#### inhalt • soziale medizin 4.10



Gestaltung: Stefan Witschi Foto: vstaben I flickr

### Schwerpunkte dieser Ausgabe

#### Sterbehilfe

45 «sicher sein, notfalls schmerzlos sterben zu können»

Gespräch mit Hermann Amstad und Franco Cavalli (Ruedi Spöndlin)

- 51 Die Rechtslage in der Schweiz
- 52 Die heutige Regelung genügt Ruedi Spöndlin

## Migration

- 54 «Der allerletzte Ort, wo man hingehen würde» Interview mit Anke Kayser (Tanya Kasper Wicki)
- 58 In der Gesellschaft lässt sich ein wachsender Graben beobachten

Tanya Kasper Wicki

#### Schleudertrauma

- 60 «Einfach zu wollen bringt nur neuen Stress» Renata Huonker-Jenny
- 65 Die FMH zum Urteil Kurzinterview mit Jacques de Haller (Petra Wessalowski / SoZ)
- 66 Das Urteil ist auch verkehrspolitisch verkehrt Ruedi Spöndlin

#### SGSP

27 Info der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie

### Magazin & Rubriken

- Kurznachrichten
- Hungerstreik und Zwangsmedizin Alex Schwank
- Kolumne: Zum Lachen Dani Winter
- Fallkostenpauschalen: Sonderfall Kindermedizin Bea Heim
- Medikamente machen arm BUKO-Pharmakampagne
- 10 Gesundheit darf kein Luxus sein Dominique Schärer
- 11 Lieber reich und gesund Helene Vermeulen, vua
- 12 Med in Switzerland: Medizintourismus Martin Leschhorn Strebel
- 14 Basel: Nein zur Auslagerung der öffentlichen Spitäler! Daniel Gelzer
- 15 Betrugsbekämpfung in der IV David Winizki
- 16 Infos aus der Genwelt Basler Appell gegen Gentechnologie
- 18 Schule und Suchtprävention Stefan Witschi
- 21 Nein zu wachstumsbegrenzenden Therapien bei behinderten Kindern

Res Grimm

- 24 Welche Anreize in der Krankenversicherung? Lukas Schwank
- 26 Palliative Care in der Langzeitpflege Beat Vogel
- 34 Mittelseiten: Under distruction Ausstellung im Basler Tinguely-Museum
- 67 Veranstaltung und Inserate
- 68 Gewalt im Pflegeheim Ruedi Spöndlin

### magazin • kurznachrichten

#### Nachruf

### Christoph Eggli

(1952 - 2002)

Ein bewundernswerter Aktivist der Behindertenbewegung ist nicht mehr. Am 9. Juni ist Christoph Eggli in seinem Exil in Bali verstorben, wohin er im Jahr 2000 ausgewandert war. Am Tag vor seinem Tod war er 58 Jahre alt geworden. Christoph Eggli hatte sich zunächst als Kunstmaler betätigt, musste damit aufgrund einer fortschreitenden



Bild: www.ursulaeggli.ch

Muskeldystrophie anfangs der 1990er Jahre aber aufhören. Trotz seiner zunehmend schwereren Behinderung blieb er aktiv und setzte sich für Behindertenanliegen ein. Dabei exponierte er sich auch mit provokativen Ansichten und scheute sich nicht, Aussenseiterpositionen einzunehmen. Kategorisch lehnte er jede Form von Sterbehilfe und vorgeburtlicher Diagnostik ab, weil er dadurch das Lebensrecht behinderter Menschen in Frage gestellt sah. Für Behinderte forderte er ein autonomes Leben und übte zum Teil bissige Kritik an Behinderteninstitutionen. Auch die unbehinderte Sexualität für Behinderte war ihm ein wichtiges Anliegen. Christoph Eggli stand lange Zeit in regelmässigem Kontakt zur Sozialen Medizin. Er publizierte verschiedentlich Beiträge in unserer Zeitschrift und meldete sich zu Wort, wenn er mit einem Beitrag nicht einverstanden war. Einen unvergesslichen Eindruck hinterliess er bei mir, als er in den 1990er Jahren einmal extra nach Basel kam, um mit uns kritisch über einen in der Sozialen Medizin erschienen Artikel zu diskutieren. Im Anschluss an unser Gespräch brauste dieser scheinbar so hilflose Mensch, dem ich das Trinkglas an die Lippen halten musste, weil er Arme und Kopf nicht bewegen konnte, mit seinem Elektrorollstuhl völlig selbständig davon und navigierte mit forschem Tempo durch den dichten Strassenverkehr. rsp.

#### Hauspersonal

### Bundesrat erlässt Mindestlohn

Jetzt ist genau das eingetreten, was eine Gewerkschaftsvertreterin an unserer Tagung, Gesundheit hat ihren Preis' vor einem Jahr vorausgesagt hat. Der Bundesrat hat Mitte Oktober in einem Normalarbeitsvertrag einen Mindestlohn für privates Hauspersonal festgelegt. Dieser stellt aber nur für die Angestellten knapp kalkulierender Reinigungsunternehmen eine Verbesserung dar. 18 Franken 20 pro Stunde beträgt der vom Bundesrat festgelegte Mindestlohn für Hauspersonal. Die meisten privaten Arbeitgeber haben jedoch schon bisher wesentlich mehr bezahlt. Hausangestellte in Privathaushalten verdienen in aller Regel 25 – 30 Franken pro Stunde. Zur Sprache kam die Frage der Mindestlöhne an unserer Tagung vom 7. November letzten Jahres in Zusammenhang mit so genannten Senio-Pairs. Das sind Frauen aus dem Ausland, die im Haushalt von betagten Schweizerinnen und Schweizern wohnen und diese pflegen (vgl. Interview mit Sarah Schilliger und Angeline Fankhauser in Soziale Medizin 1.10 S. 21 ff.). Mehr dazu: http://www.sozialemedizin.ch/ p=1423

#### **Brustkrebs**

## Zusammenhang mit Luftverschmutzung

Eine neue Studie der kanadischen Universitäten Montreal und Mac Gill lässt darauf schliessen, dass die vom Strassenverkehr verursachte Luftverschmutzung bei Frauen das Brutkrebsrisiko erhöhen kann. Nach Aussage von Studien-Coautor Mark Goldberg kann man seit einiger Zeit feststellen, dass Brustkrebs zunimmt. Bisher habe niemand gewusst, warum das so sein könnte. Nur ein Drittel aller Fälle habe mit bekannten Risikofaktoren in Verbindung gebracht werden können. Bis jetzt habe aber auch niemand den Zusammenhang zwischen Luftverschmutzung und Brustkrebs untersucht. Mehr dazu: http://muhc.ca/newsroom/news/ provocative-new-montreal-study-probes-link-between-breast-cancer-andair-pollution

#### Organtransplantation

## Diskussion über Zuteilungsregeln

Ist es nach wie vor richtig, dass ein Spenderorgan dem Patienten zugeteilt wird, bei dem eine Transplantation aus medizinischer Sicht am dringlichsten ist? Oder sollen vielmehr Patienten bevorzugt werden, die noch mehr Lebensjahre vor sich haben, weil sie jünger sind? Eine Diskussion darüber eröffnete unter anderen Swisstransplant- Direktor Franz Immer im September. Die heutige Regelung führe dazu, dass die knappen Spenderorgane immer häufiger schwer kranken älteren Patienten zugeteilt würden. Gerade bei diesen sei das Risiko aber gross, dass die Transplantation fehlschlage. Zu diskutieren wäre laut Immer deshalb, zu einem ähnlichen Prinzip wie bei der Rettung von Schiffbrüchigen überzugehen, wo es heisst: «Frauen und Kinder zuerst» (vgl. u.a. TA-Online 25.9.10).

### standpunkt • alex schwank, basel

## Hungerstreik und Zwangsmedizin

Gegen den Entscheid des Bundesgerichts, notfalls seien Ärzte verpflichtet, staatlich angeordnete Zwangsernährung gegen den Willen eines Häftlings durchzuführen, hat sich breiter Widerstand formiert. Ärztepräsident Jacques de Haller: «Wir dürfen nicht zulassen, dass der Medizin ihre spezifischen Eigenheiten abgesprochen werden und dass eine Behörde eine Medizin verlangt, die ihr zu Diensten steht ».

er Hanfbauer Bernard Rappaz ist im Wallis wegen Verstössen gegen das Betäubungsmittelgesetz zu einer langjährigen Gefängnisstrafe verurteilt worden. Im März 2010 begann er im Gefängnis einen Hungerstreik gegen das aus seiner Sicht unverhältnismässige Urteil. Wegen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes wurde er ins Universitätsspital Genf und später ins Inselspital Bern eingewiesen. In beiden Krankenhäusern weigerten sich die ÄrztInnen, eine Zwangsernährung durchzuführen. Dies unter Berufung auf die medizinische Ethik und die einschlägigen Richtlinien der schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW), welche eine Zwangsernährung bei urteilsfähigen Gefängnisinsassen ausdrücklich verbieten. Das Bundesgericht vertritt in der schriftlichen Begründung die Auffas-

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

Soziale Medizin

sung, die Ärzte seien ungeachtet ihrer ethischen Richtlinien verpflichtet, eine rechtsgültig angeordnete Zwangsernährung durchzuführen.

#### Breite Ablehnung von Zwangsmedizin im Gefängnis

Gegen diese Entscheidung des Bundesgerichtes hat sich breiter Widerstand geregt. In einer gemeinsamen Erklärung haben die Standesorganisation der ÄrztInnen (FMH), der Berufsverband der Pflegefachleute SBK, die SAMW, die Konferenz der Schweizer Gefängnisärzte und zahlreiche Einzelpersonen ihren Protest formuliert. Die Unterzeichnenden halten unter anderem fest, dass auch im Gefängnis die Autonomie ein Grundwert der medizinischen Ethik ist und dass sich die ärztlichen Handlungen gegenüber Gefangenen nicht von denjenigen gegenüber Personen in Freiheit unterscheiden dürfen. Zwangsbehandlungen seien nur in Ausnahmefällen zulässig zur Abwendung einer unmittelbar drohenden Gefahr für Dritte.

Die Zwangsernährung von urteilsfähigen Personen sei hingegen grundsätzlich abzulehnen. In der Schweizerischen Ärztezeitung haben Prof. Bruno Gravier und andere AutorInnen (SAeZ 2010; 91: 39) unter dem Titel «Hungerstreik ist eine Protesthandlung » grundsätzliche Überlegungen formuliert. In der Zusammenfassung lesen wir: «Der Respekt vor der Autonomie eines urteilsfähigen Patienten, der mit einem Hungerstreik gegen seine Lage protestiert, muss ein zentrales Anliegen der Ärzte und Pflegenden bleiben. Die Unabhängigkeit der Ärzte und Pflegenden, die Respektierung der Standesregeln, die Garantie der Vertraulichkeit



und das Recht auf Verweigerung medizinischer Handlungen aus Gewissensgründen gewährleisten den Schutz dieser ethischen Grundwerte». Diese Unabhängigkeit sei entscheidend, gerade in Institutionen mit hoher Verfügungsgewalt wie Gefängnissen. Keinesfalls dürften die medizinischen Betreuer zu Vertretern der Staatsgewalt werden.

#### Die Malta-Erklärung von 2007

In der Erklärung von Malta hat die World Medical Association (WMA) 2007 unmissverständlich festgehalten: «Die Zwangsernährung ist nie akzeptabel. Selbst mit karitativer Zielsetzung ist die Ernährung unter Drohungen oder Zwang und mit Hilfe von Gewalt oder physischer Ruhigstellung eine Form von unmenschlicher und erniedrigender Behandlung ». Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat in zwei Urteilen bestätigt, dass die Zwangsernährung als Folter betrachtet werden kann, wenn dem Inhaftierten Fesseln angelegt werden oder wenn ihm zwangsmässig eine Ernährungssonde eingelegt wird.

Professor Markus Müller vom Institut für öffentliches Recht an der Uni Bern sieht das anders : «Tatsache ist, dass sie (die Gefängnisärzte) im Rahmen ihrer gefängnisärztlichen Tätigkeit Teil der Gefängnisverwaltung darstellen und als das auch der administrativen Befehlsgewalt unterstehen... kann es dazu kommen, dass die Strafvollzugsbehörde von ihm die Durchführung einer medizinischen Massnahme ver-

Fortsetzung auf Seite 6

#### Fortsetzung von Seite 5

langt, die seinem persönlichen Berufsethos oder gar den Standesregeln widerspricht. Massstab für das staatliche Handeln darf im Rechtsstaat nur das demokratisch legitimierte Recht, nicht aber ein standesrechtliches Regulativ sein....Entweder führt er (der Arzt) den Auftrag pflichtgemäss aus, oder aber er weigert sich, das zu tun, mit allen dienstrechtlichen Konsequenzen » (NZZ vom 9.9.10). Der Gefängnisarzt würde so zum reinen Vollzugsgehilfen der staatlichen Behörden und wäre gezwungen, ärztliches Ethos zu verletzen.

« Wir dürfen nicht zulassen, dass der Medizin ihre spezifischen Eigenheiten abgesprochen werden und dass eine Verwaltungs- oder Gerichtsbehörde faktisch eine Medizin verlangt, die ihr zu Diensten steht, eine rein mechanische, rein ausführende Medizin ohne wirkliche Beziehung». Dies ist die klare Antwort des FMH-Präsidenten Jacques de Haller auf diesen Versuch, die Ärzteschaft zu instrumentalisieren.

#### Ärztliche Begleitung von Zwangsausschaffungen?

Am 17. März ist der nigerianische Flüchtling Joseph C. in der Ausschaffungshalle der Flughafenpolizei in Zürich gestorben. Die bei der Ausschaffung angewandten Methoden der Fesselung sind nicht nur traumatisierend und erniedrigend, sondern auch lebensgefährlich. Das Bundesamt für Migration plant jetzt, solche Sonderflüge nach Destinationen ausserhalb Europas durch einen Arzt begleiten zu lassen. Die Schweizerische Akademie der Wissenschaften muss meines Erachtens auch in diesen Fällen unmissverständlich festhalten, dass die Übernahme einer solchen Aufgabe für Ärzte ethisch nicht zu rechtfertigen ist.

In den USA hat sich die dortige Ärztegesellschaft klar und eindeutig dagegen ausgesprochen, dass Ärzte als Gehilfen beim Vollzug der Todesstrafe amten. In Guantanamo haben Militärärzte im Widerspruch zur Erklärung von Malta hungerstreikende Häftlinge zwangsernährt. Bei Verhören der US-Army sind Militärpsychiater beteiligt,

#### kolumne

## Zum Lachen

aum hatte die deutsche Regierungskoalition den Ausstieg aus dem Atomausstieg beschlossen, waren sie wieder da: Sie ketteten sich an Gleise, schaufelten Schotter weg und warfen sich in die ungleiche Schlacht mit der Polizei, um den Castor-Zug nach Gorleben aufzuhalten. Gerade so, wie es vor dem Beschluss des Atomausstiegs im Jahr 2002 praktisch jedes Jahr gewe-

50,000 Menschen beteiligten sich an den Demonstrationen. Die Brennstäbe aus La Hague kamen trotzdem an. Das mediale Aufsehen, das die tagelangen Proteste erregten, darf aber getrost als Erfolg gewertet werden. In Baden-Württemberg könnte die Laufzeitverlängerung für die AKWs zusammen mit «Stuttgart 21» dazu führen, dass die als uneinnehmbar geltende Trutzburg der CDU bald von den Grünen regiert wird.

Und in der Schweiz? Nichts von alldem. Ist ja klar, denn: In der Schweiz fallen zwar genauso radioaktive Brennstäbe an wie überall, wo der Strom aus dem Meiler kommt. Aber sie dürfen nicht wiederaufbereitet werden. Wegen dem Moratorium. Statt ihn nach La Hague oder Sellafield zu schicken und wieder zurück, lagert man den Atommüll in Würenlingen oder direkt bei den AKWs. Wo er auf die Endlagerungslösung war-

Das Uran für die AKWs Beznau und Gösgen kommt aus Majak im Südwesten Russlands. Majak gilt neben Tschernobyl als meistverstrahlter Ort der Welt. Eine unerschrockene Redaktorin der viel gescholtenen «Basler Zeitung» war unlängst dort. Sie sah verseuchte Böden und Gewässer, vergiftete und entrechtete Menschen. Die internationale Atombehörde IAEA, bekannt aus zahlreichen Vorkriegsinszenierungen, etwa in Irak und Iran, hat keinen Zutritt. Weil die Atomanlage ganz offiziell auch militärischen Zwecken dient.

Jetzt müsste ich langsam zur Pointe kommen, wenn das noch lustig enden soll. Also: Im November fand in Baden die Industrietagung «Nuclea» statt. Veranstaltet wurde das Treffen der Wirtschaftsbosse vom Nuklearforum Schweiz, hinter dem der PR-Konzern Burson-Marsteller steckt. Auf der Mitgliederliste des Forums firmierte bis vor kurzem eine «Frau Bundesrätin D. Leuthard».

Bei der Energieministerin rennt Economie-Suisse-Präsident Gerold Bührer mit seiner Forderung nach zwei neuen AKWs also offene Türen ein. Mehr Überzeugungsarbeit muss die Atomlobby bei den Stimmbürger-Innen leisten. Unterstützt wird sie dabei vom Schweizer Fernsehen. Wenn die AKWs bis 2020 gebaut würden, hiess es in der «Tagesschau» vom 11.11., verfügte die Schweiz über ich zitiere wörtlich - «genügend Strom, um zum Beispiel auch einen Teil der Autos elektrisch betreiben zu können». Ist doch zum Lachen, oder?

DANI WINTER

obwohl die American Psychiatric Association dies in ihren ethischen Richtlinien ausdrücklich untersagt.

Demokratisch gewählte Regierungen und Institutionen sind kein Garant dafür, dass ethische Richtlinien nicht unterlaufen und ausser Kraft gesetzt werden. Der Einspruch gegen das Bundesgerichtsurteil zur Zwangsernährung ist daher von grosser Bedeutung.



## Was zählt, ist das Behandlungsergebnis

Fallkostenpauschalen: Sonderfall Kindermedizin

Mit einer Motion fordert Nationalrätin Bea Heim die spezielle Berücksichtigung der Kindermedizin bei der Erarbeitung der Fallkostenpauschalen. Diese werden infolge der neuen Bestimmungen über die Spitalfinanzierung demnächst in der ganzen Schweiz eingeführt.

inder sind eine besonders sensible Patientengruppe. Ihre Behandlung kann nicht in der gleichen Routine wie bei Erwachsenen angegangen werden. Wichtig ist die Ganzheitlichkeit, in Behandlung und Betreuung. Hier hat die Pädiatrie grosse Fortschritte erzielt. Vor allem wurde die zentrale Rolle der Familie für den Heilungsprozess erkannt, die Anwesenheit,

der Einbezug und die soziale Begleitung der Eltern. Es ist erwiesen, dass eine gute Vorbereitung auf einen Spitalaufenthalt und eine liebevolle Begleitung Traumata bei den kleinen Patienten verhindern. Die Ablenkung der Kinder und eine Pflegeform, welche sich an der jeweiligen Familie orientiert, tragen wesentlich zu einem optimalen Heilungsverlauf bei. Selbst die UNO-Kinderrechtskonvention weist auf die speziellen Rechte der Kinder bei einem Spitalaufenthalt hin.

Kinder werden häufig ins Spital eingeliefert, um Abklärungen zum Ausschluss einer Krankheit vorzunehmen. Gerade bei kleinen Kindern können Untersuchungen nicht selten nur unter Narkose durchgeführt werden. Oft wird die Untersuchung erst dadurch möglich. Ein weiterer Grund ist oft auch der Schutz des Kindes vor einem Trau-

ma. Die Mehrkosten einer Narkose werden durch die Fallkostenpauschalen (DRG) jedoch nicht gedeckt. Mit anderen Worten, die Behandlung von Säuglingen und Kindern wird im DRG-System nicht berücksichtigt.

#### Altersgerechte Vorbereitung

Wenn Kinder unter drei Jahren und chronisch kranke Kinder stationär behandelt werden, ist die altersgerechte Vorbereitung sehr wichtig. Der Spitalaufenthalt und die Nachbetreuung des Kindes belasten eine Familie. Diese benötigt Unterstützung in Form von Beratungsgesprächen sowie Schulungsund Entlastungsangeboten. Unter dem DRG-Regime ist eine einfühlende Vorbereitung nicht mehr finanziert. Wenn dies beispielsweise bei einer Mandeloperation aus Kostengründen nicht mehr möglich ist, verstehen die Kinder nicht, was mit ihnen im Spital geschieht und durchleben grosse Ängste. Sie werden traumatisiert. Das hat negative Folgen für den Heilungsverlauf. Erfahrungsgemäss kommt es dann häufiger zu Komplikationen.

Das alles macht die Pflege von Kindern im Spital personalintensiv. Die Kosten für das Personal liegen in Kinderkliniken bis zu 30 Prozent höher als in Spitälern für Erwachsene. Die Behandlung von Kindern nur einfach an den Kosten zu messen, ist kurzsichtig. Was zählt ist das Behandlungsergebnis, unabhängig von der Finanzierungsart. Wird SwissDRG wie geplant eingeführt, so sind die Errungenschaften einer ganzheitlichen Pflege und Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Spital gefährdet.

#### Fatale Zusammenlegung

Erfahrungen aus anderen Ländern lassen aufhorchen. Mit der Einführung der DRG kam es in Deutschland zur Zusammenlegung eines Kinderspitals mit einem Erwachsenenspital und man sparte so auch die Stelle des Kinderanästhesisten weg. Dies in der irrigen Meinung, dass dessen Arbeit ebenso gut durch den Allgemeinanästhesisten übernommen werden könnte. Ein fataler Entscheid, denn das Risiko eines

### magazin • pharma

Narkose-Zwischenfalls bei Kleinkindern ist erwiesenermassen zehnmal höher, wenn ein Allgemeinanästhesist die Narkose durchführt.

Die Behandlungskosten von Kindern und Jugendlichen müssen unbedingt anhand von pädiatrischen Daten berechnet werden, und nicht anhand der Daten von Patienten oder Kinderbehandlungen in Erwachsenenspitälern. Für eine bessere Abbildung der spezifisch kindermedizinischen Leistungen sind spezielle Codes zu wählen, die ärztliche und pflegerische Massnahmen sowie Medikamente und Implantate berücksichtigen.

Die fachlich richtige Betreuung und Behandlung in der Kindermedizin ist mir ein grosses Anliegen. Meine Motion vom 1. Oktober im Nationalrat will die Anliegen von Kinderärztinnen und Kinderärzten wie auch von «Kind und Spital» auf die politische Ebene bringen. Sie fordert darum die Einsetzung einer Begleitgruppe Kindermedizin im Rahmen der Arbeit von SwissDRG AG, die Beachtung der Unterschiede im leistungsbereinigten Kostenniveau bei der Behandlung von Kindern und von Erwachsenen, Zusatzentgelte für die Behandlung von mehreren gesundheitlichen Problemen während des gleichen Spitalaufenthalts, eine ausreichende Abbildung des Pflegeaufwands- und bedarfs in der Pädiatrie, einen Pflegekomplexmassnahmen-Score zur Kodierung von überdurchschnittlichem Pflegeaufwand, die Streichung von Abzügen, wenn die Vorgabe der minimalen Aufenthaltsdauer nicht eingehalten werden kann, sowie eine Begleitforschung mit dem Fokus auf Auswirkungen der Einführung von SwissDRG auf die Kindermedizin. Zu hoffen bleibt, dass der Bundesrat hier die strategisch notwendigen Leitlinien im Interesse des Kindes festlegt und auch tatsächlich handelt.

