diskussion um die IV die Ernsthaftigkeit.

Schwank: Die neue restriktiver Berentungspraxis verweigert vielen Menschen eine Rente, welche unter den aktuellen Arbeitsmarktbedingungen keinerlei Chance haben, einen Arbeitsplatz zu finden.

Spöndlin: Was ist für die Betroffenen besser, Eingliederung oder Rente?

Schwank: Eine Rente macht nie glücklich! Die Integration in die Arbeitswelt ist auch die Quelle von Anerkennung und sozialer Einbindung. Wichtig ist daher, dass alles getan wird, um die Marginalisierung von Menschen zu verhindern. Wer eine Senkung der IV-Rate in der Schweiz will, muss sich für humanere Arbeitsverhältnisse einsetzen. Es muss aber verhindert werden, dass der an sich richtige Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ dazu missbraucht wird, durch eine weitere Verschärfung der Rentenzusprechung noch mehr Behinderte zu Sozialhilfeempfängern zu machen.

Baer: Bei Befragungen äussern tatsächlich 60 – 90 Prozent der psychisch Kranken einen Wunsch nach Arbeit. Oft setzen sie diesen aber nicht aktiv um, indem sie etwa eine Stelle suchen würden. Der Grund dafür ist häufig, dass sie eine enorme Angst davor haben, es im Erwerbsleben nicht zu packen und zu scheitern.

Schwank: Was halten Sie von Behindertenquoten, von der Verpflichtung der Arbeitgeber, eine bestimmte Anzahl Behinderter einzustellen?

Baer: Eine solche Quote fände ich nicht gut.

Schwank: Die Quote führt nach allen Erfahrungen aus dem Ausland nicht dazu, dass tatsächlich mehr Behinderte in die Arbeitswelt integriert werden. Bei einer Quotenregelung wird in jedem Betrieb unter der Belegschaft nach Menschen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit gesucht, um die Quote zu erfüllen. Richtiger wäre es, Anreize dafür zu schaffen, dass Betriebe neue Arbeitsplätze für Behinderte anbieten.

Baer: Das Problem ist letztlich die Überforderung der Arbeitgeber und nicht mangelndes Engagement. Deshalb ist eine zwangsweise Quote nicht angebracht. Eine Quote wäre höchstens dann gerechtfertigt, wenn das Sozialversicherungssystem ein super Image hätte und den Arbeitgebern enorm viel Unterstützung bieten könnte. Dann könnte man sagen, wenn Arbeitgeber dieses Angebot nicht nutzen, sollen sie zahlen. So gut sind die Hilfen aber bei weitem noch nicht.

Schwank: Ich denke, eine Quote würde nur zu Alibilösungen führen. Wenn jeder Betrieb eine bestimmte Anzahl Behinderte beschäftigen müsste, fände jeder diese unter seiner angestammten Belegschaft. Ein Teil der bisherigen Mitarbeitenden würde somit als invalid erklärt, was für die Betroffenen einen diskriminierenden Beigeschmack hätte und keinen einzigen zusätzlichen Arbeitsplatzschaffen würde. Der richtige Ansatz wäre hingegen, einem Arbeitgeber einen Beitrag auszurichten, wenn er neu einen behinderten Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin einstellt. Zudem müsste man es ermöglichen, das Unternehmen durch die Beschäftigung von Behinderten zur Imagepflege nutzen können. Das wäre ein sinnvoller Anreiz, der die Nachahmung fördert. Mit einer zwangsweisen Quote wäre ein Imagegewinn aber nicht möglich.

Baer: Die Erfahrungen mit Behindertenquoten in anderen Ländern sind jedenfalls durchgehend schlecht.

Spöndlin: Noch ein ganz anderer Punkt. Die IV beharrt sehr streng auf dem Prinzip, dass eine Umschulung nicht zu einer Höherqualifikation führt. Erschwert dies nicht die Integration? Sollte damit nicht flexibler umgegangen werden?

Baer: Das ist richtig, aber diesbezüglich muss man der IV ein Kränzchen winden. Sie handhabt das heute flexibler. Wenn es eine Integrationsmöglichkeit gibt, nimmt man sie in der Regel wahr, ohne zu fragen, ob dies zu einer Höher- oder Tieferqualifizierung führt. Auch das Kriterium, dass eine Eingliederungsmassnahme nicht länger als ein Jahr dauern darf, ist am fallen. Ernüchternd ist hingegen, dass die im Rahmen der 5. IV-Revision zur Verfügung gestellten Mittel für die Integration gar nicht ausgeschöpft wurden. Statt den vorgesehen 120 Millionen wurden nur 40 Millionen ausgegeben. Man hat die neuen Möglichkeiten also gar nicht wirklich genutzt.

Spöndlin: Niklas Baer, Alex Schwank, besten Dank für dieses Gespräch.

Die neue restriktive Rentenzusprechungspraxis der IV hat zu unhaltbaren Zuständen beim Geschäft mit IV-Gutachten geführt. Die 18 medizinischen Abklärungsstellen (Medas) sind wirtschaftlich massiv von der IV abhängig. Offenbar haben IV-Stellen auch versucht, die Begutachtungen inhaltlich zu beeinflussen. Tagesanzeiger-Reporter René Staubli scheut sich nicht, von Korruption im Gutachtermarkt zu schreiben und forderte unverblümt, „den Saustall auszumisten".

Thomas1 / flickr

„Den Saustall ausmisten!"

Missstände im IV-Begutachtungswesen

von Alex Schwank

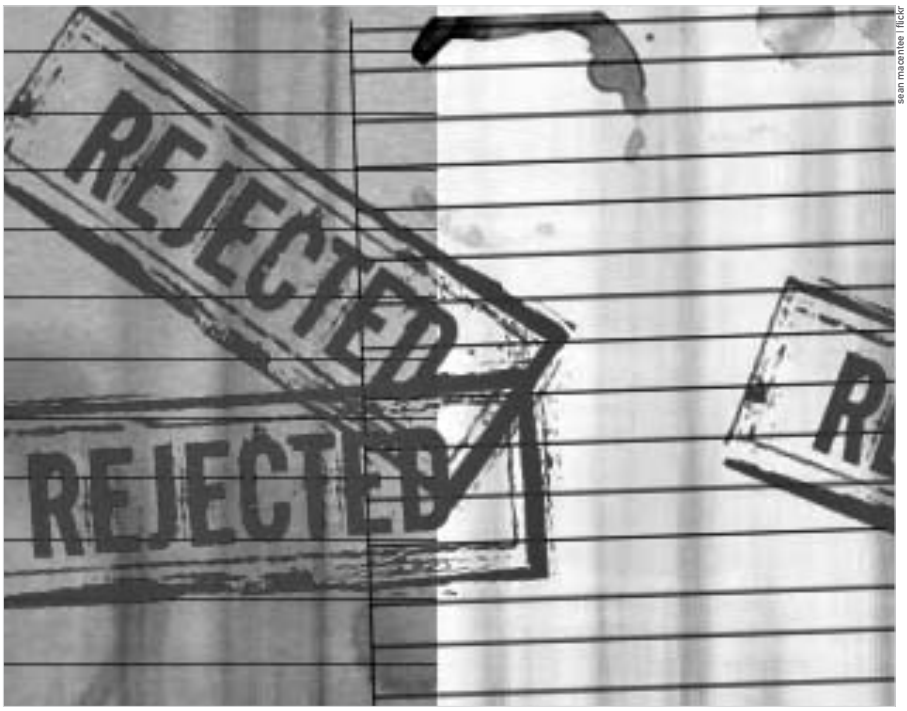
Die Rechtberatungsstelle für Unfallopfer und Patienten UP forderte am 7.7.11 den Rücktritt von BSV-Direktors Yves Rossier (BSV = Bundesamt für Sozialversicherung). Unter seiner Führung habe das Gutachter-Unwesen bei der IV Urständ feiern können, erklärte der UP-Vizepräsident und Anwalt David Husmann. René Staubli kommentierte am 7.7.20ll im Tagesanzeiger unter dem Titel „Den Saustall ausmisten" diese Forderung der UP nach dem wegweisenden Bundesgerichtsurteil vom 28.6.ll zu den IV-Verfahren: „Diese Reaktion zeigt die Wut, die sich bei den Geschädigtenanwälten angestaut hat. Die Wut über das BSV, das jahrelang zugesehen hat, wie sich im Schweizer IV-Gutachtermarkt die Korruption ausbreitete". Staubli charakterisiert das Gutachtenwesen als „Goldgrube", in der die l8 Medas (Medizinische Abklärungsstellen) der Schweiz jährlich 40 Millionen Franken kassierten, pauschal 9000 Franken pro Fall. „Dieses System führte dazu, dass Versicherte oberflächlich untersucht und obendrein gedemütigt wurden... Nun ist die Zeit gekommen, diesen Saustall auszumisten", schreibt Staubli, der auch aufgedeckt hat, dass Ärzte ohne Bewilligung zur Berufsausübung aus Deutschland eingeflogen wurden und so leicht einen Zusatzverdienst erzielten. Harte Worte eines profunden Kenners der Verhältnisse, der nicht leichtfertig das Wort „Saustall" in den Mund nimmt.

UP-Anwalt Husmann hat Rossier 2010 auch einen Brief zugesandt, in dem er festhielt, dass die IV-Sparübungen die Betroffenen in die Sozialhilfe treibe. Gemäss Husmann hat Rossier ihm an Telefon dann erklärt, dies sei ihm egal, die Sozialhilfe des Kantons Zürich habe mehr Geld als die IV. Rossier bestreitet, dies so gesagt zu haben, und findet die Vorwürfe an ihn lächerlich.

Aufsichtsbeschwerde der UP gegen Beeinflussungsversuche von IV-Stellen auf Ergebnisse von IV-Gutachten

Am 25. Juni 2010 hat die Rechtsberatungsstelle für Unfallopfer und Patienten UP beim Eidgenössischen Departement des Innern eine Aufsichtsbeschwerde gegen das BSV eingereicht, welche bis heute nicht beantwortet wurde. Die UP-Anwälte Rüegg und Husmann zitieren in ihrer Beschwerde aus einem Gutachten von Prof. Paul Müller und Dr. Johannes Reich: „ Die Gutachter kommen zum Ergebnis, dass die gegenwärtige Ausgestaltung des Verfahrens zur Beurteilung von Leistungsansprüchen gegenüber der IV im Hinblick auf das grosse Gewicht der von Medas erstellten Gutachten dem Recht auf ein faires Verfahren (Art. 6 EMRK) nicht genügt".

In der Sendung ‚Kassensturz' des Schweizer Fernsehens vom 20.4.2010 zu seinem Rechtsgutachten erklärte



sean macentee | flickr

Prof. Müller: „Die Medas-Ärzte sind vielleicht zu 90% abhängig in ihrer wirtschaftlichen Stellung von den Aufträgen dieser IV-Stellen. Die Medas-Ärzte sind sozusagen in einem Anstellungsverhältnis zum Bundesamt für Sozialversicherung und können vom diesem Amt eine Kündigung bekommen.... Dies hat für uns die Folge, dass diese Medas-Ärzte nicht voll unabhängig sind". Rüegg und Husmann schreiben in ihrer Beschwerde: „Herr Rossier muss vielmehr bestens darüber informiert sein, dass die Invalidenversicherung seit längerer Zeit systematisch Einfluss auf die Ergebnisse der Medas-Gutachten nimmt und dies durchwegs zum Nachteil der Versicherten....Es gab bereits früher ernsthafte Hinweise darauf, dass von den Regionalärztlichen Diensten Einfluss auf die Medas-Stellen und die Ergebnisse der Gutachten ausgeübt wurde und dass eine Kooperation offenbar von der Invalidenversicherung mit Zuweisung von Gutachten honoriert wurde". Rüegg und Husmann beklagen auch die restriktivere Begutachtungspraxis der IV: „Gestützt auf diese Medas-Gutachten wurde sehr vielen Versicherten die Zusprechung einer IV-Rente verweigert oder eine bereits bestehende IV-Rente entzogen. Wie vom BSV kürzlich medial stolz verbreitet wurde, konnte durch diese restriktive Berentungspraxis der letzten Jahre das Fehlbudget der IV um rund eine halbe Milliarde Franken entlastet werden".

Belohungspraxis der IV für kooperative Medas-Stellen

Für seine Kooperation mit der IV belohnt wurde das ABI in Basel, welches sich „zur grössten Begutachtungsfabrik der Schweiz entwickelte". Medas-Stellen, welche in den Augen der IV zu wenig oder ungenügend „kooperierten" , erhielten weniger Aufträge. Rüegg und Husmann dokumentieren dies in ihrer Beschwerde am Fall des ZMB in Basel (Zentrum für Medizinische Begutachtung). Ausführlich dargestellt wird ein Fall aus dem Jahre 2008, wo das ZMB in seinem Gutachten einen Arbeiter im Metallbau für nicht mehr vermittelbar auf dem freien Arbeitsmarkt einstufte. Die IV-Stelle des Kanton Aargau wollte eine Änderung der gutachterlichen Beurteilung. Als dies vom ZMB abgelehnt wurde, intervenierte der Leiter des Regionalärztlichen Dienstes (RAD) Mittelland Dr. med. Roman Bel. In einer eMail an Dr. Renato Marelli vom ZMB ist zu lesen: „gutachten nicht zu unserer zufriedenheit eingereicht ... denn so kann ich den fall nicht einreichen lassen". Das ZMB wehrte sich gegen diese in jeder Hinsicht unzulässigen Beeinflussungsversuche des RAD Mittelland: „Wir sehen darin weniger eine fachlich begründete Kritik, als viel mehr den Ausdruck eines Nichteinverstandenseins mit der Beurteilung der Gutachter...Wir haben uns klar zu diesem Fall geäussert, dies gestützt auf umfangreiche Untersuchungen und Abklärungen des Versicherten in unserem Institut. Darüber hinausgehende Aussagen können wir nicht machen....". Bei einer Besprechung zwischen Chefarzt Dr. Bel des RAD Mittelland und Dr. R. Marelli vom ZMB erklärte Bel, es würden dem ZMB in Zukunft keine Aufträge mehr erteilt. Das ZMB beschwerte sich schriftlich beim BSV: „...Es kann nicht Angelegenheit der IV-Stelle oder deren RAD sein, einseitig und abschliessend Gutachten als mangelhaft zu bezeichnen. Ein solches Vorgehen müsste eindeutig als willkürlich bezeichnet werden...Wir überlassen es Ihnen zu bedenken, welche Konsequenzen es haben könnte, sollte die Tatsache einer derart selektionierten Gutachterauftragsvergabe an eine breitere Öffentlichkeit gelangen" (Dr. Ch. Ettlin mit Brief vom 28.9.2008 an das BSV). Seit April 2008 wurde von der IV-Stelle Aargau kein einziges Gutachten mehr beim ZMB in Auftrag gegeben (Stand 2010).

Rüegg und Husmann halten abschliessend in ihrer Beschwerde fest: „Es bestehen Hinweise darauf, dass nicht nur gegenüber dem ZMB unzulässiger Druck ausgeübt wurde, sondern auch gegenüber andern Medas-Stellen, und dies nicht nur vom RAD Mittelland, sondern auch von RADs anderer IV-Stellen. ...Dabei sieht die IV ganz offensichtlich auch kein Problem darin, ihr nicht genehme Medas-Stellen mit dem Entzug von Gutachtensaufträgen wirtschaftlich zu bestrafen...

Seit 2006 dürften schätzungsweise rund 15 000 Medas-Gutachten erstellt worden sein. Die Annahme ist berechtigt, dass Hunderte, wenn nicht Tausende von Medas-Gutachten durch Vorgehensweisen, wie sie hier zur Anzeige gebracht wurden, in ungesetzlicher Weise zu Ungunsten der Versicherern beeinflusst wurden... Das Departement des Inneren wird aufgefordert, das Not-

wendige anzuordnen, damit die betroffenen Versichertem zu ihrem Recht kommen". Die Beschwerde ist vom EDI bis heute nicht beantwortet worden.