Веа Неім

SP-Nationalrätin aus dem Kanton Solothurn, Mitglied der Finanzkommission, der Staatspolitischen Kommission und der Sozial- und Gesundheitskommission (Ersatz)

Mehr dazu: http://www.parlament.ch/D/Suche/Seiten/geschaefte.aspx?gesch\_ id=20103844#

## PharmAlarm!

In Zusammenarbeit mit der buko-Pharmakampagne. www.bukopharma.de

## Medikamente machen arm

Eine Studie belegt: hohe Arzneimittelpreise nehmen Millionen Menschen das Existenzminimum und machen für Viele den Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten unmöglich.

haso Niakho konnte sich glücklich schätzen: Ein Stück Land im Norden Malis und eine Töpferei hatten ihm und seiner Familie zwar kein reiches Leben, aber ein Auskommen ermöglicht. Bis zu dem Tag als der Arzt bei seiner jüngsten Tochter Asthma diagnostizierte. Khaso stand vor einem Dilemma: Die Familie hatte kein Bargeld, um die lebenswichtigen Asth-

Eine Studie der Harvard School of Public Health liefert dazu konkrete Zahlen.1 Die WissenschaftlerInnen um Laurens Niëns untersuchten in 16 Ländern (davon neun mit niedrigem und sieben mit mittlerem Einkommen) die finanzielle Belastung, die der Kauf von vier ausgewählten Medikamenten mit sich bringen würde. Die Studie unterschied dabei zwischen Originalpräparaten und dem günstigsten auf dem Markt verfügbaren Generikum. Darunter befanden sich drei Arzneimittel zur Behandlung chronischer Krankheiten (Asthma, Diabetes mellitus, Bluthochdruck2) und eines zur Behandlung einer akuten Infektionserkrankung.3 Das Ausmaß der Belastung wurde abgeschätzt, indem der Geldbesitz einer Person vor dem Kauf eines Me-

## Hohe Arzneimittelpreise können große Patientengruppen in die Armut treiben.

masprays zu kaufen. Der einzige Ausweg schien der Verkauf eines Teils ihres Landes. Aber was dann? Der Rest würde die Familie nicht mehr ernähren können. Und Khasos Tochter würde die Medikamente ein Leben lang benötigen ...

Die Geschichte der Familie Niakho ist fiktiv. Doch eine Geschichte, wie sie sich Tag für Tag in vielen Ländern der Welt ereignet. Die Ausgaben für Medikamente machen zwar nur einen Teil der Behandlungskosten einer Krankheit aus, in armen Ländern ist dies allerdings ein relativ großer Anteil. Der Zugang zu Medikamenten ist ein entscheidender Faktor für Behandlungszugang und - erfolg.

dikamentes mit der nach dem Arzneimittelkauf zur Verfügung stehenden Geldsumme verglichen wurde. Wie viele Menschen galten vor dem Einkauf als arm, wie viele danach?

#### Markenmittel: Tödliche Kosten

Die ForscherInnen unterschieden zwischen Menschen, die mit weniger als 2 US\$ pro Tag (obere Armutsgrenze4) auskommen müssen und denjenigen, die über weniger als 1,25 US\$ pro Tag (absolute Armutsgrenze)2 verfügen. Ein Beispiel: In Uganda müssen derzeit 52%



der Bevölkerung mit weniger als 1,25 US\$ pro Tag auskommen. Müssten sie das Marken-Medikament Atenolol zur Behandlung von Bluthochdruck kaufen, so würden weitere 20% dadurch die Armutsgrenze von 1,25 US\$ unterschreiten. Beim Kauf des günstigsten Generikums wären es hingegen nur ein Prozent.

Doch wie viele Menschen sind konkret betroffen? Um eine Aussage darüber treffen zu können, betrachtete die Studie zusätzlich die Krankheitshäufigkeit von Diabetes, Asthma und Bluthochdruck und wendet die Zahlen auf alle EinwohnerInnen der untersuchten Länder an (ca. 775 Millionen). Da letztere Krankheit am häufigsten auftritt, sind hier die meisten Menschen betroffen. Würden alle Menschen mit Bluthochdruck Atenolol beim Originalanbieter kaufen, so rutschen 19 Millionen Menschen unter die Armutsgrenze von 1,25 US\$ pro Tag. Weitere 58 Millionen Menschen sind so extrem arm, dass für sie die Therapie von vorneherein unerschwinglich ist. Ein wirkstoffgleiches Generikum würde «nur» 6 Millionen unter die Armutsgrenze drücken und wäre für 44 Millionen unerschwinglich.5

Die Studie zeigt: Hohe Arzneimittel-

preise können große Patientengruppen in die Armut treiben. Dies ist ein Hauptgrund für die schlechte Gesundheitsversorgung in armen Ländern und ein entscheidender Faktor bei der Entstehung von Armut und vermeidbarer Krank-

Die AutorInnen der Studie raten daher, den Einsatz von qualitätsgeprüften günstigen Generika aktiv zu fördern. Zusätzlich sollten kostenlose oder zumindest stark subventionierte Medikamente an bedürftige Menschen ausgegeben werden. Um Armut durch unvorhergesehene Erkrankung auf lange Sicht zu reduzieren, müsse die Absicherung durch nationale Krankenversicherungen Priorität haben. Essentiell sei zudem ein Wandel im Umgang mit der Preispolitik von Pharmakonzernen auf nationaler wie internationaler Ebene, aber auch Zwangslizenzen seien geeignete Instrumente, um den nötigen Druck auf Unternehmen auszuüben. (HZ)

#### Anmerkungen

- I Nins L.M. et al. Quantifying the Impoverishing Effect of Purchasing Medicines: A Cross-Country Comparison of the Affordability of Medicines in the Developing World. PloS Med 2010.7(8): e1000333. Doi:10.1371/ journal.pmed.1000333.
- Salbutamol, Glibenclamid, Atenolol
- 3 Amoxicillin: Antibiotikum bei Atemwegsinfekten

#### **Pharma-Brief Spezial**

Pharma-Brief Spezial 2/2010:

Malaria - Vom Oberrhein bis in die Tropen Informationen & Hintergründe

Malaria gilt heute als Tropenkrankheit. Früher sorgte sie aber auch bei uns für viel Elend. Malaria-Ausbrüche waren auch am Oberrhein keine

Dies ist lange her, doch auf der Südhalbkugel der Erde ist Malaria bittere Realität. Knapp eine Million Menschen sterben jährlich an einem verhängnisvollen Mückenstich, alle 30 Sekunden stirbt ein Kind!

Pharma-Brief Spezial 1/2010:

#### Schöne neue Pharmawelt Arzneimittelwerbung und Desinformation in Nord und Süd

Irreführende Pharmawerbung schadet weltweit der Gesundheit. Sie beeinflusst nicht nur das Verschreibungsverhalten von ÄrztInnen, sondern verleitet auch VerbraucherInnen zum Kauf unsinniger, unnötiger oder gar riskanter Präparate. Die Folge sind vermeidbare gesundheitliche Risiken und hohe Kosten für alle. Der Pharma-Brief Spezial präsentiert zahlreiche Beispiele für falsche Versprechungen, verharmloste Risiken und unsinnige Behauptungen der Arzneimittelindustrie - aus Afrika, Asien und Lateinamerika ebenso wie aus den USA und Europa. Die wichtigsten Beeinflussungsstrategien der Hersteller bei ÄrztInnen und PatientInnen werden ebenso analysiert wie Maßnahmen gegen unethische Werbung.

#### Downloadadresse:

http://www.bukopharma.de/index. php?page=pharma-brief-spezial

- 4 1,25 US\$ ist die von der Weltbank festgelegte Grenze, unterhalb der Menschen als absolut arm gelten: Unter diesem Einkommen können sich Menschen eine erforderliche Ernährung und lebenswichtige Bedarfsartikel des täglichen Lebens in der Regel nicht mehr leisten.
- Die Schätzungen der Studie sind laut der beteiligten Forscherlnnen eher konservativ; aufgrund methodischer Schwierigkeiten sind in Realität höchstwahrscheinlich weitaus mehr Menschen betroffen

### magazin • chancengleichheit



Es braucht mehr Chancengleichheit

## Gesundheit darf kein Luxus sein

Nicht alle Menschen haben gleich gute Chancen auf ein gesundes und langes Leben. Darum greifen gesundheitspolitische Vorstösse zu kurz, die allein im Sinne des individuellen Verursacherprinzips argumentieren. Stattdessen braucht es mehr gesundheitliche Chancengleichheit. Hierzu haben Caritas und Gesundheitsförderung Schweiz das neue Projekt «Caritas-Markt - gesund!» lanciert.

n der reichen Schweiz sind die Chancen ungleich verteilt, sowohl bei der Bildung, als auch bei der beruflichen Stellung und dem Einkommen. Dieselbe Chancenungleichheit besteht auch bei der Gesundheit: Je tiefer das Bildungsniveau, die berufliche Stellung und das Einkommen eines Menschen, desto grösser ist sein Risiko zu erkranken. Mit anderen Worten: Armut macht krank. Das belegen zahlreiche Forschungsergebnisse.

So zeigt der im März erschienene vierte Gesundheitsbericht des Kantons Bern, dass ein 30-jähriger Mann mit nur obligatorischer Schulzeit und ohne berufliche Ausbildung eine um 5,5 Jahre tiefere Lebenserwartung aufweist als ein Mann im gleichen Alter mit einem Universitätsabschluss.

Personen mit tiefem sozio-ökonomischem Status leiden deutlich häufiger an Rücken-, Kopf- und Gelenkschmerzen, schweren Schlafstörungen und psychischen Störungen. Und sie erleiden häufiger Herzinfarkte und Schlaganfälle.

Personen mit tiefem Bildungsstand haben ein dreimal höheres Risiko zu Übergewicht und Adipositas als solche mit hoher Bildung (1). Dies führt zu häufigeren Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Krebs.

#### Ein gesunder Lebensstil ist nicht frei wählbar

Weil die gesundheitliche Chancengleichheit von sozialen Determinanten abhängt, können viele Menschen ihre Gesundheit nicht einfach durch einen frei gewählten gesünderen Lebensstil pflegen oder erhalten. Wer finanziell ums Überleben kämpft, kann sich Ferien oder ein verlängertes Wochenende im Grünen nicht leisten, und die Erholung kommt zu kurz. Wer in einer billigen Wohnung auf engem Raum an einer stark befahrenen Strasse leben muss, leidet unter Lärm und Stress. Und wer kämpfen muss, um über die Runden zu kommen, hat weder die finanziellen noch die zeitlichen Ressourcen, sich mit Fragen der eigenen Gesundheit zu beschäftigen. Solche Personen weisen oft eine niedrige Gesundheitskompetenz auf und können mit herkömmlichen Präventionskampagnen nicht erreicht werden. Schliesslich sind frische und gesunde Lebensmittel in der Regel deutlich teurer als viele der so genannten «Dickmacher». Eine von Gesundheitsförderung Schweiz finanzierte Studie hat beispielsweise gezeigt, dass die Billiglinien der beiden Schweizer Grossverteiler überproportional viele Lebensmittel mit einem hohem Zucker- und Fettgehalt aufweisen.

Verschiedene Untersuchungen belegen, dass das frei wählbare Gesundheitsverhalten nur mit 10 bis 20 Prozent den aktuellen Gesundheitszustand prägt, dass aber der direkte und indirekte Einfluss der Lebensbedingungen sich auf 50 bis 60 Prozent beläuft. Darum greift der Ansatz zu kurz, dass selbst für die höheren Kosten im Gesundheitswesen aufkommen müsse, wer wissentlich einen ungesunden Lebensstil pflege.

#### Mehr gesundheitliche Chancengleichheit!

In der Schweiz lebt jede zehnte Person in einem Haushalt, der mit einem Erwerbseinkommen unterhalb der Armutsgrenze durchkommen muss. Das beste Mittel für mehr gesundheitliche Chancengleichheit ist darum die Bekämpfung der Armut, wie sie sich Caritas im Rahmen ihrer aktuellen Kampagne «Armut halbieren» zum Ziel setzt. Aber auch bei den nicht direkt Armutsbetroffenen greift die heutige Gesundheitspolitik zu kurz, was die sozialen Determinanten angeht. Denn für eine effektive Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit müssen in erster Linie die Lebensumstände der Menschen verbessert werden - im Sinne einer Verhältnisprävention. Die Gesundheitspolitik muss sich daher in den Verantwortungsbereich von Bildungs-, Steuer-, und Sozialpolitik hinein bege-

#### Armutsbetroffene gezielt ansprechen

Es braucht aber auch Massnahmen, damit Gesundheitsförderung und Verhaltensprävention gezielt Armutsbetroffene erreichen, gerade im Bereich Übergewicht und Adipositas. Caritas und Gesundheitsförderung Schweiz haben dies erkannt und mit dem neuen Projekt «Caritas-Markt – gesund!» einen innovativen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit lanciert. Dabei bieten die insgesamt 19 Caritas-Märkte, wo Armutsbetroffene mit einer speziellen Karte günstig einkaufen können, in der Schweiz den idealen Rahmen, um die Betroffenen in ihrem gewohnten Umfeld direkt anzusprechen. Seit September können Armutsbetroffene in den Caritas-Märkten frisches Gemüse und Früchte massiv vergünstigt einkaufen und erhalten so einen finanziellen Anreiz, gesünder zu essen. Die ersten Erfahrungen zeigen, dass die Kundinnen und Kunden das Angebot begeistert nutzen. Zudem bekommen sie beim Einkaufen nützliche Informationen und Anregung zu vermehrter Bewegung und gesunder Ernährung, zum Beispiel mit Kochrezepten. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet durch das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern.

Dominique Schärer, Abteilung Information, Caritas Schweiz

Weitere Informationen: www.caritas-markt.ch/gesundheit www.gesundheitsfoerderung.ch

(1) Pedro Marques-Vidal et al: Changes of overweight and obesity in the adult Swiss population according to educational level, from 1992 to 2007, BMC Public Health 2010, 10:87 (http://www.biomedcentral.com/1471-2458/ 10/87)

## Lieber reich und gesund

«Lieber reich und gesund als arm und krank», sagt ein Sprichwort. So wird ganz einfach und für jedermann verständlich ein Zusammenhang einerseits zwischen Reichtum und Gesundheit, anderseits zwischen Armut und Krankheit vorausgesetzt.

Die Bibel hat (im Matthäus-Evangelium) auch ein berühmtes Zitat in Umlauf gebracht, das manchmal mit diesem Thema in Verbindung gebracht wird: « Denn wer hat, dem wird gegeben, und er wird im Überfluss haben; wer aber nicht hat, dem wird auch noch weggenommen, was er hat.» Es gehört zum «Gleichnis vom anvertrauten Geld.»

Verschiedene wissenschaftliche Studien von Soziologen, Philosophen und Medizinern beweisen den Wahrheitsgehalt dieser populären Aussprüche. Wer über wenig Geld verfügt, hat einen erschwerten Zugang zu gesunder Nahrung und sportlichen Aktivitäten - das alles kostet mehr, als er sich leisten kann. Beides kann sich negativ auf die Gesundheit auswirken.

#### Anfälligkeit für Allergien

Wer wenig Geld hat, wohnt auch meistens in Gegenden mit erhöhter Belastung der Umwelt, in der Nähe von Industriebetrieben, die die Umwelt mit erhöhter Staubkonzentration und giftigen Stoffen aus ihrer Produktion verunreinigen. Dadurch werden vor allem Kinder aus diesen Gegenden eher anfällig für Allergien und Atemwegserkrankungen, die für ihr weiteres Leben prägend sind.

Wer es sich leisten kann, zieht mit seinen Kindern in eine gesündere Gegend, wer nicht, muss in ungünstigen Umweltund Wohnverhältnissen weiterleben. «Gesundheit muss man sich leisten können», lautete das Fazit einer diesbezüglichen Studie aus den Städten Bochum und Essen. Es zeigt sich, dass Menschen mit niedrigerem Sozialstatus eine grössere Schwelle überwinden müssen, um Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen. Der Grund sind wiederum Geldprobleme, aber auch Mangel an Informationen und sprachliche Hürden.

Die Ungleichheit der sozialen Bedingungen führt ohne Zweifel auch zur Ungleichheit der gesundheitlichen Bedingungen.

#### Leute aus dem Prekariat

Vor kurzem wurde bei einem Medizinerkongress ein noch laufendes Forschungsprojekt in Deutschland vorgestellt, das sich mit dem sozioökonomischen Status der Patienten beschäftigt, die auf der Intensivstation behandelt werden. Wer sind die Leute, die so schwer erkrankt sind, dass sie die höchste Stufe der medizinischen Versorgung beanspruchen müssen?

Die bisherigen Ergebnisse weisen wieder in dieselbe Richtung: Es sind zu einem höheren Prozentsatz Menschen mit einem niedrigeren Schulabschluss, die eine schlechter bezahlte Arbeit und also einen eher niedrigen Sozialstatus haben.

Bei der Diskussion im Plenum ergab sich hierzu noch eine interessante Frage. Ein Teilnehmer wollte wissen, ob es denn mehrheitlich Leute aus dem Prekariat seien, die irgendwann auf Intensivstationen behandelt werden müssen. Der Referent fragte zurück, was denn dieser Begriff bedeute. Man konnte ihm erklären, dass es sich um Leute handelt, die unter prekären Verhältnissen leben, in ungesicherten Arbeitsverhältnissen mit wenig Hoffnung auf bessere Zeiten.

Wie lassen sich die ungleichen Gesundheitschancen in der Gesellschaft verbessern? Der Appell an die Eigenverantwortung eines jeden ist für die Schlechtergestellten zynisch. Verbilligte Früchte und Gemüse für die Armutsbetroffenen sind ein gut gemeinter «Tropfen auf den heissen Stein.»

Es ist eine Frage der Verteilungsgerechtigkeit unseres Wohlstands. Erst wenn es den sozial und ökonomisch Schwachen besser geht, können die Gesundheitsbedingungen in der Gesellschaft verbessert werden.

HELENE VERMEULEN, VUA"

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

#### med in switzerland • redaktion medicus mundi



## Verschärft der Medizintourismus die globale Ungleichheit?

Die Schweiz versucht als Mitbewerber im globalen Gesundheitsmarkt Fuss zu fassen. Zusammen mit anderen Ländern möchte sie davon profitieren, dass wohlhabende Patientinnen und Patienten aus der ehemaligen Sowjetunion oder dem arabischen Raum kein Vertrauen in die eigene Gesundheitsversorgung haben. Besser werden die dortigen Gesundheitssysteme damit nicht.

Von Martin Leschhorn Strebel

m August zog die Ausbreitung von NDM-1 Bakterien in einem britischen Spital die Aufmerksamkeit der Medien auf sich. Die multiresistenten Krankheitserreger stammten aus Indien und Pakistan und kamen über PatientInnen auf die Insel, die sich in diesen Ländern einer Operation unterzogen hatten.

Durch diese Geschichte ist der Medizintourist in die öffentliche Wahrnehmung gerückt. Doch worum handelt es sich hier? Ist es ein Tourist, der seinen Urlaub mit einem umfassenden Wellnessprogramm verbindet? Oder ein kranker Mensch, der in seiner Heimat nicht die medizinische Hilfe erhält, die er erwartet? Zurzeit verhandeln die Medien Paare, die nach Indien reisen, um eine In-vitro-Fertilisationsbehandlung durchzuführen oder sich dort eine Leihmutter suchen zu lassen. Es sind je nach dem Menschen, die damit gesetzliche Schranken im eigenen Land zu umgehen suchen oder aber eine kostengünstigere Lösung brauchen, um einen Kinderwunsch zu erfüllen. Zu den sogenannten MedizintouristInnen zählen aber auch nicht versicherte US-AmerikanerInnen, die sich eine bestimmte

#### Medizintourismus als Outsourcing

Zu dieser Kategorie gehört auch der Schweizer, der wegen einer bei uns nicht durch die Grundversicherung gedeckten Zahnbehandlung nach Ungarn reist. Gerade dieses Beispiel zeigt, wie ungenau die Bezeichnung Medizintourismus ist. In vielen Fällen geht es eben auch um ein Outsourcing. Nationale Gesundheitssysteme lagern spezifische, medizinische Dienstleistung aus.

Der Medizintourismus ist natürlich kein neues Phänomen. Immer schon reisten kranke Menschen, weil sie die in ihrem näheren Umfeld gewünschte Behandlung nicht erhielten, sich nicht leisten konnten oder aber, weil sie ihre Hoffnungen in die Hände einer Heiligen legen wollten und sich auf eine Pilgerreise machten. Und wenn wir an die Höhenkliniken für Lungenkranke in Davos denken, wird auch klar, dass sich dabei die Interessen der Gesundheits- und der Tourismusindustrie zu einem starken, PatientInnen anziehenden Faktor entwickeln können.

In den letzten Jahren hat der Medizintourismus stark zugenommen, wobei asiatische Länder dabei eine führende Rolle übernommen haben. Ironischerweise profitierten sie von der Asienkrise Ende der 90er Jahre. Reiche AsiatInnen, die zuvor zur Behandlung in die USA reisten, konnten sich dies

nicht mehr leisten und zogen daher näherliegende Destinationen vor.

#### Boomende asiatische Gesundheitsindustrie

Zu einem der Zentren der globalisierten Gesundheitsindustrie entwickelte sich insbesondere Thailand mit dem in Bangkok situierten Bumrungrad International Spital. Mit den Terroranschlägen gegen die USA und den darauffolgenden Schwierigkeiten für AraberInnen, in den USA in Behandlung zu gehen, profitierte Bumrungrad erneut. 2001 pflegte das Spital 5>000 PatientInnen aus den arabischen Ländern, bis 2006 entwickelte sich diese Zahl auf 93>000. Neben diesen spezifischen Faktoren dynamisierten auch die steigenden Gesundheitskosten in den entwickelten Ländern und die günstigeren Flugpreise das Geschäft mit den globalisierten PatientInnen.

Beinahe hätte es die Schweizer Wirtschaft verpasst, auf diesen rollenden Zug aufzuspringen. Dabei sind die Voraussetzungen denkbar günstig: Die Schweiz blickt auf eine Tradition im Kurtourismus zurück, ist bei der asiatischen und der russischen Oberschicht als Reiseziel gut verankert und kann von einem sehr guten Ruf des hiesigen Gesundheitssystems profitieren. Im Jahr 2008 gründeten deshalb die Schweizer Exportförderung Osec und Tourismus Schweiz den Verein Swiss Health, um die Gesundheitsdestination Schweiz zu fördern. Zielländer sind dabei vor allem die Länder der ehemaligen Sowjetunion.

#### Die Schweiz möchte auch profitieren

Ein Blick auf die Website von Swiss Health macht deutlich, dass dieser Verein noch in den Kinderschuhen steckt. Die Seite ist einzig auf Deutsch abrufbar und hält für die interessierte Kundschaft nur minimale Informationen bereit. Betreut wird Swiss Health vom Geschäftsführer der Swixmed AG. Diese Agentur bietet vor allem für russischsprachige PatientInnen umfassende Dienstleistungen von den medizinischen Vorabklärungen, über die Vermittlung der Klinik, der Organisation der Reiseformalitäten, bis zur Betreuung hier in der Schweiz ein ganzes Paket an.