Fliegende IV-Gutachter: „Bedenkliches Geschäftsmodell"

Einträgliche Geschäfte mit der leichtgläubigen IV machte der mittlerweile eingebürgerte, aus Deutschland stammende Neurologe und Psychiater Rüdiger Brinkmann, wie René Staubli im Tagesanzeiger aufdeckte. Von Mai 2002 bis August 2003 verfasste Brinkmann als psychiatrischer Oberarzt am Inselspital Gutachten für die IV. Mit einem Schweizer Arzt zusammen gründete Brinkmann dann das Zentrum für Medizinische Begutachtungen (ZVMB) in Bern. Die IV wurde für Brinkmann zu einer guten Einnahmequelle. Von 2004 bis 2009 erstellte das ZVMB 1000 Gutachten für einen Pauschalpreis von 9000 Franken. Durchschnittlicher Jahresumsatz also l,5 Mio. Franken. Pikantes Detail: Brinkmann verfügte über keine kantonale Bewilligung für seine Gutachtentätigkeit. Trotz fehlender Bewilligung sieht das BSV aber keinen Grund, Brinkmanns Gutachten in Zweifel zu ziehen. Das Versicherungsgericht des Kantons Aargau sah das im Juli 2010 anders. Brinkmann hatte mit einem Gutachten erreicht, dass einer IV-Rentnerin die vorher zugesprochene Rente aberkannt wurde.

Das Aargauer Gericht befand, dass „keineswegs auf die Aussagen von Dr. Brinkmann abgestellt werden darf, dessen fachliche Qualitäten nicht ausgewiesen seien". Brinkmann droht im Kanton Bern jetzt ein aufsichtsrechtliches Verfahren. Staubli doppelte in einem Artikel vom 3.6.2011 im Tagesanzeiger nach: „ Recherchen belegen nun, dass der Fall Brinkmann nur die Spitze des Eisberges ist. Im Kanton Bern ist es verbreitet, dass Ärzte ohne Berufsausübungsbewilligung Gutachten für die IV erstellen. ... Die fliegenden IV-Gutachter reisen an, treffen den Klienten, verfassen den Bericht für die IV, kassieren und reisen wieder ab. Marktkenner sprechen von einem „bedenklichen Geschäftsmodell".

> **"**
>
> **Die Annahme ist berechtigt, dass Hunderte, wenn nicht Tausende von Medas-Gutachten durch Vorgehensweisen, wie sie hier zur Anzeige gebracht wurden, in ungesetzlicher Weise zu Ungunsten der Versicherern beeinflusst wurden...**
>
> **Rüegg / Husmann**

Faires IV-Verfahren mit bestehenden Regeln nicht garantiert

Mit einem Positionspapier vom 8.2.2010 haben die Behindertenverbände procap, Pro Mente Sana, Integration Handicap, Schweizerischer Gehörlosenbund, Behindertenforum und die Schweizerische Paraplegiker–vereinigung spv zu den Missständen bei den IV-Begutachtungen Stellung bezogen. Sie schreiben in der Einleitung: „In Anbetracht der einseitigen Abhängigkeit der Begutachtungsinstitute und einzelner Gutachter einerseits und der fehlenden Kontrolle andererseits ist ein faires IV-Verfahren mit den bestehenden Regeln nicht mehr garantiert. Es ist notwendig, die Begutachtung umfassender zu regeln". Es ist hier nicht möglich, die zwölf Seiten des Positionspapiers umfassend zusammenzufassen.

Es sollen daher nur einige Punkte aus den Lösungsvorschlägen herausgegriffen werden. Die IV-Verbände fordern, dass ein IV-Gutachter behandelnd tätig sein muss und dass die Gutachtertätigkeit einen bestimmten Prozentsatz seines Arbeitspensums nicht überschreiten darf. Weiter fordern sie, dass die Gutachten nicht von den IV-Stellen direkt ‚sondern von einer zentralen Gutachterstelle mit breit abgestützter Trägerschaft in Auftrag gegeben werden sollen. Die Verbände machten auch Vorschläge, wie die Qualität der gutachterlichen Untersuchungen garantiert und vor allem auch von einer unabhängigen Fachkommission kontrolliert werden kann. Das Positionspapier der IV-Verbände enthält zahlreiche Vorschläge, welche ein faireres IV-Begutachtungsverfahren gewährleisten könnten.

Neuregelung des IV-Gutachterwesens dringend!

Das Bundesgericht hat am 28.6.2011 in einem Urteil die Stellung der Medas genauer beleuchtet. Ein Rechtsgutachten von Prof. P. Müller und Dr. J. Reich hatte die Verfassungs- und EMRK-Konformität der Medas in Zweifel gezogen (EMRK = Europäische Menschenrechtskonvention). Das Bundesgericht kommt zum Schluss, dass der Einsatz von Medas grundsätzlich verfassungs- und EMRK-konform sei. Es brauche aber zur Gewährleistung der Unabhängigkeit der Medas rechtliche Korrekturen. Das Bundesgericht regt auf administrativer Ebene verschiedene Korrektive an: Vergabe der Aufträge an die Medas nach dem Zufallsprinzip, Stärkung der Partizipationsrechte und des gerichtlichen Schutzes der Versicherten, direkte Anordnung von medizinischen Begutachtungen im Beschwerdeverfahren durch Gerichte. Das BSV hat bereits erklärt, dass in Zukunft eine Medas nur zu 60% von der IV abhängig sein dürfe. Heute sind die meisten Medas zu 80 bis 100% auf IV-Gutachten angewiesen. Die Neuordnung des Gutachtermarktes wird auch Thema im Nationalrat sein. SP-Nationalrätin Margret Kiener Nellen hat mit einem Vorstoss „faire Begutachtung und rechtsstaatliche Verfahren" verlangt.

«Sie habe lange ‘funktioniert’ und könne deshalb keine Persönlichkeitsstörung aufweisen»

Begutachtung für die Invalidenversicherung (IV)

Gespräch mit der Psychiaterin Antoinette Voellmy zu der von Niklas Baer untersuchten Problematik der „schwierigen Mitarbeiter“ (vgl. Interview auf diesen Seiten).

Fragen und redaktionelle Bearbeitung: Daniel Gelzer

Daniel Gelzer: Die Studie von Niklas Baer beschäftigt sich speziell mit schwierigen MitarbeiterInnen und dem Umgang von Seiten der Vorgesetzten und KollegInnen mit ihnen. Seid Ihr bei euren Nachforschungen diesen Menschen auch begegnet, die wahrscheinlich oft an Persönlichkeitsstörungen leiden?

Antoinette Voellmy: Wir beschäftigten uns ja intensiv mit Gutachten, und haben viele Gutachten analysiert. Dabei ist uns aufgefallen, dass Persönlichkeitsstörungen in Gutachten der IV in der Tendenz unterdiagnostiziert werden. Entweder fällt die von den behandelnden Ärztinnen diagnostizierte Persönlichkeitsstörung einfach weg oder es wird vom Gutachter eine akzentuierte Persönlichkeit statt eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert.

DG: Habt Ihr Erklärungen dafür ?

AV: Oft wird argumentiert, dass die betroffene Person, bevor sie arbeitsunfähig wurde, über lange Jahre arbeiten konnte. Sie habe lange„funktioniert“ und könne deshalb keine Persönlichkeitsstörung aufweisen. Wir machten aber die Erfahrung, dass viele Menschen oft trotz ihrer Persönlichkeitsstörung - vielleicht dank eines besonders passenden Arbeitsplatzes - erfolgreich arbeiten können, bis sie dann ein äusseres Ereignis (Umstrukturierung, Arbeitsplatzwechsel) aus der Bahn wirft. Dies trifft insbesondere bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen zu.

Eine weitere Erklärung ist, dass der „Arbeitsgeschichte“ der Betroffenen in den Gutachten zu wenig Gewicht beigemessen wird. Angaben darüber, wie viele Stellen eine Person in den letzten Jahren inne hatte, dass vielleicht die Beschäftigungsdauer immer kürzer wurde, weil es eben nicht gegangen ist, werden wenig gewichtet bei der Diagnosestellung und der Diagnose der Arbeitsfähigkeit. Auch die oft detaillierten Berichte über Arbeitsintegrationsmassnahmen haben erstaunlicherweise oft wenig Gewicht. Berichte der RAV, die Informationen über die Gründe von gescheiterten Vermittlungen oder Erfahrungen in Beschäftigungsprogrammen enthalten, werden nicht beigezogen. Dies sind keine medizinischen Berichte, sondern pragmatische, aus der Realität der Arbeitswelt stammende, die plastisch beschreiben, dass eine Person Mühe hatte, Kritik zu ertragen, sich in ein Team einzufügen, dass immer wieder Konflikte entstanden u.ä.

DG: Das heisst, die IV benutzt für ihre Entscheidungsfindung wichtige Unterlagen nicht?

AV: Diese Tatsache ist besonders irritierend, weil ja die IV dauernd fordert, dass die Berichte und Gutachten objektiv fassbare Befunde und Diagnosen beschreiben, und dass sie sich bei ihren Entscheiden nur auf solch objektive Daten abstützen könne. Diese Berichte der Arbeitsintegration und der RAV enthalten ja harte Daten und entsprechen somit gerade dem Postulat der Objektivität.

> “ Dabei ist uns aufgefallen, dass Persönlichkeitsstörungen in Gutachten der IV in der Tendenz unterdiagnostiziert werden.

DG: Auf welche weiteren Mitarbeitergruppen, die schlecht erfasst werden, seid Ihr bei euren Recherchen gestossen?

AV: Niklas Baer hat ja in einer grossen, sehr lesenswerten Studie untersucht, wer in den Jahren von 1993 bis 2005 Leistungen IV aus psychischen Gründen bezogen hat. Dabei hat er verschiedene Gruppen mit typischen Merkmalen beschrieben*. Es gibt die schwierigen Mitarbeiter. Es gibt aber

Unsere Gesprächspartnerin

Antoinette Voellmy ist Mitglied der «Arbeitsgruppe IV der Basler Psychiaterinnen und Psychiater». Diese wurde Ende 2007 ins Leben gerufen, nachdem sich Klagen über die aktuelle Praxis der IV beim Vorstand der Fachgruppe gehäuft hatten. Die AG beschäftigte sich unter anderem intensiv mit der Gutachterpraxis (vgl. Soziale Medizin 1.09).

auch Personen, die nicht schwierig, sondern sehr angepasst sind, denen aber, wenn sie krank werden, schnell gekündigt wird. Dies vielleicht nach einer Häufung von kurzen Absenzen, wenn sie veränderten Arbeitsanforderungen wie z.B. gehäufte Überstunden nicht mehr bewältigen können oder bei einer depressiven Episode. Die Betreffenden brechen zusammen und erholen sich nicht mehr. Es sind Leute zwischen 40 und 60 Jahren, die lange gearbeitet haben – wie sich in der Therapie oft zeigt, sogar über ihre Kräfte. Es sind häufig Frauen, Frauen mit wenig Ausbildung, öfter als in den anderen Gruppen Migrantinnen, sie haben oft auch verschiedenste körperliche Probleme und Schmerzen.

DG: Was sollte für diese Gruppe getan werden?

AV: Die heutige IV Praxis bietet dieser Gruppe wenig an. Die Kumulation einer psychischen Problematik mit körperlichen Erkrankungen wird in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wenig gewertet. Wenn die Problematik einer Patientin als Schmerzsyndrom klassiert wird, verliert sie nach neuer Rechtsprechung ihren Anspruch auf Leistungen der IV. Mit der 6. IV-Revision wird sich diese Problematik zuspitzen. Diese Gruppe erhält kaum je berufliche Massnahmen, das hat sich in den letzten Jahren nicht verändert. Ich mache da auch andere Erfahrungen als Niklas Baer, indem ich nie erlebe, dass jemandem eine berufliche Massnahme, die mit einer Höherqualifizierung einhergeht, angeboten wird. Dies ist sehr stossend, denn ich bin überzeugt, dass ein Teil dieser Menschen – Frauen - von einer Teilberentung und beruflichen Massnahmen profitieren könnte.

DG: Gibt es andere Aspekte der Begutachtungspraxis, die euch beschäftigen?

AV: Ich möchte gerne etwas zum Postulat des Objektivierens sagen, das sich die IV auf die Fahne geschrieben hat und das die Medien eifrig aufgegriffen haben: Was ist objektiv, was ist subjektiv? Die Klagen des Patienten sind subjektiv, der Befund des Arztes ist objektiv? Nun sollen aber die ÄrztInnen der RADs (regionalen ärztlichen Dienste der IV) die Befunde der behandelnden ÄrztInnen „objektivieren". In IV-Gutachten lesen wir, oft auch ohne weitere Herleitung, dass die Klagen eines Patienten nicht objektiviert werden konnten oder auch, dass die Befunde und die Beurteilung der Ärztin nicht objektiviert werden können.

In diesem Begriff des Objektivierens, wie er im aktuellen Kontext der IV und im gegenwärtigen politischen Klima gebraucht wird, geht es um ein in Zweifel Ziehen der Glaubwürdigkeit der PatientInnen und ihrer behandelnden ÄrztInnen. Er steht damit ganz im Dienst der aktuellen Herstellung von Misstrauen gegen IV-BezügerInnen oder Menschen, die Leistungen der IV beantragen. Und das Leiden kommt gar nicht mehr vor. Denn wenn ja auch die IV nicht das Leiden versichert, sondern die Erwerbsfähigkeit, so ist das Leiden doch da.

Selbstverständlich erwarten wir, dass ein Arztbericht oder ein Gutachten einen sorgfältigen psychopathologischen Befund, harte Fakten, wie die obenerwähnte Arbeitsgeschichte eines Patienten enthält, die konkreten Folgen einer Krankheit oder Störung beschreibt. Die subjektiven Klagen einer Patientin sind aber unabdingbarer und unbestrittener Bestandteil einer Diagnose. Ich bin erstaunt, wie wenig diese sehr problematischen Tendenzen auch in Fachkreisen in Frage gestellt werden.

*Niklas Baer et al, Dossieranalyse der Invalidisierung aus psychischen Gründen,

daylonds flickr

Psychisch krank in der Arbeitswelt

Die Abstimmung zwischen Psychiatrie und Arbeitgeber mit Unterstützung eines Job Coach

Kehrt jemand nach einer Krise wieder in die Arbeitswelt zurück, bedeutet dies in den meisten Fällen nicht einfach die Rückkehr zum „Normalleben", wie es vor der Krise war. Vielmehr gilt es, die gesundheitliche Thematik, der in den vergangenen Wochen oder Monaten die grösste Aufmerksamkeit gegolten hatte, nun mit den Anforderungen der Arbeitswelt zu verbinden. Auch aus Sicht des Arbeitgebers kann nicht einfach von einer Rückkehr zur vorher bestehenden Situation ausgegangen werden.

Die Wiedereingliederung wird sowohl durch Bedingungen der Krankheit wie auch durch die Regeln der Arbeitswelt bestimmt und für einen erfolgreichen Verlauf ist eine Abstimmung zwischen den beiden Bereichen wichtig. Der Umfang des Abstimmungsbedarfes hängt einerseits von den krankheitsbedingten Einschränkungen ab und andererseits von der Arbeit und der Arbeitsumgebung. Persönliche Faktoren sind entscheidend, in wie weit eine betroffene Person diese Abstimmung selber vornehmen kann. Die Tatsache, dass psychische Erkrankungen in unserer Gesellschaft ein Tabu sind, führt jedoch häufig dazu, dass wichtige Fragen nicht angesprochen werden. Die Arbeitnehmerin ihrerseits möchte dem Geschäft nicht noch mehr zur Last fallen oder für sich Sonderwünsche einfordern. Die Vorgesetzte andererseits ist sich vielleicht der Komplexität der Situation nicht bewusst oder sie weiss nicht, wie sie das Thema ansprechen soll, ohne in die Privatsphäre einzudringen. Hemmungen auf beiden Seiten verhindern ein klärendes Gespräch.

Informationsaustausch dient der Reintegration

Für eine erfolgreiche Integration müssen die Rahmenbedingungen sowohl der Psychiatrie wie der Arbeitswelt berücksichtigt werden. So sind Arbeitgeber beispielsweise auf möglichst genaue Informationen über Einsetzbarkeit, Arbeitsfähigkeit und krankheitsbedingte Grenzen ihrer Mitarbeitenden angewiesen, um die anstehenden Arbeiten planen zu können. Die Tatsache, dass bei psychischen Erkrankungen der Genesungsprozess Schwankungen unterworfen und meist schwer zu prognostizieren ist, steht dieser Notwendigkeit entgegen. Werden Vorgesetzte diesbezüglich von einer Fachperson informiert, erhöht sich ihr Verständnis und damit auch ihre Bereitschaft, Hand zu bieten für Anpassungen beispielsweise im Aufgabengebiet, bei Arbeitszeiten oder räumlichen Verhältnissen. Dass durch eine psychische Krise Verunsicherung und Ängste hervorgerufen werden, und dass die betroffene Person beim Wiedereinstieg ihr Selbstvertrauen erst wieder aufbauen muss, ist Aussenstehenden oft nicht bewusst. Weiss der Arbeitgeber um diese Zusammenhänge, ist er meist bereit, fördernde Bedingungen wie eine klare Ansprechperson und regelmässiges Feedback anzubieten. Viele Arbeitgeber schätzen den Austausch mit einem fachlichen Partner, der ihn über die aktuellen Einschränkungen, aber auch die Möglichkeiten zur Unterstützung und Förderung informiert.