Aktiver in diesem Markt bewegen sich die Universitätsspitäler in Zürich und Basel. Auf ihren Websites bewerben sie ihre Vorzüge und Dienstleistungen. Das Universitätsspital Zürich bietet eine Broschüre in Deutsch, Englisch, Russisch und Arabisch an und preist dabei nicht nur seine medizinischen Leisle russische und arabische Personen dazu, die Reise an ein deutsches Krankenhaus anzutreten.»

Und hier blitzt denn auch die andere Seite der Medaille auf, nach der nie gefragt wird: Was heisst das für die Gesundheitssysteme in den Herkunftsländern der PatientInnen? Diejenigen, die es sich irgendwie leisten können, lassen die Gesundheitsversorgung im eigenen Land links liegen. Dabei droht eine Ent-

## Jährlich lassen sich 30'000 Patientinnen und Patienten aus dem Ausland für eine Milliarde Franken in der Schweiz behandeln.

tungen, sondern auch das kulturspezifische Angebot an ÜbersetzerInnen, Gebetsräumen oder Ernährung.

Wie man sich gegenüber den globalisierten PatientInnen erfolgreich öffnet, zeigt das Universitätsklinikum Hamburg. Dieses erwirtschaftet jährlich rund sechs Millionen Euro mit der Behandlung von AusländerInnen. Darin werden auch die Chancen gesehen, sich an diesem globalen Wettbewerb um PatientInnen zu beteiligen. Die eingenommenen Gelder fliessen ins nationale Gesundheitssystem zurück und ermöglichen Investitionen von welchen alle profitieren.

#### Drohende Entsolidarisierung

Die Frankfurter Allgemeine Zeitung hat in einem Beitrag vom 5. Juli 2010 darauf hingewiesen, dass es sich durchaus nicht nur um die Allerreichsten handelt, welche Leistungen deutscher Krankenhäuser beziehen: «Nicht wenige kratzen den letzten Groschen zusammen, um sich hierzulande eine Behandlung leisten zu können. Oft handelt es sich dabei um komplexere Eingriffe oder anspruchsvolle Therapien, die sie zu Hause nicht oder nicht in der gleichen Qualität erhalten können. Mangelndes Vertrauen in die medizinische Versorgung ihres Heimatlandes veranlasst etwa vie-

solidarisierung: Weshalb sollen sie mit ihren Steuern oder über Versicherungsprämien ihr eigenes Gesundheitssystem unterstützen, wenn sie sich auf dem globalen Markt bedienen können?

Umgekehrt profitieren die im internationalen Markt tätigen Gesundheitsversorger von der maroden Gesundheitsversorgung in jenen Ländern. Je schlechter, umso attraktiver der globale Markt. Dabei geht es auch für die Schweizer Volkswirtschaft bereits jetzt um viel Geld: Jährlich lassen sich 30'000 Patientinnen und Patienten aus dem Ausland für eine Milliarde Franken in der Schweiz behandeln. Die 500'000 Hotelübernachtungen der mitreisenden Verwandten sind dabei noch nicht eingerechnet.

Angesichts dieser Dimensionen stellt sich die Frage, ob nicht ein Teil des Umsatzes zur Stärkung von Gesundheitssystemen in Entwicklungsländern eingesetzt werden könnte.

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

#### Quellen:

Nora MacReady: Developing countries court medical tourists. In: The Lancet, vol 369, June 2 2007, pp. 1849-1850
Nicola von Lutterotti: Die Kranken von weit her. Faz.Net, 5.

Yvonne Staat: Kranke Gäste. Zeit-Online, 22.10.2009

### magazin • spitalpolitik



#### Basel-Stadt

## Nein zur Auslagerung der öffentlichen Spitäler!

Mit einem Gesetzesentwurf über die Auslagerung der öffentlichen Spitäler stellt auch die Regierung des Kantons Basel-Stadt die Weichen in Richtung «Markt». Auf dem Spiel stehen dabei die demokratische Mitbestimmung sowie die Anstellungsbedingungen der Mitarbeitenden. Ein kürzlich gegründeter Verein wehrt sich dagegen.

itte Oktober fand in Basel die Gründungsversammlung des Vereins ,keine Auslagerung der öffentlichen Spitäler' statt. Dieser setzt sich zum Ziel, die organisatorische Verselbständigung der öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt zu verhindern. Worum geht es?

Im vergangenen März sandte das Gesundheitsdepartement einen Ratschlag in die Vernehmlassung, der die Überführung der kantonalen Spitäler (Universitätsspital, Felix Platter-Spital und Universitäre Psychiatrische Dienste) in selbständige öffentlich-rechtliche Betriebe mit eigener Rechtspersönlichkeit vorsieht. Dies sei nötig, da das revidierte Krankenversicherungsgesetz mit der Einführung der Fallkostenpauschalen auf Anfang 2012 bestimmt, dass die Spitäler «bilanz- und vertragsfähig» sein müssen, d.h. nicht mehr als Dienststelle der Kantone geführt werden können (vgl. Soziale Medizin 2.10 S. 12 f.).

#### Reformen nötig, aber ohne Demokratieverlust

Dass zur Erfüllung dieser Bestimmungen Reformen nötig sind, bestreitet niemand. Auch dass die Spitäler grössere unternehmerische Autonomie erhalten, ist unter den aktuellen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen sinnvoll. Beides kann aber auch ohne rechtliche Verselbständigung erreicht werden. Auch als Unternehmen der kantonalen Verwaltung können die Spitäler eine eigene Bilanz und Erfolgsrechnung ausweisen. Ein grösserer unternehmerischer Spielraum kann mittels grosszügiger bemessener Globalbudgets und Investitionskredite erreicht werden, die den Spitalleitungen mehr Spielraum lassen.

Die Vorlage des Gesundheitsdepartements will die Kompetenzen im Spitalbereich vom kantonalen Parlament an einen Verwaltungsrat verschieben, der ausschliesslich vom Regierungsrat gewählt würde. Dieser soll alle strategischen Entscheide fällen und über das Budget und die Investitionen befinden. Das Kantonsparlament, der Grosse Rat, hätte nur noch die Schlussrechnung abzunicken. Dass ein derart zentraler Teil der staatlichen Aufgaben wie die Gesundheitsversorgung dem parlamentarischen Entscheidungsprozess entzogen wird, kann nicht widerstandslos hingenommen werden (vgl. Soziale Medizin 3.10 S. 25 f.).

#### Keine Verschlechterung der Anstellungsbedingungen

Ebenso entscheidend ist, dass sich die Situation des Personals mit der Auslagerung verschlechtern würde. Konkurrenzfähig müssten die Spitäler werden, sich am Markt und den Kunden orientieren, heisst es im Ratschlag (Kunden sind das, was bis vor kurzem unter Patientinnen und Patienten verstanden wurde). Das bedeutet unter anderem. dass man versuchen wird, die Leistungen günstiger als andere Spitäler anzubieten. Dazu muss aber auch bei den grossen Ausgaben gespart werden. Über 60 Prozent der Ausgaben eines Spitals sind Löhne. An den Löhnen der hoch qualifizierten MitarbeiterInnen (Chefärzte und sonstiges Kader) kann kaum gespart werden (Abwanderungsgefahr, Rekrutierungsschwierigkeiten). Also wird beim weniger qualifizierten Personal gespart werden, etwa in der Hauswirtschaft, in der Küche sowie bei den Reinigungs- und Hilfsdiensten. Dies funktioniert immer nach demselben Prinzip: Ein Dienst wird ausgelagert, d.h. einer privaten Firma übergeben. Im ersten Jahr gelten im besten Fall dieselben Bedingungen wie früher, dann wird reorganisiert. Die Anforderungen werden erhöht, die Anstellungsbedingungen verschlechtert (Löhne, Taggeldversicherung, Pensionskassenleistungen).

Auch wenn im Anschluss an die Vernehmlassung gewisse Retouchen erfolgten, kann der Ratschlag des Basler Gesundheitsdepartements in keiner Weise befriedigen: Die Anstellungsbedingungen in den Spitälern können in Zukunft von den beim Staat geltenden abweichen. Und die Spitäler können eigene Firmen gründen, um so Dienste auszulagern.

#### Keine Ausgrenzung von unpassenden PatientInnen

In den letzten Jahren machte sich im Gesundheitswesen eine Ökonomisierung breit. Jede Leistung wird minutiös erfasst und jede Abteilung wird einer Rentabilitätsrechnung unterzogen. Dies hat einen Einfluss auf die MitarbeiterInnen der Spitäler. PatientInnnen, die komplexe Krankheitsbilder aufweisen, die nicht ins Raster der Definitionen zur Berechnung der Fallkostenpauschalen passen, werden tendenziell nicht aufgenommen, von einer Abteilung auf eine andere verschoben oder an eine andere Institution überwiesen. Vor allem treffen wird dies PatientInnen, die sich schlecht wehren oder durchsetzen können, die multimorbid und zusätzlich psychisch krank sind oder eine Suchtproblematik aufweisen. Es ist zu befürchten, dass die Auslagerung diese Tendenzen weiter verstärken wird.

Der Verein ,keine Auslagerung der öffentlichen Spitäler' will den parlamentarischen Diskussions- und Entscheidungsprozess begleiten und die oben erwähnten Forderungen in die Vorlage einbringen. Bei der Gründung waren neben MitarbeiterInnen des Universitätsspitals VertreterInnen von BastA!, den Grünen, der SGSG, der SP, der Unia und des VPOD dabei. Der Verein stellt sich darauf ein, möglicherweise das Referendum gegen das Gesetz zu ergreifen.

Zusätzliche Vereinsmitglieder sind erwünscht. Wer Interesse hat, wende sich an Verein ,keine Auslagerung der öffentlichen Spitäler', c/o SGSG/Soziale Medizin, Postfach, 4007 Basel oder E-Mail: keine.auslagerung@bluewin.ch.

Daniel Gelzer

Es ist vorgesehen, dass der Grosse Rat (Kantonsparlament) des Kantons Basel-Stadt im Dezember über die Gesetzesvorlage zur Spitalauslagerung entscheiden wird. Möglicherweise hat er das beim Erscheinen dieser Ausgabe der Sozialen Medizin gerade getan, worauf sich dann die Frage des Referendums stellt. Als diese Ausgabe in Druck ging, war uns das Ergebnis der parlamentarischen Beratung noch nicht bekannt.

## Betrugsbekämpfung in der IV

Die Medienmitteilung des Bundesamts für Sozialversicherung vom 5. Nov. 2010

Die Betrugsbekämpfung in der Invalidenversicherung zeigt Wirkung: Im Jahr 2009 hat die IV in 2'550 verdächtigen Fällen Ermittlungen aufgenommen. 1>180 Ermittlungen wurden abgeschlossen. Dabei bestätigte sich der Verdacht in 240 Fällen, was eine Herabsetzung oder Aufhebung der Rentenleistung, resp. eine Nichtsprechung einer Neurente zur Folge hatte. Damit konnten insgesamt 180 ganze Renten eingespart werden, was einer jährlichen Ausgabenreduktion von rund 4,6 Mio. Franken entspricht.

eit dem 1. August 2008 haben alle IV-Stellen ein Betrugsbekämpfungsmanagement eingeführt und setzen es nun konsequent um. Die Erfahrungen aus der praktischen Arbeit wurden laufend analysiert, was zur stetigen Verbesserung der Abläufe führte. In dieser Phase der Einführung wurde auch die Statistik zur Betrugsbekämpfung aufgebaut. Es liegen nun erstmals Angaben über ein vollständiges Jahr vor.

Im Jahr 2009 haben die IV-Stellen 2'550 Dossiers an die Betrugsbekämpfungs-Spezialisten zu weiteren Abklärungen und Ermittlungen weitergeleitet . Hinzu kommen 640 Ermittlungen, die Ende 2008 noch nicht abgeschlossen waren. Somit waren im Jahr 2009 insgesamt 3>190 Fälle von Betrugsverdacht in Bearbeitung. In 210 dieser Fälle wurde eine Observation eingeleitet.

1'180 Fälle konnten im Jahr 2009 abgeschlossen werden, davon 90 nach einer Observation. In 240 Fällen konnte ein Betrug nachgewiesen werden, bei

30 Fällen davon auf Grund einer Observation. Dank diesem Betrugsmanagement kommen nun 180 ganze Renten weniger zur Auszahlung. Dies entspricht einer jährlichen Ausgabenreduktion von rund CHF 4,6 Mio. Franken. Entlastungen, die sich allenfalls auch bei den Ergänzungsleistungen zur IV oder bei Invalidenrenten der zweiten Säule ergeben, sind bei dieser Rechnung nicht berücksichtigt.

In 20 Fällen haben die IV-Stellen unrechtmässig bezogene Leistungen zurückgefordert und in 10 Fällen wurde Strafanzeige erstattet.

#### Da hat ein Berg eine Maus geboren

Die gross angekündigte Suche nach IV-Betrügern brachte im Jahre 2009 gemäss einer Meldung des BSF von Anfang November ganze 4>600>000 Franken Defizitverminderung. Dieses beträgt 2009 nun also nicht mehr 1>000>000>000 Franken, sondern nur noch 995>400>000 Franken, Toll!

Jetzt nimmt mich aber doch noch etwas wunder: Wieviel hat der Spass eigentlich gekostet? All die Managementsitzungen samt Protokollen, all die Medienmitteilungen, die Bearbeitung von 1'180 Dossiers, die 90 Observationen, all die Gerichtskosten? Bleibt da überhaupt noch was über dem Strich?

Die mickrige Erfolgsrechnung zeigt doch klar auf, dass es bei der Rentenbetrugskampagne weniger um Ökonomie als um Ideologie geht. Für gleich viele Unkosten hätten ein paar Steuerkommissäre bestimmt viel mehr Geld hereingebracht.

Die Kleinen hängt man, die Grossen lässt man laufen!

DAVID WINIZKI, VUA"

## Gentechfreie Lebensmittel sind Wirklichkeit

BefürworterInnen der Gentechnik im Lebensmittelbereich verlangen immer wieder eine «ehrliche» Kennzeichnung. Alle Lebensmittel, die mit Gentechnik in Berührung gekommen sind, sollen markiert werden. Doch die Absicht ist klar: Es soll suggeriert werden, Gentechnik sei allgegenwärtig und damit unvermeidbar. Die Wirklichkeit sieht zum Glück anders aus.

Auch Deutschland, allen voran Verbraucherschutzministerin Aigner (CSU), hatte sich dafür stark gemacht: Endlich solle «die Täuschung der KonsumentInnen» ein Ende haben. Die bürgerliche Regierung verlangt eine «ehrliche Kennzeichnung» aller Produkte im Lebensmittelbereich, die während des Produktionsprozesses mit Gentechnik in Berührung gekommen sind. Allerdings stiess Aigner mit dieser Forderung bei der EU auf taube Ohren und holte sich im Juli dieses Jahrs eine deutliche Abfuhr.

#### Täuschung geplant

Welche Absicht dahinter steckt, ist unschwer zu erkennen: Erhält jedes Produkt, bei dessen Herstellung Gentechnik im weitesten Sinn im Spiel war, den Stempel «mit Gentechnik» aufgedrückt, muss jeder Widerstand irgendwann schwinden, auch im notorisch gentechkritischen Europa. Denn mit einer solchen weitgehenden Deklaration würde der falsche Eindruck erweckt, genmanipuliertes Saatgut habe sich auf unseren Äckern bereits etabliert und der Import von gentechfreien Lebens- und Futtermitteln sei Vergangenheit.

#### Kontrollen bringen Klarheit

Dass dies in keiner Art und Weise den Tatsachen entspricht, zeigen die Kontrollen der kantonalen Labors der Schweiz. Ihnen obliegt der Vollzug der Gentech-Deklaration. Einem Vorstoss der Nationalrätin Maya Graf (Grüne,

Baselland) ist es zu verdanken, dass endlich eine Übersicht über die jährlich durchgeführten GVO-Kontrollen öffentlich zugänglich ist. Beginnend mit dem Jahr 2008 erfasst das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Ergebnisse dieser Kontrollen. Die Resultate zeigen ein erfreuliches Bild: Die Anstrengungen der Lebensmittelindustrie, nur herkömmliche Rohstoffe zu verwenden, sind sehr erfolgreich. Bis auf ganz wenige Ausnahmen waren die mehr als 400 untersuchten Proben gentechfrei. Die Anzahl der Proben, die GVO-Bestandteile im Spurenbereich – also unterhalb der vorgeschriebenen Kennzeichnungsgrenze von 0,9 Prozent – enthielten, lag bei nur 3 Prozent.

#### Futtermittel ebenfalls gentechfrei

Im Futtermittelbereich zeigen die Zollstatistik und Stichproben sogar ein noch besseres Resultat: Anders als in den Vorjahren wurden 2008 keine Futtermittel importiert, die auch nur Spuren gentechnisch veränderter Verunreinigungen aufwiesen. Diese Untersuchungen liefern zumindest für die Schweiz ein klares Bild: KonsumentInnen treffen auf dem Schweizer Markt fast ausnahmslos auf Lebensmittel ohne GVO-Bestandteile; und auch Schweizer Fleisch wird ohne Gentech-Futtermittel produziert.

#### Genfood nach wie vor kein Thema

Die Kennzeichnungsvorgaben der Behörden sind streng. Alle Lebensmittel, die gentechnisch veränderte Bestandteile enthalten, müssen gekennzeichnet werden. Der Grenzwert liegt bei 0,9 Prozent. Die Produkte, die unterhalb dieses Grenzwerts liegen, also weniger als 0,9 Prozent Gentech-Bestandteile aufweisen, bleiben von der Kennzeichnung ausgeschlossen. Allerdings fehlen selbst solche Lebensmittel glücklicherweise im Supermarktregal. Wird ein Nahrungsmittel positiv getestet, so zögern die Grossverteiler in der Regel nicht, das entsprechende Produkt umgehend aus dem Verkehr zu ziehen.

#### Irreführung ist gewollt

Nahrungsbestandteile wie Vitamine und Enzyme, die mit Hilfe genmanipulierter Mikroorganismen produziert werden, müssen ebenfalls nicht gekennzeichnet werden. Sie fallen bisher nicht unter die Kennzeichnungspflicht, weil das betroffene Vitamin oder Enzym selbst - im Gegensatz zum Herstellungsverfahren naturidentisch ist. Würde man nun alle Produkte, die solche Enzyme und Vitamine enthalten, fälschlicherweise mit dem Gentechnik-Label versehen, so würde der Konsument in die Irre geführt. Eine Positiv-Kennzeichnung ist also weder «ehrlich», wie die selbsternannten Konsumentenschützer glauben machen wollen, noch eine wirkliche Hilfe bei der Orientierung beim Einkauf.

#### Erfolgreicher Widerstand

Der Basler Appell gegen Gentechnologie kommt im Rahmen seiner Öffentlichkeitsarbeit immer wieder in Kontakt mit Menschen, die eine ablehnende Haltung gegenüber der Gentechnologie zwar teilen, aber bereits resigniert haben. «Was soll man machen, Gentechnik ist sowieso überall drin?» Mit diesem Seufzer ist allerdings nichts erreicht. Nur dem konsequenten Widerstand der Konsument-Innen sowie dem Engagement gentechnikkritischer Organisationen und eines dadurch sensibilisierten Lebensmittelhandels ist es schliesslich zu verdanken, dass solche Argumente noch immer ohne Mühe entkräftet werden können.

Details zu den Lebensmittelkontrollen finden Sie unter www.bag.admin.ch in der Rubrik Themen/Lebensmittel/GVO/Kontrolle: Bericht 2008: GVO-Erzeugnisse bei Lebensmitteln (April 2010).

Details zu den Futtermittelkontrollen sind unter www.blw.admin.ch in der Rubrik Themen/Produktionsmittel/Futtermittel abrufbar: Statistik zur Einfuhr von GVO-Futtermitteln (Dezember 2009).



## **DNA-Migrationskont**rolle

In der Schweiz hat sich FDP-Nationalrat Philipp Müller dafür ausgesprochen, die Praxis der DNA-Tests zur Migrationskontrolle als behördliches Standardverfahren zu etablieren. Müller forderte, «für den Familiennachzug aus bestimmten Staaten die DNA-Tests massiv auszuweiten». Er sprach sich für eine Politik des Generalverdachts bei allen Anträgen auf Familiennachzug aus, wenn es sich dabei um Bürger aus der Liste der so genannten «problematischen Staaten» handelt. Diese Anträge beliefen sich seinen Angaben zufolge auf «tausende von Fällen pro Jahr», denn auf der Liste befinden sich insgesamt 34 Staaten - von Brasilien bis Vietnam. Der Vorschlag eines Standardverfahrens ist drastisch - im Prinzip ähnelt der Vorschlag der behördlichen Praxis in Deutschland, wie sie das Gendiagnostikgesetz im letzten Jahr gesetzlich abgesegnet hat. Deutsche Ausländerbehörden oder Botschaften dürfen hiernach willkürlich DNA-Tests bei Anträgen zur Familienzusammenführung verlangen, wenn sie die vorgelegten Dokumente für nicht glaubwürdig halten.



## Humanforschungsgesetz: Eintreten beschlossen

Nachdem die Hearings zum Humanforschungsgesetz beendet waren, beschloss die Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur des Nationalrats (WBK-N) an ihrer Sitzung im September einstimmig, auf die Vorlage einzutreten. Die Forschung am Menschen leiste einen unverzichtbaren Beitrag zur Prävention und zur Gesundheitsförde-

rung, heisst es in der Medienmitteilung der WBK. Debattiert wurde anschliessend erneut darüber, ob die Forschungsfreiheit im Zweckartikel des Gesetzes nochmals erwähnt werden müsse - in der Version des Bundesrats wurde darauf verzichtet. Bereits bei der Diskussion um den Verfassungsartikel hielt man es für unverzichtbar, die Forschungsfreiheit an prominenter Stelle zu nennen. Und auch die WBK-N befürchtet offenbar eine allzu starke Einschränkung der Forschungsfreiheit: Auch im Zweckartikel des Gesetzes soll diese nochmals Erwähnung finden. Ausserdem gab der Geltungsbereich des Gesetzes Anlass zur Diskussion.