Auch für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und die Planung einer Steigerung ist die Zusammenarbeit von medizinischer Seite und Vertretern der Arbeitswelt ein Gewinn, spielen doch dabei Faktoren aus beiden Fachbereichen eine wichtige Rolle. Psychiater und andere medizinische Fachpersonen können einerseits aufgrund von Rückmeldungen von dritter Seite die Situation umfassender einschätzen und andererseits Einfluss nehmen, dass die aus ihrer Sicht wichtigen Punkte im Arbeitsprozess beachtet werden. Durch den Austausch mit der Arbeitsstelle gewinnen sie manchmal zusätzlich wichtige Informationen für die Therapie.

Entlastung durch Job Coach

Wie wichtig nun auch ein Austausch zwischen den Bereichen Arbeitswelt und Psychiatrie sein mag, diesen regelmässig zu pflegen sprengt im Normalfall

den Rahmen einer psychiatrischen Behandlung. Arbeitgeber ihrerseits sind mit der Planung des Eingliederungsprozesses häufig überfordert und wären froh um professionelle Unterstützung.

Von Vorteil ist es deshalb, wenn man die Koordination und Begleitung des Betroffenen einem Job Coach übergeben kann. Dieser pflegt Kontakt mit dem Psychiater, nimmt an Gesprächen zur Planung und Begleitung des Wiedereingliederungsprozesses beim Arbeitgeber teil und führt zusätzliche Coaching-Gespräche mit der betroffenen Person. Der Job Coach unterstützt bei Zielsetzung und Evaluation der einzelnen Eingliederungsschritte, er bespricht mit der Arbeitnehmerin Ängste oder vermittelt Strategien für die Bewältigung anstehender Herausforderungen. Auch informiert er den Arbeitgeber bezüglich arbeitsrelevanter Einschränkungen und berät ihn im Umgang mit der betroffenen Person. Manchmal ist es erforderlich, dass er zwischen den beiden Parteien „übersetzt", beiden die Sicht des Anderen verständlicher macht. Psychiater und Psychotherapeuten berichten über eine Entlastung durch das Job Coaching, da sie durch die Delegation der arbeitsbezogenen Fragen in der Therapie wieder vermehrt an den persönlichen Themen arbeiten können.

> **“**
>
> **Es lohnt sich, bereits den ersten Wiedereinstieg sorgfältig zu planen und zu begleiten…**

Fallbeispiel: Herr E., 50 J., ungelernter Fabrikarbeiter

Bei Herrn E. wurde die Rückkehr an die Arbeitsstelle aus der Klinik geplant, der Sozialdienst der Klinik unterstützte ihn beim Gesuch an die IV um Hilfe bei der beruflichen Wiedereingliederung und veranlasste den ersten Kontakt zum Job Coach. Herr E. lebte in einer konfliktreichen Partnerschaft, er war mit den heftigen Auseinandersetzungen kognitiv und emotional überfordert und reagierte darauf mit übermässigem Alkoholkonsum. So kam es zu gewalttätigen Eskalationen, was auch der Grund zur Einweisung in die Psychiatrie gewesen war. An der Arbeit war es vorangehend über mehrere Monate zu vermehrten Absenzen (nach übermässigen Alkoholkonsum) und zu emotionalen Ausbrüchen gekommen. Er war seit vier Jahren bei dieser Firma angestellt, man war mit seiner Arbeitseinstellung und Leistung äusserst zufrieden. Es war deshalb für den Arbeitgeber trotz allem klar, dass man Herrn E. nach dem Klinikaufenthalt noch eine Chance geben würde. Der IV-Eingliederungsberater organisierte ein Erstgespräch beim Arbeitgeber, wo Rahmenbedingungen und Ziele vereinbart wurden. Im Job Coaching, das 6 Monate dauerte, ging es darum, einerseits zuzuhören, wenn er über das Team, den Vorgesetzten und seine Partnerin klagte, andererseits ihn aber immer wieder zu ermutigen, die Arbeitsstelle zu behalten und ihm bewusst zu machen, dass sich der Einsatz lohnt. Wir erarbeiteten Strategien zur Reduktion der emotionalen Belastung an der Arbeit, beispielsweise indem er nicht mehr mit der Partnerin telefonierte, aber auch im Umgang mit seinen Kollegen. Der Job Coach stand in regelmässigem Austausch mit Psychiater und Arbeitgeber und die Koordination der verschiedenen Perspektiven verhalf Herrn E. zu Sicherheit. So kam er mit dem Wiedereinstieg gut zurecht, er fehlte nicht mehr an der Arbeit und konnte sich im Umgang mit den Kollegen kontrollieren. Nach zwei Wochen trat er aus der Klinik aus und bald konnte er wieder im vollen Pensum arbeiten. Er gewann zunehmend an Stabilität und hat seinen Platz im Unternehmen wieder gefunden.

Wichtig: Information der Betroffenen und ihrer Arbeitgeber

Die Möglichkeiten eines Job Coachings sind Betroffenen und Arbeitgebern oft nicht bekannt. Akut ist die Situation meist zu einem Zeitpunkt, wo noch keine IV-Anmeldung gemacht wurde oder entsprechende Fachstellen involviert sind. Umso wichtiger ist es, dass Ärzte und Psychotherapeutinnen das Angebot kennen und gegebenenfalls darauf hinweisen oder dieses einleiten können. Job Coaching kann als Frühintervention über die IV oder andere Sozialversicherungen zur Verhinderung von Renten beitragen. Teilweise führen es Eingliederungsverantwortliche der IV-Stellen selbst durch, teilweise werden externe Anbieter damit beauftragt, in den letzten Jahren sind verschiedene entsprechende Angebot entstanden.

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft PSAG bietet seit 2008 Job Coaching für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung und deren Arbeitgeber an (www.psag.ch). Nach unserer Erfahrung dauert ein Job Coaching durchschnittlich 3 - 6 Monate, zu Beginn meist in wöchentlichen Kontakten, dann zunehmend in grösseren Abständen. Es lohnt sich, bereits den ersten Wiedereinstieg sorgfältig zu planen und zu begleiten und nicht abzuwarten, bis nach wiederholten Versuchen die Geduld des Arbeitgebers und das Selbstvertrauen der Arbeitnehmerin am Ende sind. Manchmal ist ein Job Coaching auch ohne Arbeitsunfähigkeit - im prophylaktischen Sinne - angezeigt, um eine Arbeitsstelle zu sichern.

Um ein Job Coaching bei der IV zu beantragen, ist eine Anmeldung des Versicherten mit dem Gesuch um Hilfe bei der beruflichen Eingliederung erforderlich. Möglich ist in einem ersten Schritt auch eine Meldung zur Früherfassung durch Ärztin oder Therapeut, dann folgt die Anmeldung später. Es hilft, wenn die behandelnde Person die Situation schildert und ihre Empfehlung abgibt.

Christine Hersperger

Christine Hersperger ist Psychologin FSP und Berufs- und Laufbahnberaterin mit einer Weiterbildung in Eingliederungsmanagement CAS. Seit 2008 unterstützt sie als Job Coach bei der PSAG Menschen mit einer psychischen Erkrankung bei ihrer beruflichen Integration. Zuvor war sie mehrere Jahre als Berufsberaterin bei einer IV-Stelle tätig.

Demenz ist kein Hindernis für eine gültige Patientenverfügung

Ethische Erwägungen zum neuen Erwachsenenschutzrecht

Die Patientenverfügung bietet die Möglichkeit, das aus ethischer Sicht zentrale Recht auf autonome Entscheidungen in medizinischen Belangen in eine Situation hinein zu verlängern, in der eine Person urteilsunfähig geworden ist. Die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK-CNE) begrüsst diese Möglichkeit, insbesondere auch für Menschen mit Demenz. Demenz ist kein Hindernis für eine gültige Patientenverfügung, so die zentrale Aussage der Kommission.

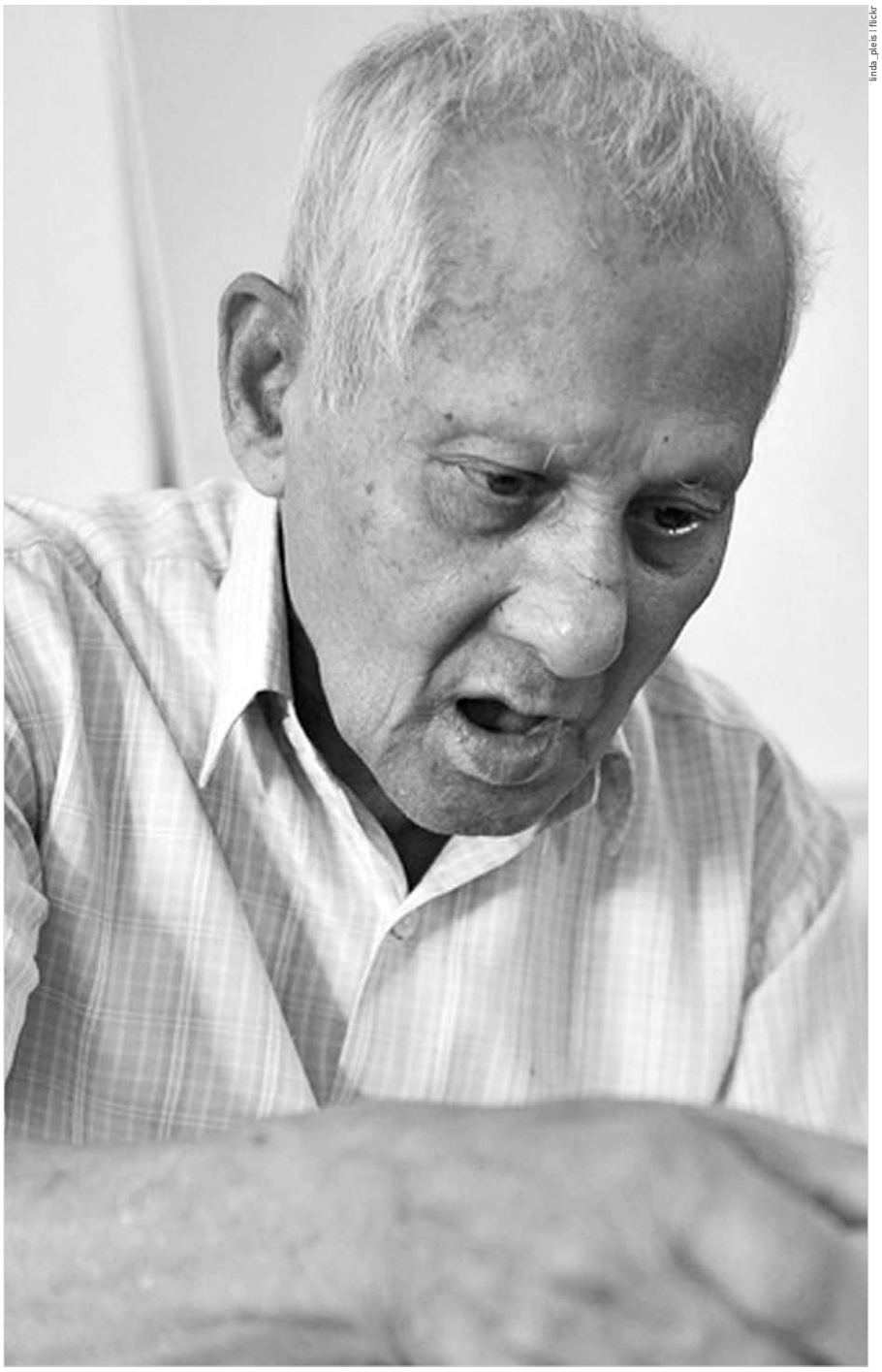
von Susanne Brauer*

Susanne Brauer, PhD, Geschäftsstelle Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, c/o Bundesamt für Gesundheit, Seilerstrasse 8, 3003 Bern
Susanne.Brauer@bag.admin.ch
www.nek-cne.ch

Am 1. Januar 2013 wird das neue Erwachsenenschutzrecht in Kraft treten. Damit werden sich medizinische Entscheidungsprozesse für nicht mehr urteilsfähige Patientinnen und Patienten nachhaltig ändern: nämlich für die Fälle, in denen zuvor eine Patientenverfügung verfasst wurde. Solche Dokumente, in denen eine Person für zukünftige Situationen festlegt, welchen medizinischen Massnahmen sie zustimmen und welche sie ablehnen möchte, wenn sie aus Krankheitsgründen selbst nicht mehr dazu Stellung nehmen kann, werden mit dem neuem Erwachsenenschutzrecht bundesweit verbindlich werden. Eine Patientenverfügung kann ebenfalls dafür genutzt werden, eine Person zu bezeichnen, die für die urteilsunfähige Person in medizinischen Belangen entscheiden soll. Mit diesen Neuerungen werden die Prioritäten im ärztlichen Entscheidungsablauf neu geordnet und Patientinnen und Patienten in der Schweiz ein neuer Raum der Selbstbestimmung eröffnet.

Die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin begrüsst diese rechtlichen Neuerungen. Zugleich erschien es der Kommission erforderlich, eine vertiefte ethische Reflexion darüber zu führen, warum die Patientenverfügung – vergleichbar mit einem Testament – eine Verbindlichkeit für Entscheidungsträgerinnen und -träger, d.h. insbesondere Ärztinnen und Ärzte, haben darf. Denn zukünftig wird bundesweit einheitlich geregelt, dass beim Vorliegen einer Patientenverfügung nicht mehr der mutmassliche Wille oder das – aus medizinischer Sicht definierte – objektive Patientenwohl bei medizinischen Entscheidungen, welche eine urteilsunfähige Person treffen, Leitfaden sein soll, sondern das in der Vergangenheit geschriebene Wort der betroffenen Person. Dies wirft zahlreiche Fragen (2) auf, die vor allem die Voraussetzungen für die Gültigkeit einer Patientenverfügung und die Grenzen ihrer Verbindlichkeit bei der Umsetzung betreffen:

- Setzt die Anwendung einer Patientenverfügung eine „Kontinuität der Person" voraus?
- Was ist unter Urteilsfähigkeit und -unfähigkeit zu verstehen und wie ist diese festzustellen?
- Ist die Person überhaupt in der Lage, sich zukünftige Krankheitszustände und


linda_pleis | flickr

medizinische Entscheidungssituationen vorzustellen?

- Soll die Patientenverfügung strikt verbindlich sein oder nur als ein Indiz des mutmasslichen Willens bewertet werden?
- Soll es Möglichkeiten geben, eine Patientenverfügung auch im urteilsunfähigen Zustand zu revidieren?
- Über was darf man eigentlich verfügen (Gegenstandsbereich)?
- Welche Rolle spielen vertretungsberechtigte Personen bzw. an welchen Massstäben sollen sich deren Entscheidungen orientieren?

Besonders strittig sind diese Punkte mit Blick auf Demenz-Erkrankungen und verlangen nach Klärung. Aufgrund der demografischen Zusammenhänge erhält eine solche Klärung zusätzliche Dringlichkeit. Patientenverfügungen sind vor allem für Menschen im Alter ein Thema, eine Altersgruppe, die stetig wächst. Da der Hauptrisikofaktor für dementielle Erkrankungen das Alter ist – ein bis zwei Prozent der 65- bis 69-Jährigen und sogar über 30% von den über 90-Jährigen sind von einer Demenz-Erkrankung betroffen –, ist es ratsam, dass man sich mit dem Thema Demenz auseinandersetzt, wenn man eine Patientenverfügung verfasst. Entsprechend konzentriert sich die Kommission in ihrer Meinungsbildung zur Patientenverfügung im neuen Erwachsenenschutzrecht auf Problematiken, die im Zusammenhang mit Demenz stehen, wohlwissend, dass die oben angesprochenen Fragen selbstverständlich auch die Patientenverfügung im Allgemeinen, unabhängig von einem bestimmten Krankheitstyp, betreffen.

Selbstbestimmung stärken braucht auch Fürsorge

Für die Kommission steht unbestritten fest: Die Patientenverfügung ist Ausdruck eines Abwehrrechts gegen medizinische Eingriffe in die (körperliche und psychische) Integrität einer Person, das im ethischen Prinzip der Patientenautonomie gründet und anzuerkennen ist. Es ist jedoch nicht mit einem Anspruchsrecht auf Leistungen, die medizinisch und pflegerisch nicht notwendig sind, zu verwechseln. Ein solches Anspruchsrecht besteht nicht.

Es würde dem Grundgedanken der Autonomie widersprechen, wenn der Entscheid, eine Patientenverfügung zu verfassen, nicht freiwillig geschehen würde, indem beispielsweise das Vorliegen einer Patientenverfügung Bedingung für die Aufnahme in eine Behandlungs- und Pflegeinstitution sei. In den Augen der Kommission ist darauf zu achten, dass diese Freiwilligkeit stets gegeben ist.

Dass der Mensch in der Ausübung seiner Autonomie auf andere Menschen und deren Fürsorge angewiesen ist, wird besonders bei der Patientenverfügung deutlich (3). Denn ob sein Wille auch im Zustand seiner Urteilsunfähigkeit tatsächlich umgesetzt wird, hängt allein von anderen Menschen ab. Sie sind dafür verantwortlich, die in der Patientenverfügung formulierten Anordnungen

zu situationsbezogenen Anweisungen zu konkretisieren und entsprechend zu handeln, um so der betroffenen Person zu einer selbstbestimmten Behandlung zu verhelfen. Eine sorgfältige, dem Willen der betroffenen Person gerecht werdende, situationsbezogene Umsetzung der Patientenverfügung ist als eine Pflicht der Fürsorge zu verstehen, deren Verletzung weitreichende Folgen für das medizinisch-therapeutische Vertrauensverhältnis hätte. Eine solche Verletzung würde für den Bereich der medizinischen und pflegerischen Behandlung und Betreuung ein falsches Signal setzen: dass über verletzbare Personen, die sich aufgrund ihrer Urteilsunfähigkeit nicht mehr gegen medizinische Eingriffe zur Wehr setzen können, Drittpersonen nach eigenen Vorstellungen vom Guten und Richtigen verfügen dürften.

Das Prinzip der Fürsorge greift auch noch in weiterer Hinsicht. So trägt die Ärztin oder der Arzt (und nach neuem Erwachsenenschutzrecht auch die vertretungsberechtigte Person) weiterhin Verantwortung für die Behandlung und Betreuung urteilsunfähiger Patientinnen und Patienten. Mit der Patientenverfügung wird eine Gewichtung der Perspektive vorgenommen, unter der die medizinische oder pflegerische Entscheidung zu treffen ist: nämlich vorrangig aus der Perspektive der betroffenen Person, wie sie in der Patientenverfügung formuliert ist. Das entbindet aber die Personen, die die Entscheidung ausführen, nicht von den oben erwähnten Fürsorgepflichten.

In diesem Sinn versteht die Kommission die Fürsorge als Ergänzung zur Patientenautonomie, um den Bereich der Selbstbestimmung durch die Patientenverfügung effektiv zu vergrössern.

Ohne das geht es nicht: Grundvoraussetzungen der Patientenverfügung

Aus Sicht der Ethik betont die Kommission drei Grundvoraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit die Patientenverfügung eine verbindliche Willensäusserung ist. Alle drei Voraussetzungen sind in den Augen der Kommission auch bei Demenz erfüllt (4):

Die Kommission folgt dem neuen Erwachsenenschutzrecht, das von einer „Kontinuität der Person" ausgeht. Das heisst, die Umsetzung einer Patientenverfügung betrifft die Person, die auch die Patientenverfügung verfasst hat. Diese Beobachtung ist nicht trivial und wird im Zusammenhang mit Demenz-Erkrankungen teilweise in Zweifel gezogen. Die Kommission teilt diese Zweifel nicht.

Die Urteilsfähigkeit ist für die Gültigkeit der Patientenverfügung entscheidend: Nur eine urteilsfähige Person kann eine rechtsgültige Patientenverfügung verfassen; und diese darf nur dann zur Entscheidungsgrundlage werden, wenn die Person urteilsunfähig geworden ist. Der Kommission ist es wichtig zu betonen: Aus der Diagnose einer Demenz darf nicht automatisch auf eine Urteilsunfähigkeit geschlossen werden. Urteilsunfähigkeit ist bezogen auf eine konkrete Situation immer sorgfältig abzuklären. Angesichts fluktuierender Zustände von Urteilsfähigkeit bei einer Demenz-Erkrankung ist es wichtig, für die Beurteilung die „guten Zeiten" der Patientin oder des Patienten abzupassen. Zudem sollte schriftlich festgehalten werden, wer nach welchen Kriterien und mit welchen Methoden bzw. auf welche Art und Weise die Abklärung von Urteilsfähigkeit vorgenommen hat, weil ein einheitlicher Standard für das Verfahren in der Medizin bislang fehlt.

Um eine Patientenverfügung verfassen zu können, muss der Mensch in der Lage sein, sich zukünftige Krankheitszustände vorzustellen. Nur dann kann er einen antizipierten Willen bilden. Die Kommission geht davon aus, dass Urteilsfähigkeit die Fähigkeit zur Antizipation auch mit Blick auf Demenz-Erkrankungen einschliesst. Von einer Beratungspflicht und der Forderung, dass die Person die Gründe für ihre Entscheidung sichtbar machen muss, sieht die Kommission ab. Entscheidend bleibt für die Kommission die Freiheit, auch sogenannte „unvernünftige" Entscheide treffen zu dürfen.

Wo die Verbindlichkeit an ihre Grenzen stösst

Auch für die Kommission gibt es Bereiche, über man die man nicht verbindlich verfügen kann. Zur Orientierung unterscheidet sie drei Gruppen von Anordnungen (5):

Anordnungen, die befolgt werden müssen:

- Ablehnung von medizinischen Massnahmen, auch wenn sie medizinisch indiziert sind (6),
- Aussagen zur Organ-, Gewebe- oder Zellspende (7),
- Anordnungen, die die Verwendung des Leichnams zu Forschungs- oder Lehrzwecken (8) betreffen und
- Anordnungen zur Obduktion je nach kantonaler Gesetzgesetzgebung, ausgenommen gerichtlich oder behördlich angeordnete Obduktionen (9).

Anordnungen, die nicht befolgt werden dürfen:

- Anweisungen, die gegen das Gesetz verstossen (19),
- Beanspruchung von medizinischen Massnahmen, die nicht medizinisch indiziert sind,
- Ablehnung von pflegerischen Massnahmen, die eine schwere Verwahrlosung (11) der Person zur Folge hätte, und
- Ablehnung von Massnahmen zur Schmerzbekämpfung in ausserordentlichen Schmerzsituationen.

Anordnungen, die beachtet werden können, aber nicht befolgt werden müssen:

- Alle Anordnungen, die nicht unter 1 oder 2 fallen.

Mit dieser Unterteilung stellt sich die Kommission weitestgehend auf den Standpunkt des neuen Erwachsenenschutzrechts sowie weiterer nationaler und kantonaler Gesetze. Sie folgt darin auch der Position der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Einschränkungen des Gegenstandsbereichs bleiben für die Kommission jedoch begründungsbedürftig. Mit Blick auf bestimmte pflegerische und schmerzbekämpfende Massnahmen führt die Kommission für die eingeschränkte Verbindlichkeit Gründe der Sozialethik, der beruflichen Integrität und der Fremdschädigung an. Aus diesen Überlegungen ergeben sich für die Kommission folgende Konsequenzen (12):

Ein Angebot von patientengewohn-

ter Nahrung, Körperpflege, Bewegung und Beschäftigung ist stets zu erbringen. Eine Patientenverfügung darf nicht verfügen, dies zu unterlassen.

Massnahmen für die „Aktivitäten des täglichen Lebens" dürfen jedoch nicht mit Zwang durchgesetzt werden. Ein Mensch mit Demenz hat immer noch das Recht, beispielsweise Nahrung zu verweigern. Es ist jedoch zu prüfen, ob organische Ursachen oder irrationale Ängste für das Patientenverhalten vorliegen, die dann zunächst behoben werden müssen.

Künstliche Ernährung als ein akutmedizinischer Eingriff hingegen darf in einer Patientenverfügung verbindlich abgelehnt werden.

Die Verabreichung von Medikamenten darf in einer Patientenverfügung verbindlich abgelehnt werden, es sei denn, sie dient dazu, unerträgliche Schmerzen zu lindern oder psychische Ursachen eines selbstschädigenden Verhaltens zu beheben (z.B. Pharmakotherapie bei Vergiftungswahn mit Nahrungsverweigerung im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung).

Knackpunkt: das Verhältnis zwischen mutmasslichen Willen und Patientenverfügung

Die Patientenverfügung übernimmt die wichtige Funktion, den Willen einer Person auszudrücken, die aufgrund ihrer Urteilsunfähigkeit einen solchen nicht mehr bilden kann. Die Patientenverfügung wird im neuen Erwachsenenschutzrecht behandelt wie eine aktuelle Willensäusserung. Darin besteht ihre Verbindlichkeit, die von der Kommission sehr begrüsst wird. Ihre Gültigkeit kann jedoch nach neuem Recht in Zweifel gezogen werden, wenn sie nicht mehr dem mutmasslichen Willen der betroffenen Person entspricht. Das heisst, wenn nachgewiesen werden kann, dass die Patientin oder der Patient im urteilsfähigen Zustand sich nachträglich noch zu zukünftigen medizinischen Entscheidungen geäussert hat und diese Aussagen der Patientenverfügung widersprechen, ist die Patientenverfügung in diesen Punkten ungültig. Die Kommission steht diesem Vorgehen ambivalent gegenüber, auch wenn sie ebenfalls an der Möglichkeit der Korrektur und des Widerrufs einer Patientenverfügung festhalten will. Auf der einen Seite befürchtet sie Unsicherheiten seitens der Ärztinnen und Ärzte bezüglich der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen. Durch die Einführung des mutmasslichen Willens könnte eine Kultur des Zweifels entstehen, die zu einer routinemässigen Überprüfung der Patientenverfügung führen könnte und sie damit praktisch in ihrer Verbindlichkeit herabsetzen würde. Dabei ist zu bedenken, dass der mutmassliche Wille eine Konstruktion von Drittpersonen ist, die vor allem auch ihre Sicht auf die betroffene Person widerspiegelt. Bei der Konstruktion sind daher besondere Sorgfaltskriterien zu beachten (s.u.). Auf der anderen Seite sollte nach Meinung der Kommission die im neuen Erwachsenenschutzrecht vorgesehen Möglichkeiten des Widerrufs einer Patientenverfügung erweitert werden, d.h. eine Patientenverfügung sollte auch mündlich widerrufen werden können.

Um eine Fremdbestimmung der erkrankten Person zu vermeiden, empfiehlt die Kommission, dass sich die Drittpersonen der Vorbedingungen bei der Ermittlung eines mutmasslichen Willens bewusst sind. Dazu gehört, dass

- der Zugang zur Innensicht und Gefühlswelt einer anderen Person prinzipiell beschränkt ist,
- Menschen von ihrem eigenen Werten, Interessen, Wünschen oder Berufsethos sowie Empfindungen und Beziehung gegenüber der betroffenen Person in ihrer Wahrnehmung und ihrem Urteil beeinflusst sind und
- Drittpersonen bei der Ableitung des mutmasslichen Willens davon ausgehen, dass sich die betroffene Person in ihren Haltungen im Vergleich zu früher nicht geändert hat, obwohl dies nicht zwingend zutreffen muss.

Gesichtspunkte bei der Ermittlung des mutmasslichen Willens

Der Bundesrat scheint diese Bedenken aufzunehmen und ihnen entgegenwirken zu wollen, indem in der Botschaft auf die Möglichkeit hingewiesen wird, in der Patientenverfügung Gesichtspunkte für die Ermittlung des mutmasslichen Willens anzugeben (BBI 2006, 7012). Die Kommission begrüsst diese Option und gibt ihrerseits besondere Sorgfaltskriterien vor, die bei der Ermittlung des mutmasslichen Willens zu berücksichtigen wären.

Die Kommission geht davon aus, dass (13)

- nur Personen ermitteln, die der Patientin/dem Patienten wohlwollend gegenüberstehen,
- eigene Interessen zugunsten des Patientenwohls oder -willens zurückgestellt werden und der eigene Werthorizont und die eigenen Einstellungen bei der Ermittlung mitreflektiert werden, um Entscheidungen im Sinne der Patientin/des Patienten zu treffen,
- den ermittelnden Personen bewusst ist, dass der mutmassliche Wille vom objektiven Patientenwohl abweichen kann.

Zum gründlichen Vorgehen bei der Ermittlung des mutmasslichen Willens gehört:

- Mündliche Aussagen, die die Patientin/der Patient gegenüber der Ärztin/dem Arzt macht, werden im Patientendossier dokumentiert. Mündliche Aussagen ausserhalb der Arzt-Patienten-Beziehung müssen von mehreren Personen bezeugt werden können.
- Der Grad der Demenz wird professionell und sorgfältig abgeklärt, um sicherzustellen, dass die mündliche Äusserung zeitlich in eine Phase gefallen ist, in der die betroffene Person urteilsfähig war.

Aktuelle Gewohnheiten und Bedürfnisse hebeln eine Patientenverfügung nicht aus

Gerade mit Blick auf Demenz wird oft die Frage aufgeworfen, ob aktuell geäusserte Gewohnheiten und Bedürfnisse einer urteilsunfähigen Person die Patientenverfügung revidieren dürfen. Das neue Erwachsenenschutzrecht schliesst diese Möglichkeit aus, weil der mutmassliche Wille nur auf Äusserungen einer urteilsfähigen Person basiert. Auch in den Augen der Kommission wäre es nicht rechtens, eine Patientenverfügung in ihrer Verbindlichkeit anzuzweifeln mit dem Verweis auf Gesten, Reaktionen oder verändertem Verhal-

ten der betroffenen Person. Solche Gewohnheiten und Bedürfnisse auch als eine veränderte Einstellung gegenüber medizinischen Belangen auszulegen, beruht allein auf der Vorstellung und den Rückschlüssen von Drittpersonen und widerspricht letztlich der Einschätzung einer Urteilsunfähigkeit: Denn eine urteilsunfähige Person ist per definitionem nicht mehr in der Lage, Entscheidungen über medizinische Belange zu treffen, weil ihr ein Verständnis über den Inhalt, die Tragweite und mögliche Folgen der Entscheidung gänzlich fehlt. Dieser Umstand schliesst jedoch nicht aus, Äusserungen einer urteilsunfähigen Person im Betreuungsalltag zu berücksichtigen – jedoch nur mit Blick auf die Lebensbereiche auf die sich die Äusserungen tatsächlich beziehen.

Ziele der fürsorgerischen Unterbringung im Blick behalten

Für die Gültigkeit einer Patientenverfügung spielt es aus ethischer Sicht keine Rolle, an welcher Krankheit die Person leidet. Dennoch kann es bei psychischen Krankheiten, zu denen im neuen Erwachsenenschutzrecht auch die Demenz zählt, zu einer Situation kommen, in denen die Verbindlichkeit einer Verfügung relativiert wird, nämlich innerhalb der fürsorgerischen Unterbringung. Im Namen des fürsorgerischen Schutzes wird das Abwehrrecht von psychisch erkrankten Personen eingeschränkt. Die Kommission stimmt dem Vorgehen zu, soweit Fremdgefährdung oder schwere Verwahrlosung, die Grund für eine fürsorgerische Unterbringung sind, vorliegen oder Bereiche betroffen sind, über die ein Mensch nicht verbindlich verfügen darf. Die Kommission plädiert jedoch für ein verantwortungsvolles Abwägen zwischen Forderungen der Fürsorge und der in der Regel prioritären Selbstbestimmung. Entscheidungen sollten hier unter Einbezug des Behandlungs- und Betreuungsteams, der vertretungsberechtigten Person und einer möglichen Vertrauensperson breit abgestützt werden. Die Kommission bekräftigt aber, dass Anweisungen einer gültigen Patientenverfügung, die nicht die Gründe der fürsorgerischen Unterbringung betreffen, weiterhin befolgt werden müssen, z.B. die Anweisung, nicht reanimiert zu werden.