## Kanada: Klagen gegen Repromediziner

Juristische Streitigkeiten in Sachen Reproduktionsmedizin nehmen immer skurrilere Züge an: In Kanada laufen derzeit Gerichtsverfahren gegen einen Reproduktionsmediziner. Zwei seiner PatientInnen werfen ihm vor, bei der künstlichen Befruchtung nicht den von ihnen ausgewählten Samen verwendet zu haben. Beim ersten Fall handelt es sich um eine Frau, die nach mehreren Inseminationsversuchen schwanger geworden war und im März 2005 ein Kind zur Welt brachte. Drei Jahre später wollte sie diese Tochter bei einem Internetregister anmelden, in dem sich die Nachkommen des von ihr ausgewählten Samenspenders registrierten. Dabei musste sie feststellen, dass ihre Tochter und die vermeintlichen Geschwister nicht dasselbe genetische Erbe teilen. Weitere Nachforschungen sollen ergeben haben, dass die verwendete Spermienprobe (von der offensichtlich im Labor eine Restprobe gelagert worden war) mit dem Samen eines weiteren, unbekannten Spenders «verunreinigt» worden war. Gegenüber den kanadischen Medien erklärte die Klägerin, sie sei «Jahre lang in dem falschen Glauben gehalten worden, der Vater ihrer Tochter sei 3168». Im Fall der zweiten Klage

sollte an derselben Ottawaer Klinik einer Leihmutter der Samen des Ehemannes der Klägerin injiziert werden. Bei der Leihmutter handelte es sich um die Schwester der Ehefrau. Ein Jahr nach der Geburt des Kindes stellte sich durch Blutuntersuchungen heraus, dass die Blutgruppe des so gezeugten Kindes von der seines vermeintlichen Vaters und derjenigen der Leihmutter abwich. Die Kläger erklärten, dies sei für sie vor allem ein medizinisches Problem: Schliesslich wolle das Kind vielleicht einmal in Zukunft seine medizinische Vorgeschichte (also auch diejenige seiner Eltern) wissen. Die klagenden Eltern wollen jeweils zwischen 1,5 und 1,7 Millionen US-Dollar Entschädigung er-

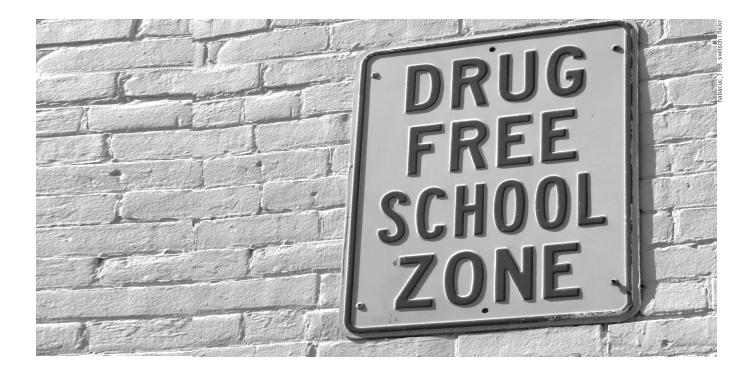
Bitte schicken Sie mir gratis folgendes Info-Material:

- 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

Finsenden an:

Basler Appell gegen Gentechnologie, Postfach 205, 4013 Basel

Sie finden uns auch unter www.baslerappell.ch



## Prävention bedarf des Freiraumes

Zur Forderung nach Drogenkontrollen an staatlichen Schulen

In schöner Regelmässigkeit werden Forderungen laut, mit Drogentests an den Schulen einem Drogenmissbrauch durch Kinder und Jugendliche vorzubeugen. Dieser Beitrag befasst sich kritisch mit dem Thema und zeigt Probleme und Chancen schulischer Präventionsarbeit auf.

mmer wieder werden in der Schweiz Stimmen laut, die «mehr präventive Kontrollen an Schulen und Bildungsstätten und ein striktes Durchgreifen gegen die Gewalt» (vgl. SVP-Flyer) fordern. Oft sind diese Forderungen allerdings auch Selbstzweck und dienen vor allem der eigenen Profilierung, bzw. der Rekrutierung von neuen Sympathien und Wähler/innen-Segmenten. Deutlich wird dies, wenn die Suchtproblematik z.B. mit dem Thema Migration verknüpft wird. So reichte der Berner SVP-Gemeinderat Thomas Fuchs eine parlamentarische Interpellation ein mit dem öffentlichkeitswirksamen Namen «Drogen in der Schule! Wo enden unsere Kinder?» und fragte dabei spezifisch an, wie hoch «der Anteil fremdsprachiger Kinder und Jugendlicher, welche erwischt und zur Anzeige gebracht worden sind?» sei. Die Antwort des Berner Regierungsrates möchte ich an dieser Stelle nicht verschweigen: «Der Anteil der fremdsprachigen Schülerinnen und Schüler bei den wenigen Fällen, bei denen auch die Täter resp. Täterinnen bekannt sind, ist null. Auch beim Konsum von Drogen sind die ausländischen Schüler und Schülerinnen stark untervertreten.»

Es sind allerdings nicht nur rechtskonservative Kreise, welche die Forderung nach einer repressiven Drogenpolitik immer wieder ins Gespräch bringen. Vor einiger Zeit ist auch der Baselbieter Lehrerverband (blv) mit der Forderung nach Drogentests an Schulen an die Öffentlichkeit getreten. Unter anderem schreibt er im Vereinsorgan dazu: «Erwartet werden kann eine präventive Wirkung auf Mitschülerinnen und Mitschüler. Eine glaubhafte Prävention verträgt sich mit angemessenen repressiven Massnahmen ohne weiteres. Vielen Jugendlichen hätte es durchaus gedient, wenn sie rechtzeitig in ihrer Schulzeit erwischt und einer Therapie zugeführt worden wären.» Die vom blv vertretene These, dass von einem repressiven Ansatz durchaus präventive Effekte erwartet werden dürfen, widerspricht allerdings den aktuellen Forschungserkenntnissen. Hurrelmann schreibt dazu: «Massnahmen der Suchtprävention, die die Ausgangsbedingungen für die Aufnahme und Aufrechterhaltung des Drogenkonsums (und auch anderer Risikoverhaltensweisen) nicht mit aufnehmen, haben keine Erfolgschancen.» (Hurrelmann, 1995, 167). Ausserdem, so argumentiert das Bundesamt für Gesundheit in seiner Stellungnahme 'Drogentests in der Schule', hätten Drogentests sowieso nur eine begrenzte Aussagekraft, denn sie geben nur an, ob jemand mit Drogen in Kontakt gekommen ist (z.B. Hände), sie können jedoch

nicht nachweisen, ob jemand wirklich auch Drogen konsumiert hat (vgl. BAG, 2008, 1).

#### Eindeutige Reaktionen

Aber nicht nur die Gesundheitsbehörden, auch Suchtexpertinnen und Pädagogen haben umgehend auf die Forderung nach Drogentests und mehr Repression an den Schulen reagiert. In einer gemeinsamen Verlautbarung nehmen verschiedene Fachverbände für Suchtprävention eindeutig Stellung und kommen zum Schluss, dass in der Schule die Förderung der Jugendlichen im Zentrum stehe. Ihr dabei «gleichzeitig den Vollzug repressiver Massnahmen aufzubürden, beeinträchtigt ihren pädagogischen Auftrag, vor allem in der Begleitung von Mädchen und Jungen in schwierigen Situationen» (vgl. Stellungnahme von Fachleuten, 2008). In seiner Verbandszeitschrift 'bildung schweiz' schliesslich nimmt sich der schweizerische LehrerInnenverband des Themas an. Peter Hoffmann weist darauf hin, dass die Schule nicht als repressive Institutionen wahrgenommen werden darf und stellt fest, dass «die generelle Verdächtigung von Jugendlichen nicht im öffentlichen Interesse» sei, da dies «ethisch verwerflich ist und den Jugendlichen auch ein falsches Signal über ihr Bild in der Gesellschaft geben würde.» (Hoffmann, 2010, 20).

Das erwähnte Spannungsverhältnis Kind/Gesellschaft ist meines Erachtens auch der richtige Ausgangspunkt für Suchtprävention. In der soziologischen Präventionsforschung wird das Suchtverhalten Jugendlicher vielmehr als Teil ihrer Sozialisierung verstanden. Es seien, so meint der Erziehungswissenschafter Dieter Baake, «radikale Experimente des Daseins» (Baake 1987, 203). Diese Experimente machen auch vor der Schule nicht halt und werden oft gerade dann durchgeführt, wenn der Leistungsdruck steigt. So geht der Konsum von 'legalen' Drogen eindeutig in die Höhe, wenn es zu Schwierigkeiten mit der schulischen Leistungsanforderung kommt (vgl. Hurrelmann, 1995, 161). Sucht, Drogen und Schule gehören zusammen, denn Kinder und Jugendliche müssen sich gerade während ihrer 'Schülerjahre' mit den Verlockun-

gen, Herausforderungen und Gefahren von Suchtverhalten und Drogenkonsum auseinandersetzen. Dass sich daraus auch ein Präventionsauftrag für die Schule ableitet, versteht sich von selbst. Dabei sollen aber die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen ernst genommen werden, denn eine aussichtsreiche Prävention orientiert sich nicht zuletzt auch an dem Bedürfnis der Jugendlichen nach Grenzerfahrungen. Eine Prävention also, die nicht einschränkungs- und

in Konfliktsituationen suchtgefährdende Verhaltensweisen vermeiden (vgl. Rothenfluh 1992, 48).

#### Hohe Anforderungen

Die Anforderungen an den präventionsorientierten Unterricht und die fachlichen Kompetenzen der Lehrpersonen sind enorm. Dennoch: Eine Schule, die neben einem gezielten suchtpräventiven

"

In der Schule sollen dabei vor allem Konzepte zur Anwendung gelangen, welche die Kinder und Jugendlichen in die Lage versetzen, sich kompetent mit der Herausforderung 'Drogenkonsum' auseinanderzusetzen.

verbotsorientiert ist, sondern genügend Freiraum für lustvolle und spannungsreiche Aktivitäten bietet (vgl. Bründel 2000, 42).

#### Entscheidender Beitrag der Schule

In der Schule sollen dabei vor allem Konzepte zur Anwendung gelangen, welche die Kinder und Jugendlichen in die Lage versetzen, sich kompetent mit der Herausforderung 'Drogenkonsum' auseinanderzusetzen. Bildung und Erziehung zum mündigen und sozialverantwortlichen Menschen und zu einem jeweils angemessenen Umgang mit mannigfaltigen Konflikten und Problemen sind dabei ein entscheidender, spezifisch schulischer Beitrag zur primären Prävention gegenüber Suchthaltungen und süchtigem Verhalten (vgl. Israel / Priebe 1993, 212).

Diese Forderungen wurden von der Schule aufgenommen und in ihre eigene kompetenz- und zielorientierte Sprache übersetzt. So sollen Schüler z.B. über Arten, Wirkungen und Gefahren von Genuss- und Suchtmitteln Bescheid wissen, die Ursachen für deren Konsum kennen und durch die aktive Auseinandersetzung mit persönlichen Problemen

Unterricht auch auf die Qualität von Alltagserfahrungen und auf die Erlebniswelt der Kinder und Jugendlichen abstellt, die angenehme und flexible Sozialformen für den Umgang zwischen Lehrern und Schülern integriert, die die Eigenständigkeit der Schüler anregt und ihnen vielfältige Erfolgsgefühle, aber auch den Umgang mit Enttäuschungen und Niederlagen vermittelt, eine solche Schule kann tatsächlich eine Institution sein, die eine effektive Suchtprävention betreibt. (vgl. Hurrelmann, 1995,

#### Präventionsansatz greift zu kurz

Dass das Thema Drogenkonsum und Suchtverhalten auf den Bereich Prävention fokussiert, ist nachvollziehbar. Allerdings scheint mir, dass die Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Bedingungen, welche zu einem Suchtverhalten führen können, etwas kurz greift. Es gehört zur individuellen Entwicklung jedes Menschen, dass er an einem bestimmten Punkt damit beginnt, Verhaltensweisen der älteren Generation zu kopieren. Sein eigenes Selbstverständnis wandelt sich und er fühlt sich einerseits mehr und mehr dieser älteren Generation zugehörig, andererseits be-

### magazin • sucht

steht ein guter Teil der Auseinandersetzung mit dieser gerade auch in deren Provokation. Gerade in der Pubertät, einem Lebensabschnitt der durch viele Ängste und Unsicherheiten geprägt ist, entspricht dieses Spannungsfeld einem täglichen Hindernisparcours, den Jugendliche gerne schnell hinter sich lassen möchten. Es ist eine Zeit des «Aufsender Generation möglich, beziehungsweise wahrscheinlich.» (Höpflinger, 2008, 26)

Und nicht nur die Schule ist ein ganzes Stück davon entfernt, den Kindern und Jugendlichen eine breite Partizipation an der gesellschaftlichen Gestaltung zuzugestehen. Denn der Einsicht, dass «Kinder besondere Rechte, Wünkung, Risiken und den kulturellen Gebrauch von berauschenden Substanzen informiert, übertriebene Ängste und Sorgen abbaut und Mythen, Werbung und übertriebene Erwartungen entlarvt (vgl. Quensel, zit. in Winter, 2003, 162). Nur so können Jugendliche, wenn sie sich vor die Entscheidung für oder gegen Drogenkonsum gestellt sehen, richtig wählen.

Wer Kinder und Jugendliche zur Mündigkeit erziehen will, sei es in Drogenfragen oder in der politischen Mitbestimmung, muss sie in ihren Bedürfnissen ernst nehmen und in Entscheidungen einbeziehen. Das ist im konventionellen Schulrahmen mit seinen begrenzten Ressourcen nicht immer einfach, sollte aber dennoch das Ziel von Schulen und Lehrpersonen sein.

Stefan Witschi Produzent Soziale Medizin, studiert an der Pädagogischen Hochschule der FHNW

"

Nachhaltige Prävention bedarf des Freiraumes, bedarf der Mitbestimmung und bedarf vor allem des Verständnisses für die komplexe Lebenssituation, in der sich Kinder und Jugendliche befinden.

brechens der in der Kindheit erbrachten Anpassungsleistungen an gesellschaftliche Normen und Konventionen» (Dewe/Scherr 1995, 134). Diese Zeit verunsichert freilich nicht nur die Jugend. Auch die ältere Generation verfolgt diese Entwicklung argwöhnisch. Jugendkultur wird so zum Gegenstand aufmerksamer Beobachtung, zur Projektionsfläche für gesellschaftliche Hoffnungen und für Ängste vor Veränderungen (vgl. Dewe/Scherr 1995, 134).

#### Programmierte Auseinandersetzung

Diese ältere Generation, mit all ihren Ängsten und Hoffnungen gegenüber der Jugend, wird aufgrund der demographischen Entwicklung zudem immer bestimmender (vgl. Möckli, 1999, 106). Auseinandersetzungen sind programmiert, denn in «neuzeitlichen und modernen Gesellschaften kommt es in wachsendem Umfang zu Diskontinuitäten und Wandlungsprozessen, bei denen jüngere Menschen Lernprozesse vollziehen müssen, die sich mit den Werten älterer Menschen nicht vereinbaren lassen. Damit sind Konflikte zwischen erziehender Generation und nachwachsche und Interessen haben, steht immer noch ein grosser Mangel an angemessenen Beteiligungs- und Mitwirkungsformen von Kindern in Familie, Kindergarten, Schule, Gemeinde, Gesundheitsdiensten, Freizeiteinrichtungen, Medienanstalten usw. gegenüber.» (Markefka / Nauck 1993, 306).

Nachhaltige Prävention bedarf des Freiraumes, bedarf der Mitbestimmung und bedarf vor allem des Verständnisses für die komplexe Lebenssituation, in der sich Kinder und Jugendliche befinden. Zu diesem Verständnis gehört auch, zu begreifen, dass es «einen genussvollen und risikoarmen Umgang mit berauschenden Substanzen durchaus gibt» (Winter, 2003, 162). Und zu den berauschenden Substanzen gehört schliesslich auch das berühmte Glas Rotwein. Dem 'Problem Drogen' wird die Gesellschaft, und damit auch die Schule, also alleine mit dem Hinweis auf ein gesundheitsschädigendes Risiko nicht gerecht.

#### Paradigmenwechsel

Gefragt ist also nicht weniger als ein Paradigmenwechsel: Progressive Präventionsexperten fordern eine Erziehung zur «Drogenmündigkeit». Eine Drogenerziehung also, die über die Wir-

#### Literatur

Baacke, D., 1987: Jugend und Jugendkulturen. Darstellung und Deutung. Juventa Verlag. Weinheim

Bründel, Heidrun, 2000: Drogenprävention. In: Hurrelmann, K., Klaubert, K. (Hrsg.): Wie Kinder gesund bleiben. Belz Verlag, Basel, Weinheim

Bründel, H. / Hurrelmann, K., 1996: Einführung in die Kindheits-

forschung. Belz Verlag, Weinheim und Basel Dewe, B. / Scherr, A. 1995: Jugendkulturen, Lebenskonstruktionen und soziale Deutungsmuster. In: In: Ferchhoff, W./ Sander, U./  $Vollbrecht, R., (Hrsg.), I995: Jugendkulturen-Faszination \, und \, 1000 \, MeV \, and \, 10$ 

Ambivalenz. Juventa Verlag, Weinheim und München Haug-Schnabel, G. / Schmid-Steinbrunner, B., 2000: Suchtprävention im Kindergarten. Verlag Herder, Freiburg im Breisgau Hoffmann, Peter, 2010: Drogen tests an Schulen senden das falsche

Signal. In: Bildung Schweiz 6/10 Höpflinger, François, 2008: Einführung, Konzepte, Definitionen und Theorien. In: Perrig-Chiello, P. / Höpflinger, F. / Suter, C. (Hrsg.): Generationen - Strukturen und Beziehungen. Generationenbericht Schweiz. Seismo Verlag, Zürich

Hurrelmann, K., 1995: Risikoverhalten bei Jugendlichen. In: Ferchhoff, W. / Sander, U. / Vollbrecht, R., (Hrsg.), 1995: Jugendkulturen – Faszination und Ambivalenz. Juventa Verlag, Weinheim und München

Israel, G. / Priebe, B. / Hurrelmann, K., (Hrsg.), 1993: Gesunde Schule. Belz Verlag, Weinheim und Basel

Markefka, M. / Nauck, B. (Hrsg.), 1993: Handbuch der Kindheitsforschung. Luchterhand Verlag, Neuwied, Berlin

Möckli, Silvano, 1999: Die demographische Herausforderung. Chancen und Gefahren einer Gesellschaft lang lebender Menschen. Verlag Paul Haupt, Bern

Rothenfluh, Ernst, 1992: Gesundheitserziehung in den Schulen.

Verlag Sauerländer, Aarau, Frankfurt/M., Salzburg Winter, Dani, 2003: Rausch und Risiko. Drogenratgeber für Jugendliche und Eltern. Beobachter-Buchverlag, Zürich

Ouensel, Stephan: Zitiert nach: Winter, Dani, 2003: Rausch und Risiko. Drogenratgeber für Jugendliche und Eltern. Beobachter-Buchverlag, Zürich

Weitere Online Ouellen

Flyer der SVP: 'Schluss mit Gewalt und Drogen an unsere Schulen' (Quelle: http://www.udc.ch/display.cfm/id/100763/ disp\_type/display/filename/FlyerGewalt.pdf, Stand 21. Sep-



## Soziale Probleme nicht biologisch-medizinisch lösen

Nein zu wachstumsbegrenzenden Therapien bei behinderten Kindern

Weil sie den Möglichkeitsraum für zukünftige Entwicklungen drastisch einschränken und die Ausgrenzung und Isolierung verschärfen würden, sind wachstumsbegrenzende Therapien bei behinderten Kindern abzulehnen. Eine Entgegnung auf den Artikel «Ein geistig behindertes Kind am Wachstum hindern? Eine ethische Analyse» von Riccardo Bonfranchi. Soziale Medizin 3.10. S. 19-21.

n der genannten «ethischen Analyse» kommt Riccardo Bonfranchi zum Schluss, dass wachstumsbegrenzende Therapien bei geistig behinderten Kindern zwar nicht geboten seien, es aber ethisch nicht korrekt wäre, sie zu verbieten. Dieser Einschätzung möchte ich vehement widersprechen.

Im genannten Artikel wird über schwerwiegende Eingriffe in die Entwicklung geistig behinderter Menschen diskutiert, ohne auch nur ansatzweise darüber zu reflektieren, was Behinderung eigentlich ist und wie sie entsteht.

Behinderung ist ein soziales Phänomen, das tagtäglich neu vollzogen wird, das dynamisch und relativ ist. Behinderung entsteht auch und gerade durch mangelnde soziale Interaktionen, durch Ausschluss vom gesellschaftlichen Leben. Im genannten Artikel wird das fiktive geistig behinderte Mädchen ausschliesslich negativ dargestellt, als «Schicksalsschlag» für die Mutter, als ein Mädchen, das sich «ohnehin nicht natürlich entwickelt, weil es geistig behindert ist». In der Interaktion mit dem Kind geht es anscheinend nur darum, dass es gut «versorgt, gepflegt und be-

treut» wird. Zweimal fällt das Stichwort «Förderung», ohne aber weiter ausgeführt zu werden. Von Bildung oder Teilhabe am gesellschaftlichen Leben z. B. ist nirgends die Rede. Ein solch verkürzter Behinderungsbegriff ist entschieden abzulehnen, da er dem Phänomen der Behinderung in keiner Art und Weise gerecht wird. Er lässt keine angemessene Reflexion darüber zu, wie Behinderung entsteht und aufrechterhalten wird, und lässt so jedwede ethische Analyse über das zur Diskussion stehende Thema in eine falsche Richtung laufen.

#### Advokatorische Ethik

Nach diesen knappen einleitenden Bemerkungen zum Behinderungsbegriff möchte ich nun einige Argumente des Autors aufgreifen und damit zugleich widerlegen, was er an vier verschiedenen Stellen im Text behauptet, nämlich dass die Ablehnung wachstumsbegrenzender «Therapien» durch heilpädagogische Fachleute «intuitiv» bzw. «ohne nähere Prüfung» erfolge, was eine schier ungeheure Behauptung darstellt. Die Ablehnung durch Fachleute beruht in vielen Fällen auf sachlich durchdachten Argumenten.

Im Abschnitt «Autonomie» kommt Bonfranchi zum Schluss, «dass der Begriff der Autonomie in seiner Ganzheit hier nicht zum Tragen kommen kann. Wir gelangen deshalb zu einer Form der advokatorischen Ethik [...]. Hier ist natürlich wieder festzuhalten, dass der Haltung der Mutter ein grösseres Gewicht beizumessen ist als derjenigen der Heilpädagogin bzw. der Lehrmeinung der heilpädagogischen Wissenschaft [...].» Diese Feststellung muss genauer untersucht werden.

Bei der advokatorischen Ethik geht es darum, dass Dritte zu beurteilen versuchen, was dem Wohle eines Menschen am besten dient. Dass dies immer problematisch ist, darin würde mir der Autor wohl beipflichten. Im vorliegenden Fall geht es, um einen juristischen Begriff zu gebrauchen, um das Kindswohl. Dass dieses längst nicht immer mit den Interessen der Eltern zusammenfallen muss, ist aus Scheidungsprozessen zur Genüge bekannt. Gerade deshalb werden die mutmasslichen Interessen von Kindern oft durch Aussenstehende zu beurteilen versucht.

### magazin • ethik

#### Interessen des Kindes

Bei der vorliegenden Frage müsste also zuerst zu klären versucht werden, was die Interessen des geistig behinderten Kindes sind, dies noch völlig Ausserachtlassung der Interessen der Eltern. Erst in einem zweiten Schritt könnten dann in einer ethischen Güterabwägung die Interessen des Kindes, diejenigen der Eltern und weiterer involvierter Personen gegeneinander abgewogen werden. Dass hier bei der ethischen Güterabwägung den Interessen der Eltern ein grösseres Gewicht beizumessen wäre als denjenigen involvierter Fachleute, ist auch für mich selbstverständlich. An oberster Stelle stünden aber bei der ethischen Güterabwägung die mutmasslichen Interessen des Kindes. Hierfür müssten diese, was bei einer «ethischen Analyse» wie der vorliegenden m. E. selbstverständlich sein sollte, zuerst sauber herausgearbeitet werden, was aber im vorliegenden Artikel völlig ungenügend geschieht. Der Autor erwähnt einzig die «freie Entfaltung des Mädchens in seinem natürlichen (egal ob behindert oder nicht) Entwicklungsprozess», reflektiert aber nicht weiter, was damit gemeint sein könnte, sondern hinterfragt im Gegenteil später den Begriff der «natürlichen» Entwicklung und stellt fest, «dass sich dieses Mädchen ohnehin nicht natürlich entwickelt, weil es geistig behindert ist». Von den mutmasslichen Interessen des Mädchens bleibt somit nichts mehr übrig. Hier liegt m. E. die Hauptschwäche der «ethischen Analyse» Bonfranchis.