Stellvertreterentscheide als Auftakt zu einem gemeinsamen Entscheidungsmodell

Mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht wird ein Paradigmenwechsel vollzogen. Zukünftig soll die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt unter Einbezug der vertretungsberechtigten Person medizinische Entscheidungen für urteilsunfähige Personen treffen, wenn keine Patientenverfügung vorliegt. Das Gesetz sieht eine genaue Abfolge von vertretungsberechtigten Personen vor. Eine Patientenverfügung kann auch dazu genutzt werden, eine vertretungsberechtigte Person zu bestimmen.

Die Kommission begrüsst den Wechsel zu einer gemeinsamen Entscheidungskompetenz zwischen Ärzteschaft und vertretungsberechtigter Person, die in der Regel Familienangehörige oder andere nahestehende Personen sind. Sie macht jedoch auch darauf aufmerksam, dass hier hohe Anforderungen an die vertretungsberechtigte Person gestellt werden, die sie unter Umständen nicht zuletzt aufgrund ihrer Nähe zur Patientin bzw. zum Patienten überfordern könnte. Für die Ermittlung des mutmasslichen Willens, für die die Person verantwortlich ist, sind die oben angeführten Sorgfaltskriterien zu berücksichtigten.

Problematisch erscheint es der Kommission, dass laut neuem Erwachsenenschutzrecht sich die Entscheidungsträgerinnen und –träger nicht nur am mutmasslichen Willen orientieren sollen, sondern auch an den objektiven Interessen der erkrankten Person, d.h. an dem objektiven Patientenwohl, welches sich nach medizinischen Kriterien definiert. Diese Konstellation kann zu Konflikten führen, weil der mutmassliche Willen keinen Vernünftigkeitskriterien standhalten muss, während die objektiven Interessen gerade an solche gebunden sind. Die Kommission empfiehlt daher eine klare Rangfolge der Entscheidungskriterien einzuhalten: Liegt keine Patientenverfügung vor, ist allein nach dem mutmasslichen Willen zu entscheiden. Erst wenn auch dieser nicht ermittelt werden kann, dürfen objektive Interessen für die Entscheidungsfindung herangezogen werden. Mit diesem Verfahren liessen sich die Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten und ihr Schutz vor Fremdbestimmung auch bei einer Demenz maximal sichern.

Beim vorliegenden Text handelt es sich um eine Zusammenfassung der zentralen Thesen der NEK-CNE Stellungnahme Nr. 17/2011 „Patientenverfügung: Ethische Erwägungen zum neuen Erwachsenenschutzrecht unter besonderer Berücksichtigung der Demenz" (1), die Mitte Mai 2011 veröffentlicht wurde.

(1) Der Artikel erschien zuvor in leicht geänderter Fassung am 29. August 2011 im Jusletter http://jusletter.weblaw.ch und in gekürzter Fassung in der Schweizerischen Ärztezeitschrift Ausgabe 32/33, 10. August 2011. Er beruht auf der Stellungnahme der Nationalen Ethikkommission Nr. 17/2011 und ist als Download in den Sprachen Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch unter www.nek-cne.ch verfügbar oder als Broschüre über die NEK-CNE Geschäftsstelle zu beziehen.
(2) Vgl. Stellungnahme Nr. 17/2011, S. 11.
(3) Vgl. für die folgenden zwei Abschnitte die NEK-CNE Stellungnahme Nr. 17/2011, S. 17.
(4) Vgl. Stellungnahme Nr. 17/2011, S. 6f.
(5) Vgl. Stellungnahme Nr. 17/2011, S. 23.
(6) Eine Ausnahme stellen Zwangsbehandlungen im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung dar (siehe unten). Der Begriff der „fürsorgerischen Unterbringung" wird im neuen Erwachsenenschutzrecht eingeführt und ersetzt zukünftig den Begriff „fürsorgerische Freiheitsentziehung".
(7) Diese Aussagen fallen unter das Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen vom 8. Oktober 2004 (SR 810.21). Es ist jedoch zu empfehlen, zusätzlich einen Spenderausweis zu erstellen. Eine Erklärung zur Spende kann geben, wer das 16. Lebensjahr vollendet hat (Art. 8 Abs. 7 Transplantationsgesetz).
(8) Die Verwendung des Leichnams oder von Teilen des Leichnams für die Ausbildung von Medizinalpersonen und/oder die Forschung ist gesetzlich nur mit ausdrücklicher Einwilligung zulässig.
(9) Vgl. Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zur Patientenverfügung (SAMW-RL 2009, 8).
(10) Tötung auf Verlangen ist gemäss Art. 114 Strafgesetzbuch strafbar. Die Beihilfe zum Suizid kann nicht Inhalt einer Patientenverfügung sein, da sie die Urteilsfähigkeit des Patienten zum Zeitpunkt der Beihilfe zum Suizid voraussetzt.
(11) In der Botschaft zum neuen Erwachsenenschutzrecht wird als «schwere Verwahrlosung» ein Zustand definiert, „bei dessen Vorliegen es der Menschenwürde der hilfsbedürftigen Person schlechthin widersprechen würde, ihr nicht die nötige Fürsorge in einer Einrichtung zukommen zu lassen" (BBl 2006, 7062).
(12) Vgl. Stellungnahme 17/2011 S. 7 und 25.
(13) Vgl. Stellungnahme 17/2011 S. 8 und 29.

«Sie sollten aber trösten können...»

Worauf es im Pflegeberuf ankommt

Was braucht es, um im Pflegeberuf zu bestehen? Diese Frage beschäftigt die verschiedensten Menschen seit langem. Zahlreiche Antworten darauf finden sich in der Literatur. Im Laufe der Zeit haben sich die Vorstellungen, worauf es in der Pflege ankommt, gewandelt.

Von Esther Spinner

Esther Spinner, geb. 1948 in Zürich, absolvierte eine Ausbildung zur Krankenschwester und wurde Lehrerin für Krankenpflege. Ausbildung zur Psychodramaleiterin. Esther Spinner lebt in Zürich und ist freiberuflich als Schriftstellerin und Kursleiterin für Schreibkurse tätig. Neben ihren Büchern hat sie Beiträge für Anthologien, Zeitschriften, Zeitungen und für das Radio verfasst. Der vorliegende Text ist aus einem Vortrag über Pflegeberufe vor Berufsberaterinnen und – beratern entstanden. http://www.spinner.page.ms/

Sonderbares Leben / zwischen Wänden, / die Seufzer kennen / und heimliche Tränen. / Sonderbares Leben / in diesen Zimmern, / die immer besetzt sind. / Menschen kommen und gehen, / Menschen wie du und ich. / Einer bleibt Tage, / einer bleibt Wochen / oder Monate. / Hier hat die Zeit das Mass verloren, / und wenn einer geht oder stirbt / hängen Wolldecken auf der Terrasse / und der Wind streicht darüber hinweg. / Er kennt diese Decken, / Matratzen und Kissen, / und er lüftet / die Schmerzen und Tränen, / die Gebete, die Hoffnung / und weiss, bald wird ein anderer kommen, / der in die Kissen heimlich seufzt, / weint oder betet.

Mit diesen Worten beschreibt die Dichterin Gertrud Schürch ihre eigene Spital-Erfahrung. Selbst die Wände kennen die hier vergossenen Tränen, und die Kissen sind voller Seufzer und Gebete. Hier hat die Zeit das Mass verloren, schreibt sie.

Im letzten Jahr war ich selbst im Spital, und ich erinnere mich gut an das Einzelzimmer, in das ich in meinem Bett geschoben wurde. Das zellenartige des Zimmers gefiel mir gut, doch die grosse Uhr an der Wand vor mir mit ihrem aufdringlichen Ticken störte mich. Hier hatte die Zeit nicht das Mass verloren, in dem Sinne, dass sie nicht mehr gemessen wurde. Hier wurde sie gezählt, jede einzelne Sekunde. Mir war, als würde meine Lebenszeit mir vor abgezählt von dieser Uhr, jedes Vorrücken der Zeiger brachte mich dem Lebensende näher. Meine Lebensgefährtin verstand meine Not, sie reckte und streckte sich, hob die Uhr von der Wand und entfernte ihr ihren Lebensnerv, die Batterie. Danach stellte sie die Uhr in den Schrank, wo sie bis zu meinem Austritt ruhig schlief. Die mir zugeteilte Pflegefachfrau zeigte Verständnis für die Veränderung meiner Zelle. Schon lange, sagte sie, habe sie darauf hingewiesen, dass diese Uhr für jeden hier liegenden Menschen eine Zumutung sei.

Auch die Berner Schriftstellerin Romie Lie berichtet von ihren Spitalaufenthalten in mehreren Gedichten. Sie beschreibt sehr genau die Bettperspektive, den Blick auf den ewig gleichen Ausschnitt der Welt. Sie nennt sich selbst eine Spitalgefangene und wünscht sich hinaus. *Einmal / nicht von oben / einmal unter der plantane / einmal / spazieren im gefängnishof.* Doch auch das Hinaus führt Romie Lie nicht in die Freiheit, sondern nur in ein anderes Gefängnis. Denn so lange die Krankheit da ist, so lange ist sie eine Gefangene, die sich nicht so bewegen kann, wie sie

UMDNJ school of nursing | flickr

möchte, eine Gefangene, die nicht nur von Krankenhauswänden eingeschränkt ist.

Die längste aller Nächte?

Die schon zitierte Dichterin Gertrud Schürch veröffentlichte in den 60er Jahren ihre Krankenhaus-Elegien, die mit der Zeile beginnen: *Das ist die längste dieser Nächte...* Wie soll sie überstanden werden, die längste aller Nächte? Das mag die Nacht vor einer Operation sein oder die Nacht vor der Chefvisite, die endlich Gewissheit bringen wird über die Erkrankung. Es mag die Nacht voll quälender Schmerzen sein oder die Nacht, da der Tod am Bettrand steht und nicht mit sich verhandeln lässt. Die längste Nacht – die meisten Patientinnen und Patienten kennen sie. In solchen Nächten braucht es Menschen in der Nähe. Und in der Nähe sind die Pflegefachleute.

Wer sind diese Leute und was braucht es, um in diesem Beruf zu bestehen? Die Biografie von Florence Nightingale gibt darüber einige Auskünfte. Florence Nightingale war die Gründerin der modernen, nicht-religiösen Krankenpflege. 1820 geboren in England als höhere Tochter, widmete sie ihr Leben der Krankenpflege bis zu ihrem Tod 1910 mit neunzig Jahren. Um ihren Berufswunsch durchzusetzen, legte sie sich nicht nur mit ihren Eltern an, sondern verstiess gegen sämtliche Normen einer Gesellschaft, die für Frauen nur begrenzte oder gar keine beruflichen Möglichkeiten vorsah. Florence Nigthingale setzte sich durch und erwarb sich pflegerische Kenntnisse durch Literaturstudium und praktische Einsätze in Pflegeeinrichtungen in Frankreich und Deutschland. Im Krimkrieg Mitte des 19. Jahrhunderts arbeitete sie in den Lazaretten, und ihre pflegerischen Massnahmen retteten unzähligen Soldaten das Leben. Sie reorganisierte die Pflege und führte insbesondere Massnahmen zur Verbesserung der Hygiene ein. 'Engel der Barmherzigkeit' ist der Titel der Biografie von Oskar Maurus Fontana, die in den Fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts erschien. *Zwanzig Stunden dauerte für Florence in dieser Zeit der Tag, ohne die geringste Pause. Sie gönnte sich nicht mehr als vier Stunden Schlaf. Aber wie tief erschöpft sie auch war, selbst ihr Schlaf war leise, horchte immer hinaus in dieses furchtbare Haus, ob niemand sie brauche, ob keiner sie rufe. Nur an sich selbst stellte sie diese hohen Anforderungen, den Schwestern räumte sie Ruhepausen ein, sie wechselte den Dienst ab, um sie frisch und bei Kräften zu erhalten. Denn die vom Krieg aufgezehrten Verwundeten durften nichts von Erschöpfung an den anderen merken. Es musste wie ein Hauch von Frühling und Mut durch die Säle gehen, wenn die Schwestern kamen.*

Vom Krimkrieg erholte sie sich nie mehr. Doch trotz Krankheit und zunehmenden Schmerzen, schrieb sie Bücher über Krankenpflege und über die Organisation von Spitälern und gründete eine der ersten modernen Pflegeschulen. In Erinnerung blieb sie als 'die Dame mit der Lampe'. So sei sie nachts durch die Lazarette gegangen, eine Hoffnungsträgerin für die Hoffnungslosen, sie, die nur vier Stunden Schlaf brauchte.

Dies ist das Erbe der Mutter der modernen Krankenpflege: unermüdlicher Einsatz bis zur Erschöpfung, die aber niemals erwähnt werden darf, schon gar nicht gegenüber den Kranken.

Wie schlägt sich dieses Erbe in der Literatur nieder? Agatha Christie beschreibt in den Vierziger Jahren des letzten Jahrhunderts eine Krankenpflegerin viel prosaischer. Kein Hauch von

Engelsflügeln, keine Barmherzigkeit und keine Lampe. *Dazu muss man so stark sein wie ein Pferd*, lässt Agatha Christie ihre Krankenschwester zu einer jungen Frau sagen, die sich nach den Voraussetzungen für den Pflegeberuf erkundigt. Stark wie ein Pferd, sagt die bestandene Krankenschwester, die sich im weiteren Verlauf des Buches als geldgierige Mörderin erweist, die es nicht kümmert, dass eine unschuldige Frau für ihr Verbrechen verurteilt werden soll. Wäre da nicht der weltberühmte Hercule Poirot... doch das ist eine andere Geschichte.

Mit dieser schillernden Figur schuf Agatha Christie eine Krankenschwester, die zwar weiss, dass der Beruf physische Stärke erfordert, die sich hingegen der Aufopferung verweigert.

Ein zu strenger Beruf

Eine weitere literarische Krankenschwester, die grosse Stärke beweist, ist Susanne Barden. In meiner Generation war sie vielen ein Vorbild. Die sieben Bände erschienen zwischen 1936 und 1955, die neusten Auflagen in den letzten Jahren. Vermutlich hat die Autorin, Helene Dore Boylston, diesen andauernden Erfolg nicht erwartet. Als amerikanische Krankenschwester arbeitete sie im zweiten Weltkrieg in Europa. Danach verlegte sie sich aufs Reisen und Schreiben. Ihre eigene Unabhängigkeit zeichnet auch ihre Heldin Susanne Barden aus, die wohl auch heute noch für viele junge Frauen Anregung und Vorbild ist.

Susanne, die Tochter eines Arztes, will Krankenschwester werden, eine Berufswahl, die der Vater unterstützt. Die Mutter findet den Beruf eher zu streng für ihre Tochter – offenbar ist sie nicht stark wie ein Pferd – ,und von Verwandten wird Susanne gefragt ob sie denn gerne ihr Leben lang Böden wischen und Töpfe leeren wolle. Sie aber stellt sich den Beruf ganz anders vor, und behält recht. Da geht es zunächst um das Lernen: *Meine erste Hausaufgabe bestand darin, bis zum nächsten Tag die Namen und die Lage aller Knochen des menschlichen Körpers zu erlernen. Das wäre nicht weiter schwierig, versicherte die Lehrerin, denn der Mensch hätte nur etwa zweihundert Knochen, die Zähne nicht mitgerechnet.* Anstrengend war die Ausbildung und anstrengend blieb der Beruf. Eine Vorgesetzte rügt Susanne wegen Ungenügens, und als sich diese zu verteidigen sucht – ich hatte wirklich keine Zeit – wird ihr gesagt: *Ein gute Krankenschwester tut immer etwas mehr als ihr möglich ist.* Susanne und ihre Kolleginnen möchten Florence Nigthingale gleichen. Von ihr wird berichtet, dass sie ein glühendes Ofenrohr mit ihren nackten Armen festgehalten habe, um eine Patientin zu retten. Ob Susanne und ihre Kolleginnen dafür den Mut hätten? Und ob sie danach bessere Krankenschwestern wären? Mit diesen Fragen setzen sich die angehenden Pflegerinnen auseinander. Susanne bekommt die Gelegenheit, sich zu bewähren. Sie klammert sich an eine delirierende Patientin, die sich aus dem Fenster stürzen will, lässt deren Beine auch nicht los, als diese ihr einen Hocker über den Schädel zieht. Nach diesem Beweis von innerer und äusserer Stärke ist sich Susanne sicher, den richtigen Beruf gewählt zu haben.