Es geht bei der vorliegenden Frage nicht um irgendeine «natürliche» Entwicklung, sondern um die Entwicklung des Menschen als bio-psycho-soziale Einheit. Und dass diese Entwicklung massivstens gestört würde, steht ausser Zweifel. Körperliche Entwicklungen, gerade z. B. in der äusserst wichtigen Phase der Pubertät, geben immer auch Anstösse zu geistiger und sozialer Entwicklung. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass bei gestoppter körperlicher Entwicklung sich Interaktionspartnerinnen und -partner dem behinderten Menschen, der vielleicht längst erwachsen ist, weiterhin wie einem Kind gegenüber verhalten würden, was die soziale und geistige Entwicklung schwerwiegend beeinträchtigen würde. Dass solche Verhaltensweisen schon heute gegenüber behinderten Erwachsenen tagtäglich beobachtet werden können, ist kein Argument gegen meine Ausführungen, denn gerade dies ist es ja, was Behinderung u. a. ausmacht, gerade deshalb habe ich zu Beginn davon gesprochen, dass Behinderung ein soziales Phänomen sei. Und diese Form der Behinderung würde sich durch wachstumsbegrenzende «Therapien» gravierend verschärfen.

#### Ermöglichung der Teilhabe

Es sei noch ein kurzer Blick auf den Aufbau der «ethischen Analyse» erlaubt. Der Autor diskutiert das Problem anhand von vier Kategorien. Die erste davon ist die «Fürsorge». Diese wird völlig einseitig und beschränkt auf das Thema der Pflege diskutiert. Dass zur Fürsorge einem behinderten Menschen gegenüber z. B. auch Bildung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gehören, wird nicht erwähnt. Die «freie Entfaltung des Mädchens» wird zwar angetönt, aber nicht mehr weiter diskutiert, was völlig unverständlich ist.

Im nächsten Abschnitt diskutiert Bonfranchi das Nicht-Schadens-Prinzip. Er schreibt: «Andererseits ist ein solcher Eingriff in die biologische und psychologische Entwicklung dieses Mädchens extrem, so dass er eigentlich vehement abzulehnen ist.» Warum fügt er hier das Wort «eigentlich» ein? Nur wenige Zeilen weiter schreibt er, dass, für den Fall, dass wachstumsbegrenzende Therapien keine Nebenwirkungen hätten, «als Fazit festgehalten werden [müsste], dass es sich bei einer solchen Beeinflussung nicht um einen Schaden im engeren Sinne handeln würde.» Wie er auf diese Aussage kommt, ist völlig unverständlich, vor allem angesichts dessen, dass er weiter oben, wie bereits zitiert, schreibt, dass der Eingriff in die biologische und psychologische Entwicklung «extrem» sei, des Weiteren, weil er wenige Zeilen später davon schreibt, «dass es hierbei ja auch zu einem Auseinanderklaffen der psychischen bzw. physischen Entwicklung kommen kann. Es stellt sich hier die Frage, inwieweit eine z. B. 50jährige Person im Körper eines Kleinkindes als erwachsene Person anzusehen ist oder nicht? Es muss deshalb auch hier das Fazit gezogen werden, dass ein solcher Eingriff abzulehnen ist.» Dieses äusserst wichtige Argument wird im weiteren Verlauf nicht mehr aufgegriffen, weshalb es verschwindet, wird aus dem Text nicht ersichtlich.

Über die Schwäche der Argumentation im Abschnitt über die Autonomie habe ich weiter oben bereits berichtet, der Abschnitt über die Gerechtigkeit trägt m. E. sachlich nichts zur Argumentation bei, er fällt vor allem auf durch einige emotional aufgeladene Suggestivfragen, deren Antworten keineswegs so klar ausfallen würden, wie der Autor uns glauben machen will.

Was zum Schluss völlig fehlt, für eine saubere ethische Analyse mit dem vorliegenden Aufbau aber absolut unerlässlich wäre, ist das Abwägen der verschiedenen Punkte, die der Autor in der Analyse der vier Kategorien zusammengetragen hat. Der bereits zitierte Satz z. B. aus dem Abschnitt «Nicht-Schadens-Prinzip» («Andererseits ist ein solcher Eingriff in die biologische und psychologische Entwicklung dieses Mädchens extrem, so dass er eigentlich vehement abzulehnen ist.») taucht am Schluss im Fazit nicht mehr auf, durch welches andere Argument er z. B. aufgewogen wird, bleibt völlig im Dunkeln.

Das Fehlen eines solchen Abwägens der erarbeiteten Punkte ist ein schwerwiegender Mangel und führt dazu, dass die Schlussfolgerung zurückgewiesen werden muss, da schlicht nicht ersichtlich ist, wie sie zustande gekommen

#### Ängste der Eltern wahrnehmen

Was steht hinter dem Wunsch der fiktiven Eltern, ihr Kind möge sich nicht mehr verändern? Ich versuche, diese Frage anhand der wenigen Angaben, die im Artikel hierzu gemacht werden, zu diskutieren. Zumindest zwei Dinge müssen auseinandergehalten werden. Zum einen äussern die Eltern Angst vor der Zukunft, Angst vor der Pubertät des Mädchens, Angst davor, dass es schwanger werden könnte, dass es verführt werden könnte. Solche Ängste müssen sehr ernst genommen werden. Sie treten bei allen Eltern gelegentlich auf und haben damit zu tun, dass Entwicklungen



offen und nur bedingt beeinflussbar sind. Bei Eltern mit behinderten Kindern können die Ängste stärker ausgeprägt sein, weil sie oft nur wenige oder keine Vergleichsmöglichkeiten haben, weil sie zu wenige oder keine Bilder haben, wie sich ihr Kind entwickeln könnte. Es ist die Aufgabe heilpädagogischer Fachleute, solche Ängste wahrzunehmen und immer wieder zu thematisieren, damit sie zumindest teilweise abgebaut werden können.

Zum anderen steht hinter dem Wunsch der Eltern, ihr Kind möge sich nicht mehr verändern, die Sorge um die zunehmend komplexer werdende Pflege des wachsenden Kindes. Die Lösung hierzu nennt der Autor am Schluss des Abschnittes «Fürsorge» selbst, ohne sie jedoch weiter zu verfolgen: «Die Fürsorge der Eltern (Mutter) müsste deshalb durch Anpassungsleistungen der Umwelt (Entlastungsdienste, Beratung etc.) unterstützt werden. Die Form der Fürsorge müsste deshalb reorganisiert werden, damit die Entwicklung des Kindes nicht beeinträchtigt wird.» Die Lösung des völlig berechtigten Anliegens der Eltern, bei der Betreuung ihres behinderten Kindes mehr unterstützt zu werden, liegt also im sozialen Bereich.

Weshalb fokussiert der Autor sogleich auf die von den Eltern angebotene biologisch-medizinische «Lösung» durch wachstumsbegrenzende «Therapien» und diskutiert keine Alternativen? Die Frage der zusätzlichen Betreuung ist eine Frage unseres Sozialsystems, also eine sozialpolitische. Ich wehre mich vehement dagegen, soziale Probleme biologisch-medizinisch auf dem Buckel (d. h. im Körper!) der betroffenen Menschen lösen zu wollen!

#### Verkürzter Behinderungsbegriff

Ich kann nur mutmassen darüber, weshalb der Autor sogleich auf die biologisch-medizinische «Lösung» fokussiert. Ein Grund dafür dürfte im völlig verkürzten Behinderungsbegriff liegen, der dem Artikel zugrunde liegt. Das behinderte Mädchen wird als Pflegefall dargestellt, nicht als ein Kind, das ein Recht auf Bildung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben hat, Behinderung wird als etwas Statisches dargestellt

(«weil ihre Tochter so ist, wie sie ist»), nicht als etwas Dynamisches, das sich verändert. Behinderung wird verdinglicht und im behinderten Kind verortet, statt als sozial produziert, als ein zwischenmenschliches Phänomen. Ich behaupte, dass nur deshalb, weil Behinderung als unveränderlich angesehen wird, überhaupt die Idee entstehen kann, auch das Kind unveränderlich machen zu wollen («die von der Mutter angestrebte Nicht-Veränderung des Kindes»). Würde Behinderung als etwas dynamisches angesehen, würde sehr schnell klar, dass das Kind durch den Eingriff zusätzlich behindert wird, und zwar nicht im Sinne medizinischer Nebenwirkungen, sondern z. B. im Sinne sozialer Reaktionen auf eine Erwachsene im Körper eines Kindes, d. h. im Sinne zusätzlicher Ausgrenzung und Isolation. Und genau diese Ausgrenzung und Isolation stellen Behinderung her.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass wachstumsbegrenzende «Therapien» die Entwicklung behinderter Menschen auf massive Art und Weise behindern würden, und zwar nicht nur die körperliche, sondern auch die geistige und soziale, so den Möglichkeitsraum für zukünftige Entwicklungen drastisch einschränken und die Ausgrenzung und Isolierung behinderter Menschen weiter verschärfen würden. Aus diesen Gründen, und nicht etwa einfach «intuitiv» bzw. «ohne nähere Prüfung», lehne ich solche biologischmedizinische «Lösungen» sozialer Probleme als unethisch ab. Der zur Diskussion stehende Eingriff stellt m. E. eine schwerwiegende Körperverletzung dar. In Art. 11 der Schweizerischen Bundesverfassung heisst es: «Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf besonderen Schutz ihrer Unversehrtheit und auf Förderung ihrer Entwicklung.» Diese Förderung muss zum Ziel haben, den Möglichkeitsraum für zukünftige Entwicklungen zu vergrössern. Deshalb sind wachstumsbegrenzende «Therapien» als den Möglichkeitsraum drastisch einschränkende Massnahmen abzulehnen, sie sind unethisch und verstossen gegen Grundrechte.

RES GRIMM, Dipl. Klinischer Heilpädagoge und Sozialpädadode

## magazin • krankenversicherung



## Die Diskussion um das moralische Risiko

Welche Anreize in der Krankenversicherung?

Hohe Selbstbeteiligungen in der Krankenversicherung sind kein Wundermittel. Um Kosten zu sparen, muss primär bei den Leistungserbringern angesetzt werden.

oralisches Risiko wird oft als einer der Gründe für die hohen Gesundheitsausgaben genannt. Moralisches Risiko ist der Fachausdruck, dass die Leute desto mehr Gesundheitsleistungen konsumieren, je tiefer der Preis ist - sprich je höher die Versicherungsabdeckung. Bis zu einem gewissen Grad ist moralisches Risiko erwünscht: Erst eine Versicherung ermöglicht den Patienten Behandlungen, die ihre finanziellen Mittel übersteigen würden. Problematisch ist es, wenn unnötige Gesundheitsleistungen nachgefragt werden («ich bezahl ja nichts, also mach ich doch auch noch ein MRI»). Dann führt moralisches Risiko zur «Ausbeutung der Krankenversicherung durch ihre eigenen Mitglieder» (Jürg Sommer). Selbstbeteiligungen (Franchisen und Selbstbehalte) sollen moralisches Risiko eindämmen. Ein optimaler Krankenversicherungsvertrag muss abwägen zwischen möglichst hoher Risikoübernahme und den Verlusten aufgrund von exzessiver Nachfrage (Verschwendung).

#### Im Zentrum die Angebotsseite

Höhere Selbstbeteiligungen werden oft als Wundermittel angepriesen, um Kosten zu sparen. Ich zweifle ernsthaft daran, schliesse allerdings eine gewisse Rolle von Selbstbeteiligungen nicht aus. Im Zentrum aber sollte die Angebotsseite stehen-sprich die Leistungserbringer (Spitäler, Ärzte, Pharmaindustrie). Im Folgenden meine Argu-

• Die meisten (empirischen) Studien zeigen, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen (im Gegensatz zu anderen Gütern) nur schwach auf den Preis reagiert. Je höher die Notwendigkeit einer medizinischen Leistung (z.B. Spital oder Notfall), desto geringer sind die Nachfrageelastizitäten. Je nach Abdeckung liegen letztere zwischen -0.1 und -0.2, d.h. ein 10 % höherer Preis führt zu 1 bis 2 % tieferer Nachfrage.

- Höhere Selbstbeteiligungen verändern nicht nur das Verhalten der Nachfrager, sondern auch das der Leistungserbringer. Das Stichwort ist angebotsinduzierte Nachfrage. Plump gesagt: Gehen weniger Leute zum Arzt (aufgrund höherer Kostenbeteiligung), könnte der Mediziner pro Konsultation mehr Leistungen anbieten (um auf sein voriges Einkommen zu kommen). Ökonometrische Studien fassen diesen Effekt nicht, da sie oft nur ein kleines Experiment anschauen (z.B. höhere Selbstbeteiligung bei nur einer Krankenversicherung).
- Im schlimmsten Fall könnten höhere Selbstbeteiligungen die Gesundheitskosten sogar erhöhen. Dann nämlich, wenn weniger präventive Gesundheitsleistungen nachgefragt werden. Das berühmte (häufig falsch zitierte) RAND-Experiment (1) hat zwar gezeigt, dass sich im Durchschnitt kurzfristig der Gesundheitszustand nicht verschlechtert hat, allerdings waren Personen älter als 65 vom Experiment ausgeschlossen. Und: Ärmere Leute waren kränker je höher die Kostenbeteiligung. Eine amerikanische Studie im New England Journal of Medicine hat gezeigt, dass höhere Beteiligungen für ambulante Leistungen bei älteren Personen die Spitalkosten erhöhen.
- Ca. 80 % der Kosten werden von 20 % der Versicherten verursacht. Die höchsten Kosten fallen in den letzten zwei Jahren des Lebens an. Hier haben höhere (traditionelle) Selbstbeteiligungen keine Wirkung.
- Höhere Selbstbeteiligungen unabhängig vom Einkommen sind «unsozial». Ärmere Menschen sind kränker (sozioökonomischer Gradient). Gerade untere Schichten reagieren aber elastischer als finanziell Bessergestellte, fragen also weniger Gesundheitsleistungen nach, wenn ihr Selbstbehalt steigt.
- Die meiste Forschung über Kostenbeteiligungen stammt aus den 1970 und 1980ern. Gesundheitsökonomen untersuchen heute mehrheitlich andere Bereiche (Stichwort Angebotsseite). Weil höhere Selbstbeteiligungen doch nicht das Wundermittel sind?

#### Innovative Vorschläge

Dass Selbstbeteiligungen aber durchaus diskutiert werden sollen, zeigen niederländische Forscher mit einem interessanten Vorschlag. Das Problem mit bisherigen Franchisen ist, dass die Grenzpreise null sind für kranke Menschen oder für Leute, deren Gesundheitskosten über dem Franchisebetrag liegen. Für chro-

Innovative Vorschläge zur optimalen Krankenversicherungsabdeckung sind wichtig. Um wirksam Kosten einzusparen, sollte aber vor allem auf der Angebotsseite angesetzt werden. Wie können die 20 % der teuersten Versicherten möglichst effizient behandelt werden (hier besteht ein grosser Hebel)? Wie müssen die Anreize für Leistungserbringer und die Pharma-

Innovative Vorschläge zur optimalen Krankenversicherungsabdeckung sind wichtig. Um wirksam Kosten einzusparen, sollte aber vor allem auf der Angebotsseite angesetzt werden.

nisch Kranke hat eine Franchise z.B. überhaupt keinen Einfluss auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Kleef und seine Kollegen schlagen deshalb «versetzte» Franchisen vor. Diese Franchisen liegen im Bereich  $(s_i + d)$  anstelle von (0,d) wobei  $s_i$  grösser als null ist und von individuellen Charakteristiken abhängt. Praktisch veranschaulicht bedeutet dies, dass eine Franchise für Diabetiker zwischen beispielsweise 2500 und 2800 Schweizer Franken liegt (anstelle von 0 bis 300 Franken). Die Krankenkasse bezahlt Gesundheitskosten unter 2500 und über 2800 Franken (fiktives Beispiel). Der Betrag, bei welchem die Franchise beginnt (s<sub>i</sub>), wird so gewählt, dass die Varianz (ein Mass für die Unsicherheit) der Selbstzahlungen maximiert ist. Je kränker eine Person, desto höher ist s<sub>i</sub>. In der Praxis wäre es natürlich zu umständlich, diesen Betrag für jedes Individuum separat zu berechnen. Eine Differenzierung nach Gruppen ist sinnvoller. Kriterien dafür könnten das Alter und der Gesundheitszustand sein.

Ein anderer Vorschlag: Eine hohe Selbstbeteiligung auf Originalpräparaten steigert die Verwendung von Generika.

industrie gesetzt werden? Wie kann der Risikoausgleich verbessert werden? (der neue wird wohl kaum genügen, da das neue Kriterium «Krankheitsrisiko» stark mit den alten - Alter, Geschlecht, Kanton - korreliert). Wie kann das Lobbying der Gesundheitsindustrie im Parlament eingedämmt werden? Wie steht es mit der heiklen Frage nach Rationierung?

LUKAS SCHWANK Master of Science in Economics, Doktorand Universität St. Gallen

(I) Im amerikanischen RAND-Experiment wurden in den 1970er Jahren 6000 Personen per Zufallsverfahren verschiedenen Krankenkassenverträgen zugewiesen. Ziel war es, herauszufinden, wie die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen von der Versicherungsabdeckung abhängt.

Zitierte Artikel:

Trivedi, Arnal et al. «Increased Ambulatory Care Copayments and Hospitalizations among the Elderly.» The New England Journal of Medicine 320 (2010), 320-8.

Van Kleef, Richard C., Wynand P.M.M. van de Ven and René C.J.A. van Vliet. »Shifted Deductibles For High Risks: More Effective in Reducing Moral Hazard than Traditional Deductibles." Journal of Health Economics 28



Der Mensch im Fokus

## Palliative Care in der Langzeitpflege

90 Prozent der Schweizerinnen und Schweizer halten Palliative Care für notwendig und 75 Prozent möchten lieber zu Hause sterben als in einer Institution: Dies ist das wenig überraschende Resultat einer Repräsentativumfrage im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Die Realität sieht gerade umgekehrt aus: Die meisten Menschen sterben heute in einem Pflegeheim. Damit verändert sich nachhaltig die Rolle der Pflegeheime-vorallem aberrücken die Bedeutung und das Potenzial der Palliative Care ins Zentrum.

ie 83-jährige Emma Z. lebt allein. Sie leidet an einem Hautkrebs mit einer grossen Wunde am Kopf und zwei nach aussen wachsenden Tumoren am Hals, die jederzeit aufbrechen können. Die Spitex besucht sie dreimal wöchentlich für den Verbandwechsel. Gelegentlich muss Emma Z. ins Spital eingewiesen werden, weil sie sich mangelhaft ernährt und zu wenig trinkt. Dort erholt sie sich jeweils gut und kehrt in ihre Wohnung zurück. Nach dem letzten Spitalaufenthalt jedoch scheint eine Rückkehr nach Hause nicht mehr möglich – denn Emma braucht Betreuung und Begleitung, die sie vor Ort nicht hat. Ihre einzigen Bezugspersonen leben im Ausland und können die nötige Unterstützung nicht mehr leisten.

So wird der Sozialdienst des Spitals mit der Suche nach einer geeigneten Institution beauftragt.

Innerhalb von nur drei Tagen wird Emma Z. in die Palliativstation des städtischen Pflegeheims aufgenommen: Man suchte nach der besten Lösung für die komplexe soziale Situation der Patientin, deren Lebenserwartung auf wenige Monate beschränkt ist.

Die Versorgung der Patientin ist nicht nur wegen ihrem Leiden auch für das professionelle Pflegeteam anspruchsvoll. Die grösste Herausforderung liegt im sozialen Bereich: Die im Ausland lebenden Angehörigen können die nötigen administrativen Arbeiten nicht übernehmen. Es muss eine Fachperson des Sozialdienstes mandatiert werden, um die Wohnung aufzulösen und die Rechnungen zu bezahlen. Die beiden Nichten erkundigen sich zwar täglich telefonisch nach dem Befinden ihrer Tante. Doch sie tauschen ihre Informationen nicht aus, weil ihr Verhältnis konfliktbeladen ist.

Unterdessen zieht sich Emma Z. immer mehr zurück. Sie scheint nicht zu leiden und schläft sehr viel. Sie stirbt nach drei Monaten.

#### Kompetenz und Kooperation

Das Beispiel von Emma Z. steht für viele und immer mehr Einzelschicksale, wie sie sich in der geriatrischen Pflege täglich ereignen. Es illustriert eine veränderte Rolle der Pflegeheime. Denn

Fortsetzung auf Seite 43

# SGSPINFOSSPS

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

## Liebe Leserin, Lieber Leser

Im vorliegenden INFO widmen wir uns einem auf den ersten Blick eher ungewohnten Thema, den Kreativtherapien. Angeregt hat uns eine Gruppenarbeit in der psychiatrischen Klinik «Viarnetto», Lugano, bei der Märchen verwendet wurden, um die Kommunikation in der Gruppe anzuregen. Der symbolische und universelle Inhalt von Märchen ermöglichte es, die eigene innere Welt zu reflektieren und untereinander auszutauschen.

Kreative und gestalterische Therapieangebote ermöglichen es den Patienten ohne Worte zu kommunizieren. Für viele Patienten ist dies eine neue Möglichkeit die eigene Wahrnehmung darzustellen und so in Kontakt mit dem Gegenüber zu treten. Oder, wie es Christoph Braendle in seinem Artikel über die Kreativtherapie in der Klinik Liestal und Violaine Knecht von der HES santé-social in Lausanne beschreibt, wird sie «eingesetzt zur Wiederaneignung und Anknüpfung an unterbrochene Sozialisation und somit zur psycho-sozialen Wiedereingliederung». Kreativtherapien können somit eine Grundlage schaffen, die eine sozialpsychiatrische Rehabilitation erst möglich machen.

Der Artikel von Markus Brandenberger zur Situation in Zürich wirft die

## Chère lectrice, cher lecteur

Le présent numéro d'INFO est consacré à un thème au premier abord plutôt inhabituel. En l'occurrence, il traite des thérapies dites créatives. C'est un travail de groupe de la clinique psychiatrique de «Viarnetto» à Lugano, qui utilise les contes de fées pour favoriser la communication au sein d'un groupe qui nous a donné l'envie d'explorer le domaine des thérapies à médiation créative. Le contenu symbolique et universel des contes permet de réfléchir son propre monde intérieur et d'échanger avec

Les thérapies par la médiation créative et artistique permettent aux patients de communiquer sans les mots. Elles offrent à un grand nombre d'entre eux une nouvelle manière de représenter leurs propres perceptions et d'entrer ainsi en contact avec d'autres. Ou alors, comme le décrivent Christoph Braendle, dans son article sur la thérapie créative pratiqué à la clinique de Liestal et Violaine Knecht de la HES santé-social de Lausanne, celle-ci «est introduite pour la réappropriation et la restauration d'une socialisation interrompue et, de ce fait, elle soutient la ré-intégration psychosociale. Les thérapies par la créativité peuvent donc assurer la faisabilité d'une réhabilitation grâce à la mise en

## Care lettrici, cari lettori,

Questo numero di INFO é dedicato a un argomento di primo acchito piuttosto inabituale e cioè quello delle terapie dette « creative ».Lo spunto per il tema di questo numero ce l> ha fornito un articolo che proviene dalla Clinica Viarnetto in cui si descrive un lavoro di gruppo che utilizza i racconti sulle fate per favorire e sviluppare la comunicazione .I contenuti simbolici e universali rappresentati nelle storie permettono infatti ai partecipanti di riflettere sul proprio mondo interiore e di condividere con gli altri quest'esperienza.

Le terapie a mediazione creativa e artistica permettono ai pazienti di comunicare senza le parole. Esse offrono a un gran numero di essi una nuova maniera di rappresentare le loro percezioni e con la possibilità di entrare in contatto con gli altri,. Oppure, come descrivono Christoph Braendle, nel suo articolo sulla terapia creativa praticata presso la clinica di Liestal e Violaine Knecht della HES santé-social di Losanna, questa « é introdotta per permettere di riappropriarsi e ripristinare la socializzazione interrotta e così sostiene la reintegrazione psicosociale. Le terapie creative possono attraverso la loro struttura di base rendere fattibile la riabilitazione. ».

S. 28 p. 28

27 Editorial (Ruth Waldvogel)

- 29 Kreativtherapien und Psychiatrie (Christoph Braendle)
- 32 Sozialpsychiatrie ade? (Markus Brandenberger)
- 33 Esperanza di gruppo in una Clinica Psichiatrica (Manula Luraschi, Denise Cetti, Sonia Marconi)
- 38 « Deux pratiques : art et thérapie... Une raison : vivre » (Violaine Knecht)
- 41 Bericht aus dem Zentralvorstand Rapport du comité central Rapporto del comitato centrale (Thomas Rüst)

p. 28

Frage auf, was die Zukunft der Sozialpsychiatrie sein wird, wenn die Professuren an den Universitäten verschwinden. Neurowissenschaften und auf einzelne Störungsbilder beschränkte Forschung stehen im Gegensatz zum interdisziplinären sozio-psycho-biologischen Ansatz der Sozialpsychiatrie und deren subjektorientierte Behandlung. Der Mensch, Patient und Behandelnde, werden zunehmend von einer evidencebased Warte aus betrachtet und Behandlungen müssen eine statistisch erwiesene Wirksamkeit nachweisen. Die neurowissenschaftlichen Erkenntnisse sind ein wichtiger Beitrag zum Verständnis psychiatrischer Probleme, sind sie doch oft eine Bestätigung bisheriger Theorien und Behandlungsansätze. Begriffe wie Spiegelneuronen und neuronale Plastizität belegen in eindrücklicher Weise, wie stark die zwischenmenschliche Beziehung und die sozialen Netzwerke in der Behandlung eine Rolle spielen. In der Begeisterung über neue Erkenntnisse geht rasch vergessen, dass die Beziehung, der gegenseitige Respekt und das Verstehen-Wollen aller an der Behandlung Beteiligten, sowohl Patientinnen als auch Fachleute, die Grundlagen der Sozialpsychiatrie sind.

Zum Abschluss noch eine persönliche Mitteilung: Ich werde per Ende Jahr aus der Redaktion des INFOs zurücktreten. Es war eine spannende und interessante Arbeit mit vielen anregenden Diskussionen in der Redaktionsgruppe, die auch meine klinische Arbeit befruchteten. Ich möchte meinen Weggefährten all dieser Jahre herzlich danken für die Zusammenarbeit und ihnen alles Gute für die weitere Redaktionsarbeit wünschen. Auch Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, danke ich für die Zeit, die Sie sich nahmen und nehmen um unser INFO zu lesen und hoffe, Sie bleiben auch weiterhin dem INFO und der Gesellschaft für Sozialpsychiatrie verbunden.

RUTH WALDVOGEL

place d'une structure de base.

L'article de Markus Brandenberger, concernant la situation à Zürich, soulève la question de l'avenir même de la psychiatrie sociale si les chaires disparaissent à l'université. L'hégémonie des neurosciences et la limitation des recherches ciblées sur certains tableaux cliniques s'opposent au maintien du postulat interdisciplinaire propre au paradigme bio-psycho-social de la psychiatrie sociale et à son approche centrée sur le sujet. L'être humain, patient et soignant, est considéré à l'aulne des critères de l' « evidence based médicine » et les traitements doivent rendre compte de résultats statistiques mesurables. Les découvertes des neurosciences représentent une contribution importante pour la compréhension des problèmes psychiatriques, elles confirment toutefois souvent les théories existantes et les principes de traitement actuels. Des concepts comme les neurones-miroirs et la plasticité neuronale démontrent l'importance des relations interpersonnelles et des réseaux sociaux d'appartenance dans les processus de traitement. L'enthousiasme général face aux neurosciences tend à faire oublier un peu facilement que la relation, le respect mutuel ainsi que la volonté de comprendre de tous les acteurs d'un traitement, patients et soignants, constituent les fondements de la psychiatrie sociale.

Pour terminer, voici encore une communication personnelle: je prends congé de la rédaction du journal INFO d'ici la fin de cette année. Je quitte un travail intéressant et passionnant. Des échanges stimulants au sein de l'équipe de rédaction ont souvent fécondé mon propre travail en clinique. Je souhaite remercier mes compagnons de route durant toutes ces années et leurs souhaiter une bonne continuation. Je vous remercie vous aussi, chers lectrices et lecteurs, qui prenez le temps de lire l'INFO et j'espère que vous maintiendrez votre lien avec les activités de la psychiatrie sociale et son journal.

RUTH WALDVOGEL

L'articolo di Markus Brandenberger, che concerne la situazione a Zurigo, solleva la questione del futuro della psichiatria sociale in un contesto di soppressione delle cattedre universitarie'egemonia delle neuroscienze e la limitazione delle ricerche centrate su alcuni quadri clinici si oppongono al mantenimento del postulato interdisciplinare soggiacente al paradigma biopsicosociale della psichiatria sociale e del suo approccio centrato sul soggetto'essere umano sia esso paziente o curante é considerato nell'ambito dei criteri della « medicina basata sull'evidenza »e trattamenti devono fornire risultati statisticamente misurabili. Le scoperte delle neuroscienze rappresentano un contributo importante per la comprensione dei problemi psichiatrici ma d'altro canto confermano spesso le teorie esistenti e i principi di trattamento attuale. Scoperte come quelle dei neuroni a specchio e della plasticità neuronale dimostrano l'importanza delle relazioni interpersonali e delle reti sociali di appartenenza nel processo di cura. L'entusiasmo generale per le neuroscienze tende a far dimenticare che la relazione, il rispetto reciproco e la volontà di capire che riguardano le persone coinvolte, pazienti e terapeuti, costituiscono il fondamento stesso della psichiatria sociale.

Infine, per concludere una comunicazione personale :alla fine dell'anno lascerò la redazione dell'INFO. e con questa un lavoro appassionante e interessante. Gli scambi fecondi avuti nel gruppo di redazione hanno spesso arricchito il mio proprio lavoro clinico. Desidero qui ringraziare tutti i miei compagni di strada che mi hanno accompagnato lungo tutti questi anni e augurare loro una buona continuazione. Ringrazio anche voi cari lettori e lettrici, con l'auspicio che continuiate a prendervi il tempo per leggere il nostro giornale e mantenere il legame con le attività di psichiatria sociale.

RUTH WALDVOGEL

## Kreativtherapien und Psychiatrie

«Sind sie bereit, mit uns zusammen ein Bild zu malen»?

«Ich kann doch nicht malen»

«In Ordnung, Gut, Also, schauen sie doch mal. Wir sind sechs Personen und alle wählen eine Farbe aus. Hier ist ein Kittel, hier sind Plastikteller, Pinsel und Wasser.» Frau S. zieht zögernd den Kittel über und jemand hilft ihr, eine Farbe auszuwählen und auf den Teller zu geben. Dann stehen wir alle um einen Tisch mit grossem aufgespanntem leerem Papier.

«Das ist die Welt. Mit unserer Farbe hinterlassen wir eine erste Spur und gehen dann auf Reisen rund um das Papier, begegnen anderen Farben und Formen und reagieren darauf mit unserer Farbe. Wir reden dabei nicht, das Gespräch findet auf dem Papier statt.»

Alle fangen an zu malen. Die meisten kennen sich kaum und doch herrscht von Anfang an ein grosser gegenseitiger Respekt. Jeder ist zuerst für sich, markiert sein eigenes Gebiet. Dann beginnen sich die Farben zu begegnen. Schon bald entsteht eine bunte bewegte Welt, die am Schluss wie aus einer Hand gegossen scheint.

Das Malen ist wie eine Kammermusik, bei der verschiedene Instrumente ein Stück spielen, das von allen gegenseitig getragen wird. Jedes Instrument ist gleich wichtig.

Das relativ absichtslose Tun bewirkt oft ein befriedigendes Gruppengefühl wir haben das Bild zusammen gemalt, ich habe meinen Beitrag dazu geleistet. Das Bild selbst ist wie ein schöner festgefrorener Schlussakkord, der von einer gemeinsamen Reise erzählt - eine Momentaufnahme aus einem Film. Die Musik, der Film sind wieder verschwunden, es bleibt das Erlebnis und die Erinnerung.

Frau S. schmunzelt «Ich hätte nicht geglaubt, dass ich das kann, aber es war gar nicht schwierig. Ich habe die Zeit vergessen, ich habe meine Sorgen vergessen, ich war einfach da und musste nicht nachdenken, was ich machen soll.



Ich habe mich auf meine Farbe konzentriert. Mein Orange leuchtet ganz schön hervor.»

In der Kantonalen Psychiatrischen Klinik in Liestal haben kreative und gestalterische Angebote einen hohen Stellenwert. Auf den geschlossenen Abteilungen gibt es Aktivierungstherapeuten. Iede Station hat einen kontinuierlichen Atelierbetrieb mit diversen gestalterischen Möglichkeiten. Im Rahmen der vom Chefarzt Prof. Dr. Küchenhoff eingeführten neuen Strukturen gibt es seit diesem Jahr Kunsttherapiegruppen für Spezialabteilungen mit den Schwerpunkten «Affektive Störungen», «Persönlichkeitsstörungen», «Schizophrenie», «Altersrehabilitation» und «Sucht». Die Kunsttherapie ist in der Psychiatrie nicht mehr wegzudenken.

Was ist Kunsttherapie und was macht sie? Ist Kunsttherapie dasselbe wie Kreativtherapie, Maltherapie, Aktivierungstherapie, Gestaltungstherapie oder Ergotherapie?

Flora von Spreti erwähnt in ihrem Buch «Kunsttherapie bei psychischen Störungen» ca. 50 Begriffe, welche jeweils eine bestimmte Art von Kunsttherapie beschreiben.

Kunsttherapie ist nicht nur Beschäftigung und Ablenkung, sondern sie arbeitet mit verschiedensten Methoden, die von einem Therapeuten viel Erfahrung, Fachkenntnisse und therapeutische Kompetenzen voraussetzen, um sie sinnvoll anzuwenden.

Im Vordergrund stehen bei jeder Methode die therapeutische Beziehung und die Kommunikation. Das Gestalten ist eine Sprache ohne Worte, die sich in verschiedensten Gestaltungen ausdrückt und gemeinsam mit dem gestaltenden Menschen übersetzt werden kann. Jeder persönliche Ausdruck ist eine Übersetzung von einer inneren Regung, von Gedanken und Gefühlen in eine andere Form, in Tanz in Musik, in ein Bild, ein Gedicht oder eine Handlung. Der Kunsttherapeut macht Mut, sich auszudrücken und hilft bei der Übersetzung und versucht mit dem Patienten gemeinsam zu verstehen.

Prof. Karl-Heinz Menzen beschreibt folgende Grundkompetenz:

Das künstlerisch-therapeutische Handeln des Kunsttherapeuten in krankheits- und individualitätsbezogener Befunderhebung, Planung und Durchführung der therapeutischen Massnahme wird eingesetzt zur Wiederaneignung und Anknüpfung an unterbrochene Sozialisation und somit zur psycho-sozialen Wiedereingliederung. Das Spezifische der künstlerischen Therapien liegt in der künstlerisch-therapeutischen Nutzung der präverbalen, nonverbalen und prozeduralen Kommunikation.

Kunsttherapie fördert und sensibilisiert die Sinneswahrnehmung, die Wahrnehmung innerer und äusserer Vorgänge und die individuelle Kreativität. Sie stärkt die Autonomie, aktiviert Selbstheilungskräfte und unterstützt persönliche Entwicklungsprozesse. Ein zentrales Anliegen ist die Verknüpfung kunsttherapeutischer Erfahrungen mit dem Alltag.

Im Folgenden seien in Kürze drei kunsttherapeutische Methoden erwähnt:

Beim Progressiven Therapeutischen Spiegelbild, einer Methode entwickelt von Pecciccia und Benedetti gestaltet der Therapeut zusammen mit seinem Patienten, kopiert dessen Bilder auf Pauspapier, verändert sie durch eigene Einfälle, schlägt neue Lösungen und Perspektiven vor. Er übernimmt stellvertretend für den Patienten das, was dieser von sich aus noch nicht kann. (Spreti S. 129)

Die nächste Abbildung (3) illustriert die Resonanzbildmethode entwickelt von Prof. Dr. Gisela Schmeer aus München:

Diese neun Bilder zeigen, wie verschieden und sehr persönlich gefärbt die Reaktionen ausfallen können. Ein Titel zum Bild legt den Fokus sogleich auf ein persönliches Thema. Das gegenseitige Vorstellen dieser Resonanzbilder belebt die Gruppenkommunikation und fördert die Fremd- und Selbstwahrneh-

Das kommunikative Malen ist eine niederschwellige gestalterische Methode, um verschiedenste Menschen in Kontakt zu bringen, wie ich es am Anfang beschrieben habe.

Dem Psychiatrie-Aufenthalt gehen oft zwischenmenschliche Schwierigkeiten voraus: Die Nähe-Distanz Regulation funktioniert nicht mehr. Die sozialen Kontakte sind pathologisch oder abgebrochen. Aber auch der Kontakt zu sich selbst ist verzerrt oder hängt manchmal an einem Faden.

Beim kommunikativen Malen wird der innere Monolog immer wieder durchbrochen durch die Anwesenheit von anderen Menschen und durch den Fokus auf das, was zwischen den Menschen ist, nämlich das Papier und die Farben. Es entsteht ein Dialog. Im Gegensatz zu einem Gespräch ist der



Bild 2: Dieses von mehreren Patienten gemalte Bild diente einer länge ren Bildbetrachtung in einer Gruppe. Dann ging es darum in kurzer Zeit mit schwarzem Filzstift eine skizzenhafte Reaktion auf das besprochene Bild aufzumalen:



Bild 3: Neun Resonanzbilder



Bild 4: Das Blumenzimmer aus dem Projekt «Buntes Haus»

Dialog mit Farben ein sanftes Vortasten, ein Berühren, ein gegenseitiges Inspirieren. Er bietet sogar die Möglichkeit, spontane oder emotionale Interventionen auszuprobieren, ohne dass der Kontakt mit dem andern ausufert oder abbricht. Er gibt das Gefühl, nicht alleine zu sein, gemeinsam unterwegs zu sein, ohne etwas können zu müssen. Die Teilnehmer erleben eine wertfreie Zone, in der alle gleichermassen akzeptiert sind. Die meisten verhalten sich während dieser Übung sehr sozialfähig und nehmen daraus viele Erfahrungen mit in den Alltag: ich kann mich mitteilen, ich kann kommunizieren ohne zu streiten, ich bin ein konstruktiver Teil von etwas Grösserem, ich kann meinen inneren Regungen einen Platz geben, ich werde wahrgenommen, ich nehme andere wahr.

Durch das Reflektieren der Übung kann das eigene Verhalten, das Empfinden und Kommunizieren mit andern Menschen bewusst gemacht werden.

In der Psychiatrischen Klinik ist die Kunsttherapie als eine begleitende und ergänzende nonverbale Therapieform im breiten Behandlungsangebot integriert. Im Optimalfall potenzieren die Synergien der Therapieangebote die Behandlung. Da ist ein intensiver Austausch der Behandler gefordert.

Der Heilungserfolg liegt meiner Meinung nach im optimalen Einsatz der verschiedenen Therapien, den therapeutischen Beziehungen zum Patienten und dem guten Zusammenwirken des behandelnden Netzes mit Einbezug des sozialen Umfeldes.

Immer wieder entstehen in den Kreativtherapien kleinere oder grössere Projekte aufgrund äusserer Begebenheiten oder aufgrund von Ideen der Therapeuten.

Das «Bunte Haus» war an unserer Klinik ein Projekt aus dem Jahre

Eine Abteilung sollte umgebaut werden. Sie war bereits leer und stand der Kunsttherapie für ein Jahr zur Verfügung. Es entstand eine Art Gesamt-Kunstwerk oder mit dem Begriff vom Künstler Joseph Beuys: eine «Soziale Plastik». In den Räumen wurde kreativ gearbeitet und es entstand ein organisches Miteinander. Die Räume selbst wurden gestalterisch in phantastische Welten verwandelt. Unzählige Patienten gingen hier ein und aus, als Teilnehmer oder als Betrachter. Es wurde von dem Projekt gesprochen. Mitarbeiter und Angehörige wurden aufmerksam, kamen vorbei, liessen sich beeindrucken von den atmosphärisch verzauberten Räumen, in denen so viele Menschen mitwirkten, sich gegenseitig inspirierten und inspirieren liessen. Wir veranstalteten in diesen Räumen Performances sowie öffentliche Ausstellungen als Möglichkeiten der Begegnung und des Austausches. Diese Feste erlebten wir in der Vorbereitung und Durchführung als kleine Höhepunkte. Sie waren eine Schnittstelle zur Aussenwelt. Die Mitwirkenden waren stolz und zufrieden, erlebten sich als Handelnde, als Aktive, als Kreative. Es gab Gesprächsstoff und neue Kontakte entstanden.

Gestalterische Projekte sind zeitlich befristet, beleben den Klinik-Alltag, fördern die Kreativität und die Kommunikation und sind ausserordentlich wirk-

Mit der «Villa 51» steht der Kunsttherapie seit jenem Projekt vom «Bunten Haus» ein wunderbarer Raum zur Verfügung. Dieser Raum ist einerseits ein halboffenes Atelier und zugleich ein geschützter Raum für kunsttherapeutische Spezialgruppen.

#### Riassunto

Presso la clinica cantonale di Liestal le proposte terapeutiche a mediazione artistica e creativa sono molto valorizzate. Ogni unità clinica dispone di un atelier permanente che offre agli utenti diverse possibilità creative'arte terapia é integrata in un offerta di trattamento vasta e globale ed é considerata una forma di accompagnamento terapeutico complementare Nelle situazioni ottimali si verificano sinergie fra i vari trattamenti offerti che migliorano la cura. Questo processo necessita una comunicazione importante fra i diversi terapeuti implicati. Secondo l'autore il successo del processo di cura dipende da diversi fattori quali la diversificazione dei trattamenti offerti, la relazione terapeutica che si stabilisce con il paziente, la cooperazione in rete e l'integrazione dell'ambiente sociale.

Nach dem Austritt ist es auch möglich für eine gewisse Zeit ambulant an der «Villa 51» teilzunehmen. Dies ermöglicht für den Patienten einen sanfteren Übergang in den Alltag. Das Angebot gibt dem Patienten Struktur, eine sinnvolle Auseinandersetzung und vor allem die Möglichkeit zur Begegnung mit Menschen in einer Atmosphäre von Verständnis, Anerkennung, Respekt und Freiheit.

Der Raum lädt auch ein, Ausstellungen zu realisieren. Schon mehrmals haben wir mit Teilnehmern eine Ausstellung organisiert, die auch von der Öffentlichkeit rege besucht wurde.

Die «Villa 51» haben schon einige Menschen durchlaufen, die nach ihrem Austritt das Gestalten als Ressource für sich entdeckt haben und weiterhin kreativ tätig bleiben. Immer wieder erhalten wir Einladungen zu einer Ausstellung von ehemaligen Patienten.

Natürlich geht es mit der Zeit auch darum, im Alltag ausserhalb der Klinik adäquate Angebote zu finden. Ich stelle fest, dass hier und dort Möglichkeiten für kreative Auseinandersetzung entstehen: Sei es in einem privaten Atelier, in Kursen, vor allem aber auch in von Kunsttherapeuten begleiteten Gruppen. Viele betreute Wohnheime oder Institu-

#### Resumé

A la clinique cantonale de psychiatrie de Liestal, les propositions de médiation créative et artistique sont hautement valorisées. Chaque unité dispose d'une dynamique d'atelier permanente offrant diverses possibilités de création. L'art-thérapie est intégrée dans une offre vaste et globale de traitement et elle y considérée comme une forme de thérapie d'accompagnement complémentaire et non-verbale. Dans les situations optimales, les synergies des diverses offres de thérapies améliorent le traitement. Cela nécessite un échange important de la part des intervenants.

Le succès du processus de rétablissement dépend selon l'auteur de l'engagement des diverses thérapies, des relations thérapeutiques établies avec le patient, de la bonne coopération des réseaux de soutien, ainsi que de l'intégration du contexte social.

te haben eine Kreativwerkstatt oder verschiedenste gestalterische Angebote. Manche Menschen aus der Psychiatrie finden an einem solchen Ort wieder Anschluss für ihre gestalterische Auseinandersetzung.

Wenn an einem Ort mehrere Menschen dasselbe tun, wirkt das stimulierend, verbindend und motivierend. Dazu braucht es eine ausgebildete Leitung, die für einen entsprechenden Rahmen und für die Atmosphäre sorgt.

Es ist zu beachten, dass bei psychisch beeinträchtigen Menschen die Beziehung zur Leitung genauso wichtig ist wie das Gestalten selbst. Daher sind eine Ablösung und ein Ankommen am neuen Ort erst dann erfolgreich, wenn er sorgfältig geplant und entsprechend durchgeführt wird.

Herr L.: «Dieser Ort hat mir den nötigen Halt gegeben, draussen zu bestehen. Ich habe Freude am Gestalten gefunden und freue mich auch über meine Fortschritte. Ich bin sogar etwas stolz auf mich. Ich kann erkennen, wie meine Bilder sich mit der Zeit verändern und vor allem auch befreiter wirken. Ich habe mir zu Hause einen Platz zum Malen eingerichtet. Die «Villa 51» hat mir massgeblich geholfen, im Alltag wieder Fuss zu fassen.»

Wir freuen uns, dass zurzeit die «Villa 51» zu einem kreativ-therapeutischen Zentrum umgebaut wird. Die kunsttherapeutische Arbeit findet weiterhin Anerkennung in der Institution und erhält durch die grosszügige Unterstützung der Verwaltung und des Chefarztes einen gebührenden Raum um sich zu etablieren.