> “ Krankenpflege wird geschildert als ein Beruf, bei dem es immer um zu viel oder zu wenig geht: um zu viel Arbeit und zu wenig Personal.

Im weiteren Verlauf der Geschichte verliebt sie sich in einen jungen Arzt, will ihn aber zu Gunsten ihres Berufes noch nicht heiraten. Zuerst will sie Erfahrungen sammeln als Krankenschwester. Nach Heirat und Geburt der Kinder lässt die Autorin gnädigerweise den Ehemann und Vater an Tuberkulose erkranken, so dass Susanne wieder in den geliebten Beruf einsteigen und die Familie ernähren kann. Abgesehen von einigen Sentimentalitäten, ist das Buch realistisch und nach wie vor aktuell. Besonders eine Passage aus dem Buch lässt mich aufhorchen. Ich zitiere: *Ich hinterlasse Ihnen sieben frisch operierte Patienten, (…) jeder von ihnen brauchte eigentlich eine Extraschwester. Ein Mann, dem die Mandeln herausgenommen werden, ist noch im Operationssaal. Er soll ins Zimmer 5 kommen, das ist unser letztes freies Bett. Bei einem anderen Patienten muss alle zehn Minuten eine Spülung gemacht werden, die ungefähr fünfzehn Minuten dauert.*

Nein, nein, Ich bin noch nicht zu Ende. (…) Bei drei Patienten muss jede Stunde der Blutdruck gemessen werden, bis er stabil bleibt. Zwei leiden an Fieberphantasien und versuchen dauernd aus dem Bett zu steigen. Und ein drei Zentner schwerer Mann mit angebrochenem Rückgrat, der in einem Gipsverband liegt, muss alle zwei Stunden auf die andere Seite gedreht werden. Im Übrigen haben Sie nur die üblichen Arbeiten zu machen.

Krankenpflege wird geschildert als ein Beruf, bei dem es immer um zu viel oder zu wenig geht: um zu viel Arbeit und zu wenig Personal. Und dies sind genau die Themen, die auch heutige Pflegefachleute beschäftigen.

Hübsch aussehen

In den 50er Jahren verändert sich das literarische Bild. Nun geht es nicht mehr darum, stark zu sein wie ein Pferd, und auch Unabhängigkeit und Realismus sind nicht mehr gefragt. Zwar wird noch die physische Stärke als Voraussetzung für den Beruf der Krankenpflege genannt, allerdings abgemildert und angereichert. In einem

Buch für junge Mädchen, in dem von der Frisur über die Einrichtung des ersten eigenen Zimmers bis hin zum Verhalten gegenüber dem Drängen der jungen Männer fast alles behandelt wird, was das Herz eines jungen Mädchens bewegt, geht es auch um die Krankenpflege. Die Voraussetzungen für diesen Beruf werden detailliert beschrieben:

Du musst kräftig sein und leistungsfähige Beine haben. Ein weiblicher Herkules dagegen brauchst du gerade nicht zu sein. Die Kunst, einen hilflosen Patienten zu heben, ist weitgehend ein Trick, den man lernen kann. Man wird einen Blick auf deine Kleider und dein allgemeines Aussehen werfen – bitte gib dir etwas Mühe darin. (...) Eine gute Schwester soll so hübsch wie möglich aussehen; ihre Schuhe sollen glänzen, ihre Nägel gepflegt und ihr Haar sauber, aber nett frisiert sein. Sie sollte es fertig bringen, frisch wie ein Gänseblümchen auszusehen und zu riechen – wie müde sie auch sein mag –, und ihre Nase sollte nicht glänzen!

Zum Wichtigsten an deinem Aussehen gehört (…) dein Mund. Mädchen mit abfallendem Schmollmund sollen nicht Pflegerinnen werden; denn wenn sie müde werden, schauen sie noch schmollender drein, ihre Mundwinkel hängen noch tiefer, und sie deprimieren den Patienten mit ihrem sauren, bekümmerten Aussehen. Wenn aber ein Mädchen einen lächelnden, humorvollen Mund hat, dann ist sie bestimmt einen Versuch wert.

Nun reicht die Stärke nicht mehr aus, nun geht es um nichts weniger als das Aussehen der zukünftigen Krankenschwester. Ansprechend soll sie aussehen, darauf haben offenbar Patientinnen und Patienten ein Recht. Können muss sie fast nichts, ihr lächelnder Mund genügt, um mit ihr einen Versuch zu wagen. Ihr blosses hübsches Dasein wird als heilsam beschrieben. Mit diesem Lächeln ist Krankenpflege ein Kinderspiel, mit Leichtigkeit und einigen Tricks erledigt die Krankenschwester ihre Arbeit, und wenn diese trotzdem schwer ist oder Stärke erfordert, darf das niemand merken. Ein *Hauch von Frühling* sollte durch die Krankenzimmer wehen – genau wie bei Florence Nigthingale. So schildert es jedenfalls Ernst Heimeran,

ekey84 / flickr

ein weiterer Autor der 50er Jahre:

Sie hatte das Bett abgeräumt und stach nun die eingelegenen Matratzen um, so dass sie sich wieder wölbten. Dann brachte sie den Molton und das Leintuch auf und glättete es mit dem Rechen ihrer Hände. Gut locker muss der Boden sein, in dem ein Patient gedeihen soll, und glatt und ohne Brösel. Ihr ganzes Tun hatte etwas Gärtnerisches, und die weisse Haube stand ihr wie ein Erntekopftuch. Nach der Bodenbearbeitung ging sie an die Deckenaufschüttung.

Witz und Humor

Hier wird die Krankenschwester als Gärtnerin beschrieben, und tatsächlich, die beiden Berufe haben eine gewisse Verwandtschaft. Pflanzen wie Menschen wollen gehegt und gepflegt sein, beide brauchen Zuwendung und den richtigen Boden, damit sie wachsen können. Hier ist nichts mehr zu lesen von Stärke. Selbst das Umstechen der Matratzen geschieht leicht, fast spielerisch, der Frühling ist spürbar, ein frischer Wind weht durch das Krankenzimmer.

Pflanzen wie Menschen brauchen Zuwendung – und sie brauchen Ansprache.

In seinem in den 50er Jahren erschienen 'Trostbüchlein' denkt der Autor Georg Keller darüber nach, welche Krankenschwestern er während seines Spitalaufenthaltes besonders schätzte und warum: *Wie war das doch noch mit Schwester Bertha gewesen? Eine gute Schwester, jawohl; eine von jenen Schwestern, die für diesen Beruf wirklich geschaffen waren und die deshalb nie von ihrem inneren Drang und ihrer noch innerlichen Berufung zu diesem Beruf gesprochen hat. Nur eins werde ich Schwester Bertha schwer vergessen können: dass sie dann, wenn ich einmal traurig war, mich durch Witze erzählen aufzumuntern versucht hat. Denn abgesehen davon, dass die meisten ihrer Anekdoten und Witze ohne merkliche*

Pointe waren und dass ich die, deren Pointe einigermassen annehmbar war, schon kannte, ganz abgesehen davon finde ich es nicht besonders einleuchtend und erfolgversprechend, einen Patienten auf diese Weise aufheitern zu wollen.

Aber auch an Schwester Gerda werde ich immer denken müssen. (...) Sie besass Humor. Nicht nur gute Laune besass sie, Humor war ihr eigen, also jene herrliche Gabe, von der Otto Julius Bierbaum einmal so unübertrefflich gut sagte: «Humor ist, wenn man trotzdem lacht.» Und gerade dieses 'trotzdem' zu lachen hat die Schwester Gerda verstanden wie selten eine andere Schwester.

Witz oder Humor: beides verlangt die richtigen Worte und den richtigen Moment. Seit einigen Jahren wird über 'Humor in der Pflege' gesprochen, es werden entsprechende Bücher und Weiterbildungen angeboten. Witz und Humor sind sprachliche Interventionen. Dafür braucht es weder starke Beine noch kräftige Arme, sondern die Fähigkeit, sich angemessen auszudrücken. Und genau das braucht es auch für den Trost.

Die Briefe der Autorin Maxie Wander, die sie in den 80er Jahren aus dem Krankenhaus schrieb, in dem sie mit einer Krebserkrankung lag, berühren noch heute. Sie wünschte sich keine besonders hübsche oder besonders humorvolle Pflegerin. Maxie Wander wünschte sich ganz einfach Trost:

Die Schwestern müssten aber trösten können, sie müssten ein wenig mehr von der Psyche der Kranken verstehen, damit sie wenigstens den Schwerkranken und den Operierten beistehen können. (...) Warum kommt denn keiner und streichelt mich, wischt mir das Gebrochene vom Hals und aus den Haaren, tropft ein bissl Tee in den Mund, schaut mir in die Augen und sagt: «Ich weiss, wie Sie sich fühlen, aber das vergeht, die Stimme kommt auch wieder, und die Schmerzen in der Brust sind nur von der Narkose, Sie haben keinen Grund, Angst zu haben!

Maxie Wander geht es, darum als Mensch wahrgenommen und angesprochen zu werden. Es braucht, so schreibt sie, eine Krankenschwester, die den Kranken in die Augen schaut, die ihnen vorausschauend sagt, was weiter passieren wird, die sie tröstet, ihnen die Angst nimmt. Es braucht eine Krankenschwester, die sich sprachlich ausdrücken kann.

Und damit sind wir bei einer Voraussetzung für den Beruf der Pflege, die zunehmend ins Blickfeld rückt. Die Pflegewissenschaftlerin Angelika Abt-Zegelin schrieb schon 2005 in ihrem Buch „Sprache und Pflege": *Pflege ist eine interaktive Tätigkeit und ein kommunikativer Beruf. Die Sprache ist eines ihrer wesentlichen Elemente. Diese Tatsache (...) ist unbestritten. Höchst fraglich ist allerdings, ob – und wenn ja – in welcher Weise sie auch ernst genommen wird.*

Jargon und Respekt

Wie ernst wird die Sprache in der Pflege genommen? Das Pflege-wir, das lange Zeit auf den Witzseiten auftauchte – wir gehen jetzt zusammen zu Bett – ist hoffentlich ausgestorben. Doch der Jargon blüht noch immer. Jargon ist die Sprache, mit der sich eine Gruppe über ihr Fach verständigt. Jargon scheint einfacher als die Fachsprache, schliesst aber wie diese nicht zugehörige Menschen aus. Das macht beide so interessant. Zum Ausschluss der einen Menschen gehört der Einschluss der anderen. Die Dazugehörigkeit zeigt sich im Gebrauch des Jargons, und leider geht dabei oft der Respekt verloren. Letzthin erklärten mir Kolleginnnen, dass der Ausdruck *das Auge im Ops* holen fachlich absolut korrekt sei. Dass das Auge nur ein Teil des ganzen Menschen ist, schien diese Kolleginnen nicht zu stören. Der Ausdruck entspreche der Anforderung, im Korridor keine Namen zu nennen, argumentierten sie, zudem enthalte er in wenigen Worten alle nötigen Informationen. Wenn ich solches höre, weiss ich, dass die Krankenpflege noch einen weiten Weg vor sich hat. Doch wir sind auf diesem Weg, und es gibt kein Zurück. Zu gross und zu weit verbreitet ist mittlerweile das Bewusstsein über Sprache und ihre Wirkung.

Heutige Pflegefachleute sollten sprachliche Fähigkeiten mitbringen und in mündlicher und schriftlicher Sprache geschult werden. Warum und wozu? Pflegefachleute kommunizieren mit den verschiedensten Menschen, die meist in einer Ausnahmesituation sind. Sie sind betroffen von einer Krankheit, einem Unfall, oder einem Umbruch in ihrem Leben. Nichts ist mehr, wie es war. Wie wird einem neunzig Jahre alten Mann sein neues Zuhause, das Pflegeheim, vorgestellt? Wie kann eine Mutter, deren vierjähriges Kind im Sterben liegt, angesprochen werden? Wie spricht man mit jemandem, der nach einem Unfall starke Schmerzen hat, wie mit einer Frau unter der Geburt und wie mit dem zukünftigen Vater? Wie erklärt man einer Tochter die Demenz ihrer Mutter? Wie fragt man nach, wenn der Verdacht auf Inkontinenz vorliegt?

Die hohe Kunst des Übersetzens

Dies alles sind sprachliche Handlungen, die grosses Wissen und viel Einfühlungsvermögen voraussetzen. Pflegefachleute wissen, wem man offene Fragen stellen kann, die mit vielen Worten beantworten werden müssen, und wem man geschlossene Fragen stellen muss, auf die ein Ja oder Nein, ein Nicken oder Kopfschütteln als Antwort genügt. Sie passen ihre Methoden der jeweiligen Situation an, und manchmal wiederholen sie das Gehörte, um anzuzeigen, dass sie die Aussage verstanden haben. Sie erkennen, dass eine an Alzheimer erkrankte Patientin anders angesprochen werden muss als ihre Angehörigen, die Informationen benötigen über die Krankheit, aber auch darüber, wie sie ihre Mutter am besten begleiten könnten.

Pflegefachleute informieren über Krankheiten und die mögliche Behandlung, über die Wirkung von Medikamenten, über geplante Untersuchungen und darüber, wie sie ablaufen. Pflegefachleute übersetzen von der medizinischen Fachsprache in die Alltagssprache. Diese Art des Übersetzens ist eine hohe Kunst. Der Inhalt darf nicht verloren gehen, er muss stimmen, und doch in ganz anderen Worten ausgedrückt werden, Worten, die das Gegenüber verstehen und einordnen kann ins eigene Weltbild. Ich habe noch den Satz im Ohr, den ich jeweils nach der Visite hörte: Sie, was hätt er jetzt gseit? Mit 'er' war der Arzt gemeint, und ich war aufgefordert, seine Aussagen in eine allgemein verständliche Sprache zu übersetzen. Pflegefachleute können trösten und wissen, dass die Sprache heilsam ist. Da-

bei geht es nicht nur um das Aneinanderreihen von Wörtern, sondern um das Herstellen von Sinnzusammenhängen für die am Gespräch Beteiligten. Dazu bieten Pflegefachleute mögliche Deutungen an, ohne das Gegenüber einzuengen. So kann – vielleicht – das Namenlose benannt werden, damit es seinen Schrecken verliert und durch Worte gebannt werden kann.

Schreiben, um Gedanken sichtbar zu machen

Pflegefachleute erklären Handlungen, wie zum Beispiel das Messen des Blutzuckers, und passen ihre Erklärungen dem Gegenüber an. Sie vertreten ihren Beruf gegenüber anderen Diensten, sie diskutieren mit, wenn es um mögliche Behandlungen oder um die Zukunft der Patientinnen und Patienten geht, sie argumentieren aus pflegerischer Sicht und begründen ihr Vorgehen. In Kommunikation geschulte Pflegefachleute sind fähig, verschiedene Argumente in ihre Entscheide einzubeziehen und einen eigenen Standpunkt zu entwickeln. Dies sind wichtige Fähigkeiten, wenn es darum geht zu entscheiden, ob die Autonomie der Patientinnen, der Patienten wichtiger ist als ihre Sicherheit. Braucht Frau Hofer die Bettgitter wirklich? Sie selbst ist dagegen, fühlt sich wie ein Huhn im Käfig. Ihrer Tochter gefallen die Gitter auch nicht. Eingesperrt sei die Mutter, sie habe keinen Handlungsspielraum mehr, kaum dass sie noch zum Telefon greifen könne. Werden aber die Bettgitter nicht hochgezogen, steigt Frau Hofer allein aus dem Bett. Regelmässig vergisst sie zu läuten, und schon zweimal ist sie gefallen, zum Glück ohne schwerwiegende Folgen. Die Risswunde am Kopf konnte genäht, der Knöchel bandagiert werden. Was ist zu tun? Im gemeinsamen Gespräch werden die Vor- und Nachteile der Bettgitter diskutiert, die Selbständigkeit und Entscheidungsfreiheit wird der körperlichen Sicherheit gegenüber gestellt. Der gemeinsame Entscheid wird schriftlich festgehalten, auch dies eine sprachliche Handlung, die viel Können erfordert. Alle, die sich selbst schon an sachlichen Berichten versuchten, wissen, wie schwierig es ist, die eigene Meinung wegzulassen. Vielleicht noch schwieriger ist es, die eigenen Gefühle nicht in den Bericht einfliessen zu lassen. Auch das ist zu lernen: Gefühle, Meinung und Beobachtung zu trennen, so dass die Beobachtung möglichst sachlich beschrieben werden kann, auch wenn das Herz überfliesst oder der Ärger überhand zu nehmen droht. Wohin aber sollen die Pflegefachleute mit ihren Gefühlen? Auch da bietet sich die Sprache an: einerseits das Gespräch als Austausch, andrerseits das Aufschreiben von schwer erträglichen Situationen. Schreiben ist die einzige Möglichkeit, die eigenen Gedanken sichtbar zu machen. In Worte und Sätze gefasst liegen sie auf dem Papier. Dieses Aus-sich-heraus-Schreiben ist entlastend. Später kann eine solche Situation nachgelesen werden, es können im Nachhinein, in einem anderen Augenblick neue Erkenntnisse aus vergangenen Erlebnissen gezogen werden. Oder aber das Papier wird zerknüllt, vielleicht sogar verbrannt, und damit schwindet der Ärger, die Wut oder die Trauer.