CHRISTOPH BRAENDLE, Kunsttherapeut, Psychiatrische Klinik Liestal, Christoph.Braendle@KPD.ch

#### Literaturhinweise:

F. von Spreti, P. Martius H. Förstl (Hrsg.), «Kunsttherapie bei psychischen Störungen»

Urban&Fischer, München 2005

Internationale Gesellschaft für Kunst Gestaltung und Therapie (IGKGT)

Fachzeitschrift für Kunst Gestaltung und Therapie, ISSN:

Gisela Schmeer, «Die Resonanzbildmethode – Visuelles Lernen in der Gruppe» Klett-Cotta, Stuttgart 2006

«Kunsttherapie in der Gruppe – Vernetzung-Resonanzen-Strategeme» Klett-Cotta, Stuttgart 2003 Gerhard Dammann/Thomas Meng (Hrsg.), «Spiegelprozesse in

Psychotherapie und Kunsttherapie» Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2010

Christoph Braendle, Theodor Cahn, Bruno Gasser (Hrsg.), «Buntes Haus», Ein Kunstprojekt mit Menschen in der Psychiatrie. Schwabe, Basel 2004

## Sozialpsychiatrie ade?

An der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich und der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich ist auf den 1. Februar 2013 eine attraktive Position zu besetzen. InsiderInnen erkennen in der Ausschreibung auf der Homepage der Universität Zürich, dass es dabei um die Nachfolge von Wulf Rössler, derzeit ordentlicher Professor für klinische Psychiatrie, speziell Sozialpsychiatrie und gleichzeitig Direktor der Klinik für Soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie Zürich West, geht.

Mit der Neubesetzung sollen insbesondere der Forschungsschwerpunkt Affektive Störungen durch den Auf- und Ausbau der Bildgebung und die interdisziplinäre Zusammenarbeit unter andern mit der Neurowissenschaft und der ETH verstärkt werden.

Die Ausschreibung wirft sowohl bildungs- wie gesundheitspolitische Fra-

Was im universitären Bereich auffällt, ist dass es sich nicht mehr um eine ordentliche Professur (mit einem Schwerpunkt Sozialpsychiatrie) handelt, sondern um eine Assistenzprofessur tenure track für klinisch psychiatrische Forschung. In der ganzen Ausschreibung kommen die Begriffe Sozialpsychiatrie oder sozialpsychiatrisch nicht ein einziges Mal vor. Das Ganze erscheint stark auf neurobiologische Aspekte konzentriert (der Zürcher Regierungsrat bewilligte kürzlich CHF 3.8 Mio. für die Einrichtung des Exzellenzzentrums für Magnetresonanztomografie). Wird hier versucht durch das «tenure track» diesen Lehrstuhl von der

### Riassunto

La facoltà di medicina dell'Università e la Clinica universitaria di psichiatria di Zurigo cercano il successore di Wulf Rössler (attuale professore ordinario di psichiatria clinica con specializzazione in psichiatria sociale e direttore del settore psichiatrico di Zurigo ovest) per il 1 febbraio del 2013. Questo passaggio di consegne solleva interrogativi sia riguardo alla formazione sia per quanto attiene alla politica sanitaria. Il bando di concorso precisa che dovrà esservi un potenziamento della ricerca nel campo dei disturbi affettivi sulla base di protocolli. Nel testo la psichiatria sociale non é citata neppure una volta e inoltre ,fatto altrettanto inquietante, non é menzionato alcun riferimento alla settorizzazione della clinica universitaria di psichiatria che é un aspetto importante della politica dell'organizzazione e pianificazione delle strutture di cura.

### Résumé

La faculté de médecine de l'université de Zürich et la clinique universitaire de psychiatrie de Zürich cherchent à repourvoir, pour le 1er février 2013, le poste de Wulf Rössler (actuellement professeur ordinaire de psychiatrie clinique avec spécialisation en psychiatrie sociale et simultanément directeur de la clinique de psychiatrie sociale et de psychiatrie générale pour la région Zürich ouest). Cette succession soulève des questions de formation et de politique de la santé. La description du poste mis au concours précise en effet que la recherche sur les troubles affectifs doit être renforcée par l'élaboration et le développement de des tableaux cliniques. Le concept de psychiatrie sociale n'y apparaît pas une seule fois. Il est également inquiétant de constater que, du point de vue de la planification et de l'organisation politique des structures de soins, la référence à la sectorisation de la clinique universitaire de psychiatrie fait, elle aussi, défaut.

Sozialpsychiatrie weg in die neurobiologische Forschung umzupolen?

Sozialpsychiatrisches Denken und Handeln hat die psychiatrische Versorgung immer wieder und ganz besonders in den letzten dreissig, vierzig Jahren nachhaltig beeinflusst und verändert. Aber auch die Sozialpsychiatrie hat sich durch neue Erkenntnisse und Erfahrungen gewandelt. Geblieben ist, dass sie psychische Störungen gleichberechtigt neben bio-logischen und psychologischen Faktoren im sozialen Konztext und Umfeld verstehen will. Dieser dreifache, sozio-psycho-biologische Ansatz verlangt interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Professionen und lässt sich nicht durch noch so spektakuläre Forschungsergebnisse eines einzelnen Fachgebiets ersetzen. Dies muss auch für den universitären Raum gelten.

Die vorwiegend neurologische Ausrichtung der künftigen Professur setzt aber auch sozialpolitisch ein fatales Zeichen. Unter Bezugnahme auf die unsägliche Scheininvaliden- und Schmarotzerdiskussion fordern die Sozialversicherungen objektive Kriterien und schliessen alle, deren Leiden noch nicht im Bild oder Reagenzglas nachgewiesen werden kann, von Rentenleistungen aus. Eine zunehmend einseitige Ausrichtung der psychiatrischen Forschung und Lehre und die Ausklammerung der Sozialpsychiatrie nähren Hoffnungen auf absolute Fakten und drängen die sozialen Aspekte einer Erkrankung und mit ihnen die Betroffenen ins Abseits.

Betroffen von der Eliminierung der Sozialpsychiatrie aus dem Lehrbetrieb der Universität wird zudem die angewandte Sozialpsychiatrie sein - die gemeindenahen Arbeits-, Wohn- und Beratungsangebote. Sie haben zwar ein eigenständiges Selbstverständnis als ausserklinisches, nichtärztliches Angebot entwickelt, eigenes Erfahrungswissen gesammelt und sich vom Primat der Medizin emanzipiert. Sie blieben aber gesellschaftlich und politisch wichtige Botschafterinnen und Partnerinnen der Sozialpsychiatrie. Mit der Marginalisierung der (klinischen) Sozialpsychiatrie verlieren sie einen tragenden Rückhalt.

Versorgungspolitisch bedenklich ist, dass in der Ausschreibung die bisherige Sektorisierung West und Ost der Psychiatrischen Universitätsklinik nicht mehr erscheint.

Bei der Erarbeitung des Psychiatriekonzeptes für den Kanton Zürich ging man (im Idealfall) von Regionen mit etwa 100 000, unterteilt in Sektoren mit etwa 50 000 EinwohnerInnen aus. In der Realität waren sie dann wesentlich grösser, aber doch noch überschaubar. Der Trend zu Megaregionen ist aber unverkennbar: Zurzeit werden die Regionen Unterland und Winterthur zu einer Region mit etwa 480 000 Einwohner-Innen zusammengelegt. Auf eine geografische Sektorisierung wird verzichtet und damit ein elementarer Grundsatz der Sozialpsychiatrie verletzt. Die Region reicht von Dielsdorf bis Feuertha-

Nun scheint sich in Zürich durch die angedeutete Aufhebung der Sektoren ähnliches anzubahnen (und als Tüpfchen obendrauf wird quer durch den Kanton das Psychiatriezentrum Rheinau organisatorisch auch gleich noch der PUK angegliedert). Regierung und Universität im Kanton Zürich verabschieden sich still und heimlich von der Sozialpsychiatrie. Wir sollten ihnen diesen Abgang nicht noch mit Stillschweigen erleichtern.

Markus Brandenberger, Uetikon am See

## Esperienza di gruppo in una Clinica Psichiatrica

#### Fiabe a »Viarnetto"

Raccogliersi intorno al fuoco e raccontare storie è un'immagine che ci porta a tempi remoti. Tempi in cui gli uomini vivevano in piccole comunità dove gli anziani erano coloro che custodivano esperienze e saggezza, cultura e conoscenze che venivano tramandate oralmente.

Organizzando questa attività ci siamo posti come obiettivo di riproporre ai nostri pazienti questi momenti significativi e offrire loro la possibilità di vivere un'esperienza di socialità, di scambio e di gioco all'interno di un gruppo. Inoltre l'attività favorisce l'espressione in un contesto »privilegiato", accogliente e protetto che stimola la comunicazione, la capacità di astrazione, la creatività e il divertimento.

Viarnetto è una clinica psichiatrica privata in cui l'approccio terapeutico integra trattamenti farmacologici e psicoterapeutici e tecniche riabilitative.

Siamo un'equipe di operatori sanitari formati in modo specifico per svolgere attività psico-sociali necessarie alla riabilitazione di pazienti con problemi psichiatrici diversi: depressioni e forme ansiose, psicosi, disturbi alimentari, malattie da dipendenza, e disturbi di personalità.

Abbiamo proposto questa attività perché le fiabe suscitano emozioni, stati d'animo diversi, divertono, distraggono, alimentano la nostra fantasia e creatività e stimolano la nostra curiosità.

All'inizio dell'attività abbiamo percepito una certa riluttanza da parte dei partecipanti legata alla loro difficoltà ad accedere a quello che spesso viene considerato proprio del mondo infantile. Non è certo facile avvicinare persone adulte al mondo delle fiabe, così lontano dalla concretezza e dalla razionalità della quotidianità. Inoltre le difficoltà ad accedere ad un pensiero astratto e simbolico che caratterizzano molti disturbi psichiatrici rendono ancora più complesso questo compito. Con il tempo, forse per merito dell'esperienza diretta del gruppo e quindi grazie a chi ha trovato questa attività stimolante, divertente e positiva, queste difficoltà sono diminuite sensibilmente.

#### Le Fiabe

La fiaba è un tipo di narrativa che nasce dalla tradizione popolare, caratterizzata da testi talvolta molto lunghi, centra-

**p**. 36

Under Destruction Museum Tinguely, Basel: bis am 23. Januar 2011



«Betreten der Baustelle auf eigenen Gefahr», warnt ein Schild die Besucherinnen und Besucher. Und tatsächlich ist der Gang durch die Ausstellungsräume nicht ganz ohne, denn plötzlich bricht da und dort der Boden ein. Das ist der Künstlerin Monica Bonvicini zu verdanken, die mit ihrer Arbeit «Plastered» (1998) die gesamte Bodenfläche - zumindest zu Beginn der Ausstellung - zum unsicheren Grund machte.

«Under Destruction» befasst sich auf witzige, hintergründige und zuweilen auch ganz direkte Art und Weise mit dem im Titel genannten Thema. So lässt Martin Kersels Instalation «Tumble Room» eine Mädchenzimmer-



Einrichtung kaputt rotieren und Kris Martin setzt den Besuchern und Besucherinnen eine Bombe vor die Nase, die im Jahr 2104 explodieren soll.

Zerstörung zeigt sich als schöpferische Kraft und ökologisches Memento Mori, als Konsumabfall und poetische Transformation. Neben spektakulären Werken gibt es solche, die von unerwarteter Feinheit und Stille zeugen. Die Ausstellung dauert noch bis am 23. Januar 2011 im Museum Tinguely, Basel (www.tinguely.ch).

Text: Dominique Spirgi. Bild: Jonathan Schipper «The Slow Inevitable Death of American Muscle, 2007-2008/2010» - The West Collection, © 2010 Courtesy of the Artist & Pierogi

ti su avvenimenti e personaggi fantastici, ricca di modi di dire e di riferimenti alla vita comune.

Le fiabe hanno due caratteristiche importanti che presentano analogie con il sogno: l'atemporalità ed il fluire irregolare (le vicende non vengono scandite dal tempo che conosciamo ma ci sono salti e passaggi illogici).

Si distingue dalla favola dove la componente fantastica è generalmente meno evidente, la narrazione ha un intento allegorico e morale più esplicito, è spesso ricca di protagonisti del mondo animale ed è più breve.

#### Caratteristiche delle fiabe

- I personaggi, l'epoca, i luoghi sono indicati genericamente e non sono descritti (»c'era una volta...", »in un paese lontano.")
- I fatti presentati sono fatti impossibili, i personaggi inverosimili (molti avvenimenti narrati infatti possono accadere solo per magia e i personaggi non possono esistere nella realtà, per esempio l'orco.)
- le rappresentazioni dei caratteri sono sempre distinte, i personaggi sono sempre buoni o cattivi, furbi o stupidi, le vie di mezzo non esistono
- i temi sono ricorrenti (elementi presenti anche in altre fiabe)
- c'è sempre un lieto fine (i buoni e i coraggiosi vengono sempre premiati, le ragazze umili diventano principesse, giovani impavidi salgono sul trono)
- la morale non è espressa chiaramente come nella favola ma ci sono impliciti insegnamenti (rispetto per gli anziani e la famiglia, coraggio che premia, l'intraprendenza, ecc.)
- sono frequenti le ripetizioni (»Cammina cammina..." »Cerca cerca...") con lo scopo di allungare la storia e creare una sensazione di mistero
- ci sono formule d'inizio e di chiusura ( »C'era una volta.." »..E vissero felici e contenti")
- sono presenti numerose filastrocche e formule magiche.

#### Fiabe come strumento di lavoro

Le fiabe si rivolgono a tutti usando il linguaggio dei simboli, dei sogni e della fantasia. Permettono di affrontare terribili prove e peripezie tornando sempre vittoriosi. Attraverso di loro ci si identifica coi personaggi e si vivono storie sbalorditive. Che siano a lieto fine o tristi, le fiabe emozionano, fanno fantasticare, portano lontano dalla realtà. Le questioni che si pongono sono universali perché contengono dilemmi esistenziali e verità psicologiche riconoscibili, hanno quindi un inestimabile valore pedagogico, sia che si rivolgano ai bambini che agli adulti.

#### La nostra esperienza

#### Caratteristiche del nostro gruppo

Ci riuniamo settimanalmente in un luogo intimo e accogliente. L'elevato turnover di pazienti produce cambiamenti molto rapidi nel gruppo, che si caratterizza per l'eterogeneità dei suoi componenti (differenze di genere, di età, di cultura, di livello sociale, di patologie).

Gli operatori presenti sono due: uno che introduce l'attività e le finalità del gruppo, legge la fiaba e conduce il gruppo e l'altro che partecipa come monito-

La durata dell'attività è di un'ora e si suddivide in lettura, spazio di discussione e riassunto degli argomenti emersi con la restituzione sull'andamento e funzionamento del gruppo. Le fiabe proposte appartengono alla tradizione popolare tramandata oralmente. Durante il primo periodo della nostra esperienza con il gruppo le fiabe venivano lette sempre integralmente. Con l'esperienza abbiamo introdotto l'interruzione del finale della storia. Questa variante viene proposta con l'intento di far continuare la fiaba ai partecipanti, cercando di stimolare la loro creatività e fantasia.

#### Requisiti principali dei partecipanti

Per sfruttare al massimo le potenzialità del gruppo fiabe ci siamo accorti che é necessario che i partecipanti siano in possesso di alcuni requisiti quali:

- la motivazione, il piacere e l'interes-
- la capacità di attenzione e concentrazione

- la capacità di stare in un gruppo e quindi di assoggettarsi alle sue regole, orari, limitazioni
- creatività, capacità di astrazione e di

La nostra esperienza ci ha indirizzato alla formazione di un gruppo che abbia un minimo di 6 e un massimo di 10 par-

#### Aspetti positivi riscontrati nella nostra esperienza

Rapportarsi alla realtà. Uno degli aspetti positivi del gruppo è la possibilità di confrontarsi con altri modi di vedere e di discutere su argomenti concreti e attuali. Abbiamo notato che quando vengono sollevate tematiche che toccano nel profondo si verifica un arricchimento e una crescita del gruppo con soddisfazione di tutti.

Spesso con l'aiuto della fiaba è possibile esternare ed affrontare tematiche dolorose che fanno paura senza esserne sopraffatti.

La capacità di fantasticare. È un elemento fondamentale affinché lo spazio del gruppo diventi un momento di creatività e ludico. Vedere il gruppo dar spazio alla fantasia è una delle conquiste maggiori e più gratificanti di questa attività.

Autonomia del gruppo. L'obiettivo viene completamente raggiunto quando il gruppo partecipa e collabora autonomamente senza bisogno del nostro intervento. In questo caso i partecipanti chiedono l'opinione gli uni agli altri facendo partecipare un po' tutti ed intervenendo quando qualcuno monopolizza lo spazio di conversazione, diventano dei veri e propri moderatori autorego-

#### Principali difficoltà incontrate

Le più frequenti sono spesso collegate alle difficoltà dei pazienti ad accedere all'area del gioco e della simbolizzazio-

L'evitamento emotivo. All'inizio dell'attività abbiamo percepito una certa riluttanza da parte dei partecipanti legata alla loro difficoltà ad accedere al mondo infantile. Non è certo facile avvicinare persone adulte al mondo delle fiabe, così lontano dalla concretezza e dalla razionalità della quotidianità. Inoltre le difficoltà ad accedere ad un pensiero astratto e simbolico che caratterizzano molti disturbi psichiatrici rendono ancora più complesso questo compito.

La difficoltà di astrazione. Molti pazienti hanno un pensiero concreto e fanno fatica a fantasticare, a lasciare spazio alla creatività. Hanno inoltre difficoltà ad accettare gli elementi magici, bizzarri e li evitano con una eccessiva razionalizzazione. Occorre tener conto, come già detto, che nella maggior parte delle sofferenze psichiche una delle cose più difficili è favorire l'esperienza del gioco. Il nostro compito è quindi anche quello di stimolare queste parti e di sostenere gli elementi creativi del gruppo.

Esternazione dei vissuti personali dolorosi. In questi casi non è facile riportare l'attenzione alla fiaba senza sminuire la sofferenza dell'interlocutore, che va comunque accolta. Una buona soluzione è quella di sottolineare apertamente che non é un luogo idoneo per esprimere problematiche e vissuti personali e ricapitolare brevemente gli elementi emersi sino a quel momento.

Caratteristiche del gruppo. L'eccessiva staticità in un gruppo crea difficoltà di gestione aumenta la stanchezza, rallentando l'attenzione e concentrazione. Quando la comunicazione si blocca si può sintetizzare quello che è stato detto per restituirlo in modo più chiaro e permettere di recuperare il filo del discorso. Contrariamente, gruppi con elementi positivi, di facile eloquio sono risultati capaci di funzionare autonomamente. Il gruppo ideale non dipende dal numero di partecipanti ma piuttosto dall'equilibrio delle forze interne ad esso.

#### Conclusione

Il gruppo fiabe è un importante mezzo per favorire il processo di identificazione che permette al paziente un coinvolgimento e una partecipazione maggiore, ma nel contempo una presa di distanza da forti emozioni che potrebbero essere di difficile gestione. Quindi attraverso l'immersione in un mondo immaginario, ricco di metafore e simbolismi l'individuo ha la possibilità di osservare

### Resumé

Erfahrung einer Gruppe in einer psychiatrischen Klinik

Dieser Beitrag fasst eine fünfjährige Gruppen-Erfahrung der Klinik Viarnetto di Lugano zusammen, bei der Märchen als Anregung zu Gesprächen und emotionalem Austausch benutzt wurden. Durch den ihnen eigenen Gehalt an symbolischen und universellen Dimensionen fördern Märchen den Austausch von Phantasien und gefühlsmässigen, sehr persönlichen Gedanken. Ziel dieser Gruppen, die in den Kontext kreativer Therapien der Klinik eingebettet waren, ist es, auf spielerische Weise mit Hilfe der Lektüre von Märchen einen Prozess der Identifizierung und Mentalisierung auszulösen. Wir legen im Folgenden dar, wie wir die Patientenarbeit dieser rehabilitativen Technik mittels Märchen verstehen.

### Résumé

L'expérience d'un groupe dans une clinique de psychiatrie.

Cet article relate l'expérience d'un groupe de la clinique Viarnetto à Lugano, qui durant cinq ans, utilisa les contes de fées pour stimuler les discussions et les échanges d'émotions. La structure symbolique et universelle, spécifique aux contes, favorisent le partage de fantaisies et de perceptions sensibles très personnelles. Le but de ce groupe, intégré à un contexte de clinique ouvert aux thérapies dites créatives, consistait à conscientiser des processus d'identification et de mentalisation grâce une démarche ludique et à la lecture de contes de fées. L'article rend compte de la manière dont le travail avec les patients psychiques peut être compris par le biais de cette technique de réhabilitation.

sé stesso, riconoscere i propri sentimenti, esplorare le proprie emozioni ed esprimerle. Può inoltre riconoscere queste sensazioni anche negli altri partecipanti, acquisendo così la capacità di distinguere il punto di vista altrui e creare un rapporto empatico. Viene così favorito il processo di mentalizzazione spesso difficoltoso in pazienti con disturbi psichiatrici.

Il gruppo fiabe è stato ed è tuttora per noi un' importante esperienza di crescita sia professionale che personale. La conduzione di un gruppo nel contesto psichiatrico non è di facile gestione e ci ha indotto a migliorare le nostre capacità d'ascolto, di rielaborazione dei contenuti e di mediazione anche nelle situazioni più intricate.

Ogni incontro è stata un'esperienza unica che ci ha permesso di ritrovare la nostra parte creativa, di giocare con la fantasia, ma soprattutto ci ha arricchi-

In questo contesto privilegiato si è creata spesso una certa intimità che ha permesso una conoscenza migliore di noi stessi e dell'altro e di rivivere il clima familiare del focolare dei tempi remoti in cui si tramandavano oralmente esperienze, saggezza e cultura.

> MANULA LURASCHI, Infermiera CRS in psichiatria, laureata in filosofia applicata

> > DENISE CETTI Infermiera CRS in cure generali

Sonia Marconi Laureata in scienze e tecniche psicologiche

Manula Luraschi c/o Clinica Viarnetto via Ceresio 34/b, 6963 Pregassona, Tel. +41 91 9713221 - E-mail: info@clinicaviarnetto.ch

## « Deux pratiques : art et thérapie... Une raison: vivre »

Cet article propose un point de vue partiel, un regard, une pensée sur une artthérapie qui sont ceux que je développe aujourd'hui en tant que praticienne dans le milieu de la psychiatrie, venant de la filière artistique et impliquée dans la formation pratique en art-thérapie et dans la définition de sa méthodologie.

La pratique de l'art, le mouvement du faire, de l'être en création représentent pour moi une sorte de vie dans la vie! Un instant suspendu qui relie à l'essentiel: respirer sans limite, exister simplement là, dans ce mouvement présent, sans pensée...

L'art nous dit Bachelard est alors « un redoublement de vie, une sorte d'émulation dans les surprises qui excitent notre conscience et l'empêche de somnoler. »

Capra, docteur en physique quantique, s'est intéressé aux caractéristiques des organismes vivants et décrit la stabilité d'un organisme par le non équilibre, seul état permettant la créativité, source de toute vie, et qu'il appelle système d'auto organisation.

Vivre ce geste créatif appelle tout ce qui est vivant en nous à se mobiliser. La vie, les cellules sont l'essence de la créativité et inversement la créativité donne

L'« avant » et l'« après » cet acte de création sont autres choses. Plus difficiles car imprécis, imprégnés de doutes, de craintes, de pensées, de fatigues, de résignations, d'excuses, de questions, de complexes, d'insatisfactions, de contradictions, de trop plein de trop vide, d'incompréhensions, de provocations, de colères ...etc. Ils empêchent ou freinent parfois, voire souvent, l'étape d'une réelle mise en œuvre... aussi petite, simple et sans attente soit-elle!

L'aspect thérapeutique de cette pratique de l'art lorsqu'elle est accompagnée donne une structure, pacifie ou encadre ce moment « avant ». Il permet une voie de dépassement et convoque ainsi la chance et la liberté pour l'émergence de l'acte. Danser avec les résistances devient un autre art! Celui du théra-

L'« après » reste l'inconnu et l'accompagnement se veut rassurant, participant aux opérations de tissage qui vont pouvoir s'effectuer grâce à l'expérience vécue juste là.