Pflege ist ein Sprachberuf

Zukünftige Pflegefachleute sollten darauf hingewiesen werden: Pflege ist ein Sprachberuf, bei dem es um mehr geht als um einfache Grussformeln. Die Schwestern müssten aber trösten können... Aber, und diese Anforderung ist vielleicht noch schwerer zu erfüllen: Pflegefachleute müssen auch schweigen können. So wie der Witz im falschen Moment, ist auch der Trost nicht immer angebracht, vor allem auch, weil es nicht immer Trost gibt.

Der schon zitierte Georg Keller schreibt in seinem 'Trostbüchlein': *Wenn ich mich heute frage, was es denn gewesen ist, was mir die Schwester Hilde so unvergesslich macht, so fällt mir eine Antwort, die mich wirklich befriedigen kann, sehr schwer. (...) Was war es denn nur gewesen?...Ja, das war es gewesen, jetzt weiss ich es: dass sie immer Zeit hatte für ihre Patienten, und dass sie nie – zu viel Zeit hatte für uns. Dass sie, wenn sie Müdigkeit oder seelische Gedrücktheit bemerkte an mir, dass sie dann leise aus dem Zimmer ging, ohne sich nach dem Grund dieser in Spitaltagen nun einmal unumgänglichen Stimmungen zu erkundigen; denn sie hatte es ja gleich beim ersten Mal gemerkt, dass ich über solche Dinge nicht gern spreche, und nie mehr hat sie daran gerührt. (...) Mit einem Wort: ihr hohes Taktempfinden ist es gewesen, was sie für mich so unvergesslich werden liess.*

Nebst der Sprachschulung ist also auch die Schulung des Einfühlungsvermögens wichtig. Hier schliesst sich der literarische Rundgang und wir sind wieder beim Ausgangspunkt angelangt, dort, wo Kranke selbst ihre Situation beschreiben.

In vielen Texten finden sich Hinweise darauf, wie sich kranke Menschen fühlen, was sie bewegt, woran sie denken, wenn sie den ganzen Tag im Bett liegen, vor sich das Fenster, das einen begrenzten Ausblick in die Welt gewährt, gegenüber die weisse Wand. In Gedichten, Romanen, Erzählungen begegnen Leserinnen und Leser den Erfahrungen des Krankseins. Aus der Literatur lässt sich lernen, beschriebene Erfahrungen können in den Pflegealltag übertragen werden. Nicht als unumstössliche, einzige Wahrheit, die für alle Patientinnen und Patienten zu gelten hat, sondern eher als Ahnung, wie es sein könnte in den *längsten dieser Nächte*, in denen die Pflegefachleute trösten sollten, in denen das richtige Schweigen oder die richtigen Worte das Dunkel erhellen können. Und wenn eigenen Trostworte fehlen, kann auch hier ein Gedicht weiterhelfen, ein Gedicht wie das von Mascha Kaléko: *Die Nacht / in der das Fürchten wohnt / hat auch die Sterne / und den Mond.*

1 Gertrud Schürch: Mein Engel bleibe, Speer 1963
2 Romie Lie: Am Fenster die Zeichen, Dendron 2002
3 Gertrud Schürch: ebd.
4 Oskar Maurus Fontana: Der Engel der Barmherzigkeit, Bertelsmann 1957
5 Agatha Christie Agathe: Morphium, Goldmann 1940
6 Helen Dore Boylsten: Susanne Barden: Hinaus ins Leben, Xenos 1954 / Reifen und Wirken, Xenos 1955 / Weite Wege, Xenos 1956
7 Katie Gandy: Danke, Schwester! in Streatfeild Noel, Hrsg., Jahre der Anmut - junge Mädchen und ihre Welt, Fretz und Wasmuth 1953
8 Ernst Heimeran: Bettperspektive in 'Der lächelnde Patient', Ein Gruss zur guten Besserung von Walter Kraus, Hrsg., Sanssouci 1965
9 Georg Keller: Schwestern, Ärzte, Patienten - eine Art Trostbüchlein, Orell Füssli 1969
10 Maxie Wander: Leben wär' eine prima Alternative, Ex Libris 1981
11 Angelika Abt-Zegelin / Martin W. Schnell: Sprache und Pflege, Hans Huber 2005
12 Georg Keller: ebd.
13 Mascha Kaléko: In meinen Träumen läutet es Sturm, dtv 1985

Was kann Frau (und Mann) tun, um gesund zu bleiben?

Welche Rolle spielt der Lebensverlauf?

Alltag, Kultur und Gesundheit: Protektive Faktoren oder Resilienz. Gesundsein ist ein wichtiger Erfolgsfaktor in der Bewältigung von Migrationssituationen. Doch nicht nur da, wir alle möchten eine intakte „Gesundheit haben". Wie erreichen wir dieses Ziel?

Lenka Svejda-Hirsch
Sozialwissenschafterin, Ethnologin

Daniela Heimberg
leitende Psychologin

Beratungsstelle Bruderholz, Externe Psychiatrische Dienste des Kantons Basel-Landschaft

Ausgehend von unseren Referaten mit Workshop-Charakter im Begegnungszentrum Union in Basel haben wir uns Fragen nach Gesundheit, dem Gesund-Sein und -Bleiben gestellt, insbesondere dem von Frauen mit Migrationshintergrund. Natürlich wollen wir alle gesund sein und es möglichst auch bleiben, dennoch gehört das Krank-Sein ebenso zu unser aller Leben wie das erneute gesund Werden. Krankheiten finden sich in allen Kulturen der Erde, Bewältigungsstrategien und medizinische Modelle ebenso - wenn auch in sehr unterschiedlichen Ausformungen. Unser vorherrschendes Modell der Biomedizin ist ein sehr wirksames, dennoch gibt es auch andere Ansätze zum Verständnis von Krankheiten und deren Therapieformen (1). Bekanntlich wird bei einer Migration nicht nur das angestammte kulturelle Umfeld verlassen, sondern auch die vorherrschende Medizinkultur mit all ihren Eigenheiten und Abläufen.

Migrierte Frauen sind oft vielfach gefordert, da sie nicht nur ihr eigenes Wohl, sondern auch das ihrer Familie (Ehemann, Kinder) im Auge behalten müssen. Oft hängt die existenzielle Sicherheit direkt an der gesundheitlichen Stabilität, dem Wohlsein der erwachsenen Familienmitglieder. Gesundsein ist ein wichtiger Erfolgsfaktor in der Bewältigung von Migrationssituationen. Doch nicht nur da, wir alle möchten eine intakte „Gesundheit haben". Das ist eine der Gemeinsamkeiten, die migrierte und nicht migrierte Personen verbindet.

Eine Lebenslinie mit Ereignissen

Auf individueller Eben betrachtet und unter dem Aspekt, jede/r ist selbst zu einem grossen Teil für seine Gesundheit verantwortlich, können wir das Leben als Kontinuum betrachten. Das Leben als Kontinuum, eine Lebenslinie mit Ereignissen, die uns zu Anpassungen und Prozessen zwingen. Die Lebenslinie mit Krisen, die sich oft auch als Wendepunkte herausstellen (life events). Die Life-Line (wie sie z.B. als Methode innerhalb der „Narrative Exposure Therapy" zur Behandlung von traumatisierten Menschen genutzt wird) greift eine alte Vorstellung auf: Das Leben wird als Linie, Fluss oder Weg betrachtet. Begriffe wie Lebensweg, Lebenslauf (synonym zu Flusslauf) oder Lebenslinie begreifen das Leben als Kontinuum, das von so genannten Life events (Lebensereignissen) einschliesslich Krisen durchbrochen wird. Der Begriff „Krise"

(2) bedeutet ursprünglich nichts anderes als „Wendepunkt", Zeitpunkt einer Entscheidung, in welche Richtung das Leben weitergehen soll. Die individuelle Entwicklung verläuft in Zyklen von Krisen und mehr oder weniger gelungenen Anpassungsprozessen. Beispiele biologischer Krisen sind die Pubertät oder Menopause, welche in vielen Kulturen mit speziellen Ritualen (rites de passage, ethnologisches Konzept von van Gennep) (3) innerhalb des sozialen Lebens markiert werden. Solche Übergangsriten haben zum Ziel, den Individuen den Rollen- und Statuswechsel zu vereinfachten. Entwicklungspsychologische Krisen können Rollenwechsel wie vom Kind zum Jugendlichen, von der Tochter zur Ehefrau sein. Krisen aufgrund äusserer, geographischer Veränderungen können eine Migration oder auch nur ein Umzug sein. Es gibt aber auch Krisen aufgrund von Verlusten (Trennung, Tod) oder aussergewöhnlichen Ereignissen wie zum Beispiel einer Gewalttat.

Alle Krisen erfordern Anpassungsleistungen mithilfe erlernter Bewältigungs- (oder coping)strategien. Der Umgang mit erhöhten Anforderungen, die Krisen an uns stellen, führt zu neuen Erfahrungen und allenfalls zu neuen Coping-Stategien, wobei unterschieden wird zwischen

- problemorientiert: Überwindung einer Problemsituation durch Informationssuche, direkte Handlungen oder Unterlassen von Handlungen (Bezug auf Ebene der Situation bzw. des Reizes),
- emotionsorientiert: sogenanntes „intrapsychisches Coping" - Abbau der durch die Situation entstandenen emotionalen Erregung, ohne Auseinandersetzung mit der Ursache,
- bewertungsorientiert: Neubewertung einer Stress-Situation. Eine Belastung wird als Herausforderung betrachtet, bedingt eine Kombination von verschiedenen Bewältigungsstrategien.

Bleibt die Frage: Was hilft zum positiven Umgang mit den Krisen bzw. Herausforderungen des Lebenslaufes? Welches sind Resilienzfaktoren? Und in diesem Sinn: Was schützt vor Krankheiten oder bei der Erhaltung von Gesundheit?

Der Ansatz der Salutogenese

Die Begriffe „Gesundheit und Krankheit", basierend auf dem Ansatz der Salutogenese (Aaron Anatovsky) (4), sind beobachterabhängige Konstrukte, wobei „Kultur" eine der Variablen darstellt. Verkürzt könnten wir sagen, dass Konsens darüber herrscht, „Gesundheit" als ein mehrdimensionales Konzept zu sehen, das sowohl körperliches und psychisches Wohlbefinden, die Bewältigung von Lebensaufgaben, die Erfüllung von Rollenerwartungen und die Selbstverwirklichung und Sinnfindung umfasst. Gesundheit wird heute als Biopsycho-soziales Konzept verstanden.

Krankheiten werden heute ebenfalls auf der Basis multifaktorieller Erklärungsmodelle gedeutet. Da gibt es bspw. genetisch vorgegebene und umweltbezogene Rahmenbedingungen, innerhalb derer sich Krankheiten manifestieren können. Es gibt Stresserkrankungen, die biologisch, psychologisch und/oder sozial bedingt sein können. Vielfach zeigen sich bei einer Erkrankung Regressionen wie der Wunsch von Patienten, der Verantwortung für sich selbst zu entfliehen und in die Rolle des umsorgten Kindes zurück zu kehren. Es ist aber nicht möglich, die Verantwortung zu delegieren, weder an Mediziner noch an Bezugspersonen. Die Verant-

wortung im Umgang mit der eigenen Gesundheit bzw. Erkrankung kann nicht delegiert werden, denken wir z.B. an die Patientenverfügung als Ausdruck dieser Verantwortungsübernahme. Das manifeste Krankheitsgeschehen ist Ausdruck eines Prozesses von verschiedenen aufeinander einwirkenden Faktoren.

Fähigkeit, Krisen im Lebenszyklus zu meistern

Wie also begegnen wir den unvermeidbaren Lebenskrisen und den damit verbundenen Erkrankungsrisiken? Ein positiver Faktor ist sicherlich die Resilienz als psychische Widerstandskraft eines Menschen. Ein „resilienter Mensch" bewältigt selbst hohe Belastungen ohne nachhaltige Schäden. Resilienz wird allgemein als Fähigkeit eines Menschen definiert, Lebenskrisen mit Hilfe von persönlichen und sozial vermittelten Ressourcen ohne anhaltende Beeinträchtigung durchzustehen und als Anlass zur Entwicklung zu nutzen (5). Beispielsweise versuchen „resiliente Traumaopfer" dem Trauma etwas Positives abzugewinnen und

- haben gute Problemlösungsfähigkeiten,
- gehen effektiv mit Stress um,
- holen sich aktiv Hilfe,
- sehen sich mehr als Überlebende und weniger als Opfer u.ä.m..

Vor allem aber glauben sie an die Möglichkeit, mit ihren Lebensproblemen umgehen und fertig werden zu können. Das ist auch eine Basis des Salutogenese-Konzeptes: Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Ressourcen zu haben, oder: sich der eigenen Resilienzfaktoren bewusst sein.

Wir könnten auch von Verantwortung als Resilienzfaktor reden. Verantwortung bedeutet die Möglichkeit, für die Folgen eigener oder fremder Handlungen Rechenschaft abzulegen. Sie drückt sich darin aus, bereit und fähig zu sein, später Antwort auf mögliche Fragen zu deren Folgen zu geben. Eine Grundvoraussetzung hierfür ist die Fähigkeit zur bewussten Entscheidung. Eine Verantwortung zieht immer eine Verantwortlichkeit nach sich, d. h. die Verpflichtung, dafür Sorge zu tragen, dass die Entwicklung des Verantwortungsbereichs im gewünschten Sinne verläuft. Wer Verantwortung für seine Gesundheit übernimmt, übernimmt Verantwortung für sich und seine (soziale) Umwelt.

Migration bringt Trennungen mit sich

Was also hilft Menschen gesund zu bleiben? An erster Stelle zu nennen ist sicherlich ein gutes familiäres und sozial tragendes Umfeld, Beziehungen und Freunde zu haben. Das heisst auch eingebunden zu sein im sozio-kulturellen Umfeld, was wiederum heisst, Chancen auf ein erfolgreiches, selbst bestimmtes Leben zu haben, partizipieren zu können, über Wahloptionen der eigenen Lebensgestaltung zu verfügen. Letzteres müssen sich Menschen mit Migrationshintergrund oftmals hart erarbeiten. Niemand kann einfach die „Reset"-Taste drücken, und alles fängt geordnet von vorne an. Eine Migration bringt Trennungen, Entwurzelung, emotionale und materielle Verluste mit sich, die in der Regel zeitgleich mit dem Neuanfang bewältigt werden müssen. Das erfordert viel Kraft und Durchhaltevermögen. Insbesondere für Familien, Frauen und Mütter, die nebst sich selbst Sorge zu ihren Kindern tragen müssen. Aber auch die Männer und Väter sind gefordert, die neue Rolle als Immigrant in einer fremden Umgebung und der Verlust des angestammten sozio-kulturellen Statuses kann sehr schwer sein - dennoch muss Haltung bewahrt werden ...

Solcherlei Belastungssituationen machen potentiell vulnerabel - müssen es aber nicht, wenn genug protektive Faktoren (Resilienzen) vorhanden sind. Es stellt sich also die Frage: Was kann krank machen? Und da wir alle immer mal wieder mehr oder weniger erkranken, geht uns das alle an. Krank machen können aus psychologischer Sicht:

- Soziale Isolation, Verachtung und Vernachlässigung,
- Negative/fehlende Bindungserfahrungen und -kompetenzen, chronische Paarkonflikte,
- eingeschränkte Problemlösestrategien,
- Schlafentzug, Reizüberflutung und Lärm
- negative Kontrollüberzeugungen und spezielle Attributionsstile (wie z.B.: wenn etwas gut läuft ist es Zufall, wenn es schief läuft, bin ich schuld),
- Versagensangst, Angst nicht zu genügen,
- Perfektionismus, überhöhte Ansprüche an sich selbst und an andere,
- fehlende Gestaltungsmöglichkeiten, mangelndes Interesse an Beruf und Freizeit
- Geldmangel, Armut und Schulden,
- (zu) grosse Verantwortung, Überforderung als auch Unterforderung und
- kritische Lebensereignisse (Trennung, Prüfung, Operation) und ähnliches mehr.

All die aufgezählten Faktoren führen in der Regel zu Stress, und zwar zum potentiell krank machenden Disstress. So genannte Stressoren (Reize) rufen psychische und physische Reaktionen hervor, die zur Bewältigung der Anforderungen befähigen, aber auch als körperliche und psychische Belastung empfunden werden. Hans Selye (6) entlehnte den Begriff „Stress" aus der Physik, um die unspezifische Reaktion des Körpers auf jegliche Anforderung zu benennen. Lazarus (7) hat seine Auffassung von Stress immer wieder überarbeitet und schliesslich als relationales Konzept aufgefasst i.S. einer bestimmten Beziehung („Transaktion") zwischen Umwelt und Person. Eustress, als positive Seite von Stress, hat evolutive Wirkung, d.h. ist notwendig zur Entwicklung, sowohl auf kollektiver wie auch individueller Ebene. Bref: Stress ist gut, aber nicht zu viel davon.

Das Leben als Weg (oder Ziel), einschliesslich der spirituellen Dimension, wird von kritischen Lebensereignissen geprägt, angefangen mit der Geburt. Weitere Ereignisse folgen im chronologischen Verlauf unweigerlich. Erst der Tod setzt den Schlusspunkt (und ist bekanntlich das einzig Sichere im Leben). Kleinere und grössere life events, inklusive Konflikte, gehören ebenso zum Leben wie deren Bewältigung. Gemeinsame Werte und Normen prägen das soziale Zusammenleben, nennen sich in ihrer Summe „Kultur" und markieren Verantwortungsbereiche und Grenzen der Toleranz. Jedes Individuum ist ebenso gefordert, für sich Normen und Werte zu definieren, die dem Leben Struktur

und Sinnhaftigkeit verleihen. Damit verbunden entsteht auch ein Verantwortungsbereich, den es wahrzunehmen gilt. Kritische Lebensereignisse können all das in Frage stellen und die gewohnten Strukturen zusammenbrechen lassen. Bewältigungsstrategien erfordern oft ein „sich Arrangieren mit den Umständen", gerade bei Erkrankungen oder einer Migration, ist eine Akzeptanz des Ist-Zustandes und eine Redefinition von Lebensqualität unabdingbar. Generell erfordern Veränderungen eine Anpassung an die neue Situation und den Umgang mit ihr. So gesehen kann Gesundheit auch als die „Fähigkeit, mit Krisen umzugehen", definiert werden. Diese ist persönlich-subjektiv, biographisch, holistisch (anstatt Summe unabhängiger Ereignisse), Sinn gebend und nicht zuletzt ein kumulativer Lernprozess.

Anmerkungen

(1) Der Begriff „Therapie" (gr.) bedeutet ursprünglich „dienen, Bedienung, Dienstleistung, Pflege der Kranken" (Wikipedia). Heute auch als Massnahmen zur Behandlung von Krankheiten mit dem Ziel der Heilung oder Wiederherstellung verstanden.
(2) "Krise" (gr.) bedeutete ursprünglich „Beurteilung, (Ent-)Scheidung, Meinung" aber auch „trennen" und „(unter-) scheiden", später zudem „Zuspitzung" im Sinn einer problematischen, mit einem Wendepunkt verknüpfte Entscheidungssituation (Wikipedia). Eine Krise gipfelt im positiven in der entscheidende Wendung, nämlich eine schwierige Situation oder gefährlichen Entwicklung durch eine aktive Entscheidung in eine neue Richtung zu lenken. Wird dieser Moment verpasst, kann die Krise zur Katastrophe werden.
(3) Les rites de passage. 1909 - Neuauflage: Übergangsriten, Frankfurt am M., Campus, 2005.
(4) Salutogenese : Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Bd. 36, Tübingen: dgvt, 1997.
(5) Resilienz – Gedeihen trotz widrigen Umständen. Heidelberg: Carl-Auer Verlag, 2006.
(6) vgl. The Physiology and Pathology of Exposure to Stress. Montreal: acta, 1950.
(7) Emotion and Adaption. New York: Oxford University Press (1991)

Sozialalmanach 2011

Das Caritas - Jahrbuch zur sozialen Lage in der Schweiz. Schwerpunkt: Das vierte Lebensalter. Caritas, 2010, 214 S., SFr. 34.–

Zum 13. Mal erscheint der Sozialalmanach der Caritas, diesmal zum Thema ‚das vierte Lebensalter', also zur Situation der Hochbetagten. In 10 – 20-seitigen Artikeln wird zur Demographie, zur Angehörigenpflege, zur neuen Pflegeversicherung (sehr gute Übersicht!), zur Hospizbewegung, zur geriatrischen Versorgung, zur Situation der alten MigrantInnen, zur Einsamkeit, dem Sterben fachkundig informiert und gewohnt engagiert Stellung bezogen. Abschliessend betrachtet Klara Obermüller das Altwerden aus philosophischer Sicht von Cicero bis zu Ruht Klüger und ihrer eigenen Erfahrung.

Eingeleitet wird der Band durch den Bericht über die wirtschaftliche und soziale Entwicklung der Schweiz, der nach 12 Ausgaben, die vom Initiator des Almanachs, Carlo Knöpfel verfasst wurden, nun erstmals von Bettina Zeugin verantwortet wird. Der gewohnt gute Bericht beleuchtet die wirtschaftliche Entwicklung seit der Krise, die generelle soziale Lage und der sich weiter durchsetzende Sozialabbau, die Arbeitsintegration und erste positive Ansätze, die die Aktivitäten im Jahr der Armut 2010 brachten.

Einige Studienresultate zum Thema Arbeitsintegration seien im Folgenden zusammengefasst: Erneut wird von Schaufelberger und Mey festgestellt, dass die Leistungssysteme schlecht aufeinander abgestimmt seien, dass zwischen den Angeboten Doppelspurigkeiten und Koordinationsprobleme bestünden. Eine vieldiskutierte Studie von Aeppli und Ragni belegt, dass aktivierende Massnahmen die Chancen zur Wiedereingliederung in die Arbeitswelt nicht erhöhen. Eine Studie der SKOS ergab, dass das Anreizsystem der Sozialhilfe wenig erfolgreich ist im Hinblick auf die Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt. Eine Studie unter der Leitung von Krumenacher untersucht die Angebote zur Verbesserung der Integration Jugendlicher. Angebote seien genügend vorhanden, was fehle seien Koordination, Transparenz, Übersicht und eine klare Strategie. Lindenmeyer und Walker kamen in ihrer Studie zu Verbesserungsmöglichkeiten bei der Zusammenarbeit zwischen Sozialhilfe und RAV zur Idee des „one window" Konzeptes. An einem Ort sollen die Mitarbeiter der beiden Institutionen den

Ratsuchenden das anbieten, was sie besonders gut können (so neu ist die Idee nicht: der seit langem geforderte guichet unique lässt grüssen!). Zudem wird empfohlen die interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) zu verbessern. Nun es bleibt einiges zu tun, wie Leerlauf und Schikane reduziert werden kann.

Erneut in der Sozialalmanach eine reichhaltige und engagiert verfasste Fundgrube!

Schade, dass der statistische Teil nicht mehr nachgeführt wurde; es handelte sich um eine sehr brauchbare Aufarbeitung der Sozialstatistik der Schweiz.

Daniel Gelzer

Arbeit
Bildung
Integration
für alle

Spendenkonto PC 60-480662-7
www.sah-zs.ch

Schweizerisches Arbeiterhilfswerk SAH
SAH ZENTRALSCHWEIZ
Œuvre suisse d'entraide ouvrière OSEO
Soccorso operaio svizzero SOS

Gerhard Kocher

Vorsicht, Medizin!

1'555 Aphorismen und Denkanstösse mit 88 Cartoons von 29 Cartoonisten

☐ Wer meint, er sei gesund, braucht dringend Hilfe.
☐ Frauen werden gefördert, Männer werden befördert.
☐ Auch die beste Medizin hat nur aufschiebende Wirkung.
☐ Vergessen wir nie: In der Medizin geht es um mehr als nur um Leben und Tod: es geht um Franken und Rappen.
☐ Nur Gesundung ist noch schöner als Gesundheit.
☐ Die Würde des Menschen ist unantastbar, ausgenommen natürlich, er sei Patient.
☐ Nach jedem Krankenhausaufenthalt lebe ich extrem gesund (manchmal drei, ja sogar vier Tage lang!).
☐ Wer glaubt, Geld sei das Wichtigste im Leben, war noch nie verliebt oder schwerkrank.
☐ Die Pflege wäre ein Traumberuf, wenn es keine Ärzte gäbe.
☐ Die häufigste Lüge in der Medizin: Es wird nicht wehtun!
☐ Die Menschheit hat bisher alle Katastrophen überlebt. Sie wird auch die moderne Medizin überleben.

... und 1'544 weitere Zitate!

Verlag h. e. p./Ott, Bern, 3. Auflage, 298 S., 34 Fr.

GEGEN GEWALT TÄTIG

Mit Ihrer Spende stärken Sie Jugendliche in unseren Projekten für ein Leben ohne Gewalt. In Afrika, Lateinamerika und in der Schweiz.

terre des hommes schweiz

Postkonto 40-260-2 • www.terredeshommes.ch

Seit über 20 Jahren unterstützen wir

Bildungsprojekte in Bolivien

Comité Educacional Pro Santa Cruz
Basel / Schweiz

Spenden: Postkonto 40-19698-8 (Vermerk «SM»)
Infos: 061 301 55 67 | www.prosantacruz.ch

Wir schätzen Liegenschaften

- **Bewirtschaftung von Liegenschaften**
- **Schätzungen und Expertisen**
- **Kauf- und Verkaufsberatung**
- **Buchhaltung**

Hecht & Meili Treuhand AG
Delsbergerallee 74, CH-4002 Basel
Tel. +41 61 338 88 50
Fax +41 61 338 88 59
hmt@hmt-basel.ch
www.hmt-basel.ch

Hecht & Meili Treuhand AG

Das Bundesgericht gibt einer Krankenkasse recht, die einer jungen Frau die jährlichen Kosten von ca. 600'000 Franken für ein Medikament nicht bezahlen wollte, das die Beschwerden ihrer angeborenen Muskelkrankheit lindert.

Wieviel darf ein Menschenleben kosten?

Der Mensch als Ware auf dem Gesundheitsmarkt

Obwohl die Sklaverei weltweit offiziell abgeschafft ist, werden auch heute noch jährlich ca. 6000 bis 8000 Menschen pro Jahr verkauft, wie aus einem Bericht der UNO über die Weltbevölkerung hervorgeht. Es handelt sich vor allem um Frauen und Kinder, an denen Menschenhändler-Syndikate pro Jahr 7 bis 12 Milliarden Dollar umsetzen, vor allem im Sexgeschäft.

Auch unter legalen Bedingungen spielt der Mensch als Ware eine wichtige Rolle. In der Wirtschaft ist diese „Ware" je nach Wirtschaftslage ein Teil des „Humankapitals", das man benutzen (und ausbeuten) kann, oder ein lästiger Kostenfaktor, z.B. bei geplanten Entlassungen oder bei Arbeitsunfähigkeit durch Unfall oder Krankheit.

Wenn ein Mensch krank ist, kann der Kostenfaktor zum Streit mit den Krankenkassen führen. Wenn es sich um eine seltene, angeborene Krankheit handelt und die Therapie sehr teuer wird, kann es sogar sein, dass ein Bundesgerichtsurteil in diesem Fall die Kostengrenze für dieses Menschenleben festlegt.

Simple Rechnung des Bundesgerichts

Dies ist geschehen im November 2010. Ein Bundesgerichtsurteil gab damals einer Krankenkasse recht, die einer jungen Frau die jährlichen Kosten von ca. 600'000 Franken für ein Medikament nicht bezahlen wollte, das die Beschwerden ihrer angeborenen Muskelkrankheit, Morbus Pompe, lindert. Die Krankheit zählt zu den seltenen Krankheiten. Im Fall von Morbus Pompe führt die Behandlung mit dem Medikament zu einer Verbesserung vitaler Funktionen, wie der Atmung und der Gehfähigkeit. Zu heilen ist die Krankheit nicht.

Das Argument der Richter war eine einfache Hochrechnung. Wenn die ca. 180'000 anderen Menschen in der Schweiz, die ebenso an einer seltenen Krankheit leiden, genauso teure Medikamente für die Behandlung ihrer Beschwerden geltend machen, würde dies die Krankenkassen 90 Milliarden Franken jährlich kosten. Diese Summe ist, laut Bundesgerichtsurteil, für die Krankenkassen nicht tragbar.

Mit diesem Urteil wurde ein Signal gesetzt für Gesundheitsökonomen und Politiker. Aufgrund einer einfachen Kostenbegrenzung kann eine Leistung verweigert werden. Argumentiert wurde dabei mit der Kosten-Nutzen-Rechnung. Obwohl die Kosten sehr hoch sind, kann die Krankheit nicht geheilt werden.

Betroffene haben keine Lobby

Das Exempel wurde in diesem Fall an einer Gruppe von Krankheitsbetroffenen statuiert, die einer Minderheit angehören und folglich auch kaum eine Lobby hat. Laut Berichten der WHO gibt es weltweit rund 6000 bis 8000 seltene Krankheiten, während die Anzahl Krankheiten, die auf unserem Planet Menschen bedrohen können, etwa 30'000 beträgt. Etwa 5 von 10'000 Personen brauchen nach Schätzungen der EU Medikamente für seltene Krankheiten. Immerhin sind etwa 8% der Bevölkerung von seltenen Krankheiten betroffen. Das Problem der Behandlung wird also immer wieder auftauchen.

Schockierend wirkt die Begrenzung der individuellen Kosten für ein Menschenleben pro Jahr auf 100'000 Franken. Dies macht deutlich, dass eine Zweiklassenmedizin die Regel sein wird. Mit dem Bundesgerichtsurteil ist ein Präzedenzfall geschaffen worden.

Wer es sich leisten kann, darf auch eine seltene oder sehr schwere Krankheit mit allen bestehenden Mitteln behandeln lassen. Wer das Geld nicht hat, darf der Gesellschaft nicht zur finanziellen Last werden...

Interessant ist der Vergleich mit Leistungen für nicht krankheitsbedingte Risiken, die unsere Gesellschaft erbringt. Betrachtet man die Investitionen für Sicherheitsmassnahmen im Zusammenhang mit Autounfällen, Lawinenniedergang oder Steinschlag (z.B. Lawinenverbauungen, Airbag etc.), so werden pro Mensch zwischen 4 und 8 Millionen investiert, wenigstens in hochindustrialisierten Ländern (Schweiz, USA, Grossbritannien).

Fortschreitende Ökonomisierung

Die Rationierung im Gesundheitswesen ist eine Teil der fortschreitenden Ökonomisierung, wie wir sie auch bei den höchstumstrittenen geplanten Fallpauschalen erleben.

Sie zeigt sich nach diesem Bundesgerichtsurteil brutal offen bei der Ablehnung von Zahlungen der Krankenkassen an ein Medikament , das zur Behandlung und Linderung einer schweren seltenen Krankheit dient. Sie zeigt sich auch an der Risikoselektion, die zahlreiche Krankenkassen betreiben, der sogenannten Jagd auf Junge und Gesunde. Natürlich wird uns alles nicht als Rationierung, sondern als notwendige Kosten-Nutzen-Rechnung dargestellt.

Die Rationierung ist immer auch Desolidarisierung von gewissen Gruppen in der Gesellschaft. Die Kosten für ein Menschenleben sollten wir uns nicht diktieren lassen. Gesundheit ist keine Ware, und ein kranker Mensch ist auch keine Ware!

Helene Vermeulen, VUÄ