L'enjeu d'une thérapie n'est-il pas dans le mouvement qui va de la capacité du matériel à se transformer dans le cadre de la thérapie à la capacité de la personne à opérer elle-même ces opérations?

Pour placer ce débat dans le contexte, je vous emmène faire trois petits tours dans cette pratique. Ces trois histoires permettront je l'espère d'établir quelques concepts clés de notre approche en art-thérapie, dans le contexte particulier de la psychiatrie et dans une éthique qui considère tout individu d'abord comme sujet unique, dont le vécu n'est pas réductible à un autre et qui possède des richesses intérieures à déployer.

Jeanne est hospitalisée en psychiatrie dans une unité spéciale pour adolescents.es acquise au fonctionnement transdisciplinaire dans une approche psychodynamique. Elle souffre d'anorexie et sa vie est en danger. Elle vient à l'atelier d'art-thérapie pour des séances individuelles et un bon lien se tisse entre nous lentement à mesure que son état s'améliore. Elle développe sa liberté de créativité et d'expression. Un jour Jeanne me dit qu'elle aimerait faire un travail en crachant. Elle sent que des choses doivent sortir! Sans dégoût aucun mais dans le souci de rester dans le jeu, je lui propose un travail plus symbolique dans un geste « à la Pollock ». Le jeu ou l'enjeu l'intéresse. J'installe l'atelier de manière à rendre possible ce travail de « crachures-giclures »! Elle souhaite projeter la peinture sur le mur ! Tout est fait pour rendre l'expérience possible dans un cadre contenant. Je protège consciencieusement le sol et le mur dans un angle de l'atelier. Je l'invite à bien se protéger (tablier) et elle décide de se mettre pieds nus. Sur une feuille contre le mur, elle explore la texture à projeter, les gestes, les outils et y prend goût très vite, sans débordement. Je me tiens à l'écart mais pas trop loin. Je lui propose de laisser sortir un son si elle en a envie. Ce qui ne tarde pas, même

### Resumé

Die Autorin dieses Beitrags zeigt an Hand von drei anschaulichen Situationen auf, wie integrative Kunsttherapie in der klinischen Psychiatrie eingesetzt werden kann. Der Grundgedanke der Begleitung basiert auf der Idee, dem Individuum bei der Suche seiner persönlichen Vorstellung von Betreuung und eigener Lebensform behilflich zu sein. Der Akzent wird dabei auf «handelnd umsetzten» und «vermittelndes Objekt» und im weitesten Sinn, auf die Entwicklung des kreativen Prozesses gelegt. Abschliessend wird dargelegt, welche beruflichen Voraussetzungen Kunsttherapeuten für diese, humanistisch und psychodynamisch orientierte, Arbeit benötigen.

## Riassunto

L'autore di quest'articolo ci mostra attraverso tre situazioni concrete come si articola e si sviluppa la pratica dell'arte terapia integrativa in psichiatria clinica secondo una visione di accompagnamento della persona attraverso un percorso esperienziale propizio allo sviluppo del suo progetto di cura e di vita. Si pone l'accento su concetti quali « la messa in atto », » l'oggetto mediatore « e,in senso lato lo sviluppo del processo creativo. Infine su questa base possono essere definite le caratteristiche professionali degli arte terapisti che qualificano questa professione orientata in senso umanista e psicodinamico

que cela m'étonne. Elle est en confiance et se risque à l'expérience, dit plusieurs fois « non » en même temps que son geste, s'impliquant simplement, vraiment. Sans s'en rendre compte, pendant ce travail, Jeanne marche dans les gouttes de peinture tombées au sol et laisse les empreintes de ses pieds. Alors que son geste s'arrête, elle découvre les traces de pieds au sol. Elle sursaute et regarde mes pieds (je suis en chaussures) et dit stupéfaite : « ce sont les traces de mes pieds !? Ce n'est pas possible, je n'ai pas les pieds si fins! »

Je l'invite à faire si elle le désire d'autres traces volontairement avec ses pieds. Elle n'en revient pas et fait de même avec ses mains. La trace de ses

La suite du travail a permis à Jeanne de travailler en sculpture et d'explorer les figures filiformes de Alberto Giacometti. De l'hypothétique fascination que la maigreur de ces figurines pouvait se faire l'écho, c'est la prise de conscience des formes et de la matière dont avaient besoin ces figurines qui s'est faite jour. Avec l'équipe et dans le contexte d'un projet de soin partagé, nous soutenons le lent processus de Jeanne dans les différents espaces thérapeutiques qui lui sont proposés et petit à petit son état permet qu'elle quitte l'hôpital.

« L'objet médiateur » parvient à remplir sa fonction médiatrice à condition qu'on le laisse libre dans l'instant de s'habiter de ce qui a vraiment lieu.

régulièrement vers elle et petit à petit nous nous installons un peu en retrait dans un coin plus intime. Après 2 ou 3 trois séances comme cela (livres d'art, photos, magazines...) je commence à connaître ses goûts, les séances sont détendues, parfois nous rions. L'expression sévère de son visage disparaît le temps de la séance. Un jour je décide de lui lire un conte philosophique. Elle m'écoute et de manière toute naturelle, Rose parle. Je me garde de faire remarquer quoi que ce soit et parle avec elle. Cela me semble normal. Elle parle de la vie, de la mort, elle est calme.

Rose décédera la semaine suivante.

Il ne s'agit donc pas ici d'activités occupationnelles, récréatives ou artistiques.

L'atelier d'art-thérapie ne prescrit pas non plus l'art comme un exercice, il propose un travail de représentation, une rencontre avec une expérience qui renvoie au non savoir. « La représentation n'est pas un état mental qui représente des objets, c'est un acte mental réflexif qui forme des objets. »

Winnicott nous dit à peu près ceci au sujet de la créativité, dans ce moment de rencontre avec l'expérience : c'est un espace temps dans lequel l'activité de représentation, disons habituelle, est momentanément suspendue afin d'être en mesure d'éprouver l'altérité, c'est-àdire, ce qui est autre et souvent inconnu, et d'être alors en mesure de créer d'autres représentations.

Le regard bien veillant du praticien, sa proximité, l'espace atelier comme aire de jeu et de transition, protégé des regards extérieurs, la dimension temporelle des séances et l'invitation à l'expérience créatrice, à l'agir autrement, l'accueil de tous les « personnages-œuvres » sont autant d'éléments nécessaires au développement de différents niveaux de symbolisation. L'objet créé peut alors symboliquement soit « exprimer », mettre dehors ce qui est dedans, soit « signifier », relever ou révéler du sens, soit encore « relier » ou « couper » et agir comme vecteur d'intersubjectivité et de lien à soi, au monde, à une culture, à une espèce... La maladie psychique n'est-elle pas elle aussi une façon de s'inscrire dans le monde?

Dernier périple autour d'une autre création, celle d'un atelier d'art-thérapie

# 66

L'atelier d'art-thérapie ne prescrit pas non plus l'art comme un exercice, il propose un travail de représentation, une rencontre avec une expérience qui renvoie au non savoir.

pieds qu'elle voit si gros en vrai elle peut la voir fidèlement. Et c'est elle qui en fait le constat... Ce sont ses pieds qui parlent grâce à ses « crachats » de peinture libérés.

Elle sort perplexe et apaisée de cette séance et moi affamée !!!

Le processus d'expression et de jeu dans un premier temps rendu possible grâce à notre lien de confiance et d'ouverture à la découverte mutuelle a permis cette création « co-créée ». Dans cet apparent chaos de « crachats de peinture » l'objet médiateur s'est révélé autre et a permis un regard inattendu...La création contre le mur a été entièrement investie mais ce sont les empreintes subrepticement apparues qui se sont chargées de liens et qui ont été révélateurs et source d'un possible changement de représentation.

# Un autre exemple :

Rose à environ 90 ans. Elle vit dans un EMS dans un service de psychogériatrie en unité fermée. Le cadre de l'atelier n'est ici pas formel et le lien à l'équipe très restreint. A cette époque je développe la possibilité de proposer dans ces unités fermées des ateliers ouverts dans leur lieu de vie. Rose se tient à l'écart mais nos regards se croisent souvent. Ses yeux sont vifs, animés, agressifs aussi et ils me touchent. Elle nous observe. Quand je parle d'elle à l'équipe on me dit d'oublier d'imaginer travailler avec elle car elle ne parle jamais, ne fait que râler et que de toute façon « elle est folle » et en fin de vie. Nos regards continuent à se parler en silence. Un jour je décide de m'installer près d'elle avec des images que nous regardons ensemble. Elle est attentive, étonnée aussi et prudente ou méfiante... Je décide de revenir

Le lien commence par là. Confiance et conscience que les soignants, investis d'une fonction contenante, se relient pour tisser une solide toile sur laquelle chacun va pouvoir tracer un bout de son chemin.

ambulatoire en collaboration étroite avec une équipe de soin socio-éducative d'une habitation qui accueille des personnes souffrant de manière chronique de maladies psychiques.

Les difficultés de ces personnes sont liées avant tout à des facteurs caractériels et comportementaux inadaptés socialement accompagnés de sentiments de honte et de culpabilité inévitablement ressentis qui ne peuvent qu'exacerber leur souffrance et remettre en question le sens de leur vie. La perception de la réalité et de soi est défaillante, des désordres cognitifs et des difficultés dans les liens sociaux sont toujours pré-

Quel cadre proposer dans ce contexte pour une démarche en art-thérapie ?

Mon questionnement se situe au niveau de ma propre perception de la réalité! Chaque contexte nécessite que le cadre se définisse sur mesure. L'atelier est à considérer comme une co-création entre l'institution, l'art-thérapeute et les participants. C'est dans cet état d'esprit que j'examine attentivement le contexte, ce qui est là, près de moi, ce que je vois et ce que peut-être je ne vois pas encore. Je participe aux colloques et tente au mieux de laisser mon inspiration m'interroger. C'est sur cette base et pour éviter le risque de me laisser entraîner dans un univers de faux-semblant que j'avance et invente.

Confrontés aux mécanismes archaïques souvent destructeurs et peu compréhensibles qui assaillent les personnes atteintes de troubles psychiques, comment rester vivants et créatifs ?

L'acte de soigner ici ne vise pas l'absence de maux mais s'inscrit bien dans un phénomène complexe qui vise à élargir la notion de santé malgré et avec le symptôme.

Quelle attitude développer pour être capable de créer avec chaque sujet au travers des modalités spécifiques d'une démarche en art-thérapie un site d'exploration simple, vrai et clair, en accord avec le projet de soin et qui puisse être

Le paradoxe en effet de cette création d'atelier dans ce contexte est de devoir dessiner un cadre précis pour l'accueil de ces personnes en manque de limites psychiques et en même temps ouvrir tous les possibles dans le champ large de la création, de la médiation et de la thérapie.

Dans un premier temps, il me semble que ce soit les différents regards soignants qui permettent à cet accompagnement de prendre forme. Le lien commence par là. Confiance et conscience que les soignants, investis d'une fonction contenante, se relient pour tisser une solide toile sur laquelle chacun va pouvoir tracer un bout de son chemin.

L'atelier propose au participant un regard ciblé sur ses ressources créatives avec une attitude empathique (qui vise à devancer l'autre dans sa capacité à se faire confiance), en faisant appel à une part de son être préservée des atteintes psychiques destructrices et volatiles, en considérant la création comme un miroir d'un soi étrangement présent, voire absent.

L'enjeu de cet atelier est de rester en état de perpétuelle création...pour rester vivante face aux répétitions anticréatives liées à la maladie. Mes profondes convictions basées sur ma propre expérience créative et thérapeutique, la richesse des situations rencontrées sur le terrain dans le travail que permet cette approche en art-thérapie, en sont indéniablement le ciment.

Il semble que les fragilités internes, l'ultra sensibilité pathologique, sources d'inquiétude, de retrait ou de violence chez ces personnes bousculées dans leur appareil psychique, peuvent, dans une démarche artistique accompagnée, se renverser en force. La pratique de cette « mise en œuvre » évite certains passages à l'acte. Elle permet l'expression de singularités loin du regard normatif d'un cadre de la référence abstrait de ce que l'autre réalité, la nôtre, propose... certaines failles ou confusions peuvent alors prendre forme et devenir moins angoissantes.

Tous les participants, thérapeute compris, se relient à cette humanité et le travail devient porteur d'échanges et de partages. Edgar Morin définit la « relance » comme « le partage des solitudes acceptées et l'échange des différences respectées ».

Dans cette clinique du lien tous les acteurs soignants recueillent, c'est à dire cueillent à nouveau sans précipitation et sans jugement l'ordre et le désordre avec lesquels chaque individu vit, survit et se construit. Elle cherche à concevoir les sources perturbantes comme des caractères singuliers et/ou globaux sans chercher à fournir d'explications rassurantes mais tente de développer la réassurance dans les liens...

Les équipes pluridisciplinaires sont invitées à enrichir leurs expériences du regard et de la pratique des autres professionnels et cela nécessite une posture soignante humble et disposée à explorer en profondeur les domaines de l'intime, en commençant par le sien.

La pratique de l'art-thérapie suppose un travail en thérapie personnelle et de supervision, de bonnes connaissances théoriques en sciences humaines sur le fonctionnement de l'être humain, que ce soit du point de vue intrapsychique, relationnel, social et spirituel. Aussi, la pratique d'un art de manière concrète et des connaissances en histoire et sociologie de l'art sont des conditions incontournables au développement de cette identité professionnelle.

# VIOLAINE KNECHT, peintre, scénographe et art-thérapeute

Bibliographie

Bachelard, G. (1957). La poétique de l'espace, Paris : Presses Universitaires de France

Blanc, N. Dir. (2006). Le concept de représentation en psychologie, Paris: In press éditions

Capra, F. (2003). La Toile de la vie, France : Editions du Rocher Cortes J. et al (2008. Edgar Morin, le génie de la Reliance, Le Moigne, J.-L., Synergies Monde n° 4-Hommage à Edgard Morin, Revue du GERFLINT (Groupe d'Etude et de Recherche pour le Français Langue internationale, Programme mondial de diffusion scientifique francophone), Paris http://www.eesp.ch/ufc

# Bericht aus dem ZV

# Rapport du comité central

# Rapporto del comitato centrale

Der ZV tagte dieses Jahr im Anschluss an die von der Section Romande organisierte Jahrestagung «Psychische Beeinträchtigung und Arbeit» in Yverdon. Beiträge von Referent-Innen aus Kanada, der Romandie, des Tessins und der Deutschschweiz hatten sich im Laufe des Tages zu einem vielfältigen Ganzen zusammengefügt und verschiedene Facetten des Modells ,Supported Employment' gezeigt. Das Modell, dass die 'präsidierende Sektion' die gesamtschweizerische Tagung organisiert ist so gut gestartet - einzig die Teilnehmenden aus der nichtfranzösischsprachigen Schweiz hätten zahlreicher sein

Mit diesem Schlusspunkt übergab Yasser Khazaal, Präsident der Section Romande auch das Zentralpräsidium an die Deutschschweizer Präsidentin, Ruth Waldvogel. Erstmals ist eine Frau und erstmals eine Psychologin (und Dr. sc.nat der ETH) an der Spitze der Gesellschaft. Daneben stehen zwei weitere personelle Veränderungen: Holger Hoffmann, der seit vielen Jahren als Delegierter des - inzwischen nicht mehr aktiven - wissenschaftlichen Beirats, Mitglied des ZV war, hat seinen Rücktritt erklärt. Dieser wurde mit Bedauern zur Kenntnis genommen; herzlich willkommen geheissen wurde der Kinderpsychiater Matthias Schmelzle, der die Kinderund Jugendpsychiatrie in Nachfolge des vielbeschäftigten Patrick Haemmerle im ZV ver-

Wesentliches Thema des ZV ist die Weiterführung der Diskussion zum Standort und zu den Zielsetzungen der SGSP in der veränderten Psychiatrielandschaft. Zwei Themen aus der Diskussion: In Zürich wird nach dem Rücktritt von Wulf Rössler (in zwei Jahren) auch der letzte sozialpsychiatrische Lehrstuhl verschwinden. Wir stellen fest, dass vermehrt private Praxisgemeinschaften sozialpsychiatrische Aufgaben (vom Kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulatorium bis zu Tageskliniken) übernehmen. Engagierte Sozialpsychiater werden in eigenen Strukturen aktiv, weil Sparmassnahmen öffentlicher Kliniken ihnen die Arbeit erschweren. Wir stellen fest, dass auch eine wachsende Zahl der Vorstandsmitglieder unserer Gesellschaft nicht mehr in öffentlichen Strukturen tätig ist. Ist dies Zufall oder zeichnet sich hier eine Ten-

Le comité central s'est réuni cette année dans le prolongement de la Journée annuelle »Maladies psychiques et travail» organisée par la section romande. Des contributions de conférenciers venus du Canada, de la Suisse romande, italienne et alémanique se sont succédés tout au long de la journée pour faire apparaître différentes facettes du modèle «Supported Employment». La nouvelle formule, qui consiste à confier l'organisation de la journée annuelle à la section qui préside la société, a ainsi bien débuté, même si les participants non francophones auraient pu être plus nom-

Avec ce point final, Yasser Khazaal, président de la section romande remet aussi la présidence centrale à la présidente de la section suisse alémanique, Ruth Waldvogel. C'est la première fois qu'une femme et une psychologue (et Dr. sc.nat ETH) se trouve au sommet de la société. Cette situation se conjugue avec deux autres changements personnels : Holger Hoffmann, qui assura depuis de nombreuses années la délégation du comité scientifique, actuellement inactif, annonça son retrait. Cette communication fut reçue avec regret. On accueillit chaleureusement le pédopsychiatre Matthias Schmelze, qui représentera dorénavant la psychiatrie infantile et juvénile à la suite du très occupée Patrick

Le thème central du comité central fut la poursuite de la discussion sur le positionnement et les orientations de la SSPS dans le nouveau contexte général de la psychiatrie. Deux éléments ressortent de cette discussion. A Zürich, la dernière chaire de psychiatrie sociale disparaîtra lors de la succession dans deux ans de Wulf Rössler. Par ailleurs, nous constatons que des praticiens privés reprennent de plus en plus fréquemment des tâches de psychiatrie sociale (de la prise en soins ambulatoires des enfants et des adolescents jusqu'aux soins des hôpitaux de jour). Des psychiatres engagés en psychiatrie sociale deviennent actifs en tant que médecins privés, parce que les restrictions financières imposées aux structures publiques leur compliquent trop le travail. Nous remarquons également qu'un nombre croissant de membres du comité de notre propre société ne travaillent plus dans des structures publiques. S'agit-il d'un hasard

Il comitato centrale si é riunito quest'anno successivamente alla giornata annuale organizzata dalla sezione romanda dal titolo « Malattia psichica e lavoro ».I contributi degli oratori provenienti dal Canada, dalla Svizzera romanda ,tedesca e italiana si sono succeduti durante la giornata mostrandoci le diverse sfaccettature del modello «Supported Employement». La nuova formula per la quale la sezione linguistica, che detiene la presidenza nazionale, ha il compito di organizzare la giornata annuale nazionale, ha così fatto il suo debutto positivo sebbene la partecipazione di non francofoni avrebbe potuto essere più numerosa.

Yasser Khazaal, presidente della sezione romanda infine ha passato il testimone della presidenza centrale alla presidenza della sezione tedesca Ruth Waldvogel. E la prima volta che una donna che é anche psicologa (e Dr. sc.nat ETH) si trova a dirigere la società nazionale. A questa novità si sono aggiunti due altri cambiamenti per la sede centrale: Holger Hoffmann, che da numerosi anni era delegato del comitato scientifico, in questo periodo inattivo ha annunciato le sue dimissioni che sono state accettate con rincrescimento. Matthias Schmelze pedopsichiatra rappresenterà d'ora in poi la psichiatria infantile e dell'adolescenza al posto di Patrick Haemmerle che lascia per somma d'impegni.

Il tema cardine delle discussioni del comitato centrale é stato il ruolo e lo spazio della psichiatria sociale nel nuovo contesto generale psichiatrico. Due elementi di rilievo sono emersi dal dibattito ;da un lato la soppressione dell'ultima cattedra universitaria di psichiatria sociale che avverrà a Zurigo fra due anni con il pensionamento di Wulf Rössler e dall'altro la costatazione che sempre più compiti di psichiatria sociale sono assunti da professionisti del settore privato( dalla presa a carico di bambini e adolescenti fino agli ospedali di giorno) Psichiatri impegnati nella psichiatria sociale si attivano nel privato perché le restrizioni finanziarie che sono imposte al settore pubblico gli complicano troppo il lavoro. Abbiamo preso atto anche che un numero crescente dei membri del comitato della SSPS non lavora più nelle strutture pubbliche. Si tratta di un caso o piuttosto di un segnale di tendenza che indica la rinuncia progressiva dello Stato ad alcune responsabilità e funzioni pubbliche?

denz ab, dass genuin öffentliche Aufgaben vom Staat weniger übernommen werden? In Bezug auf die Gesellschaft sieht der ZV eine Gewichtsverschiebung von der Zentrale zu den Sprachsektionen. Wir stellen fest, dass es regional viele sozialpsychiatrisch engagierte Menschen gibt und denken, dass die Vernetzung und Zusammenarbeit vor allem auf regionaler Ebene gesucht werden muss. Dem ZV käme dann vermehrt eine gesamtschweizerisch koordinierende Aufgabe zu. In diesem Sinn sucht der ZV das Gespräch mit den Sektionsvorständen.

Francois Ferrero und Yasser Khazaal kamen inspiriert von der Tagung der World Association of Social Psychiatry (WASP) in Marrakesch zurück. Nicht nur die Stadt am Rande des Atlas, auch das Klima an der Tagung hat sie motiviert, die Durchführung der Europäischen WASP-Tagung 2013 in der Schweiz vorzuschlagen. Der ZV unterstützt eine eingehende Abklärung dieses Vorschlags. Yasser Khazaal wird bis im Frühjahr 2011 eine Organisationgruppe bilden und prüfen, ob sich ausreichend Partner für dieses Projekt finden lassen. Erleichtert wird dies auch dadurch, dass im vergangenen Jahr aus der gemeinsam mit der SGPP durchgeführten Tagung «Gemeindepsychiatrie und Netzwerke» ein ausserordentlicher Ertrag resultierte. Der ZV entschied, diesen zweckgebunden zu verwenden, je zur Hälfte zur Vorfinanzierung dieses Tagungsprojekts und zur Finanzierung der Übersetzung an nationalen Jahrestagungen.

Thomas Rüst, Aktuar

ou est-ce le résultat d'une tendance, qui marque un renoncement par l'Etat de certaines responsabilités publiques. En ce qui concerne notre société, le comité central observe un transfert des tâches du niveau central aux sections linguistiques. Nous constatons qu'il y a beaucoup de personnes engagées dans l'orientation de psychiatrie sociale au niveau des régions et nous pensons que le réseautage et la collaboration doivent surtout être recherchées au niveau régional. Le comité central se verrait ainsi attribué de plus en plus des tâches de coordination nationale. Dans cette perspective, le comité central privilégie les liens avec les comités de section.

François Ferrero et Yasser Khazaal sont revenus inspirés du colloque organisé par la World Association of Social Psychiatry(WASP) à Marrakesch. Ce n'est pas uniquement la ville située au pied de l'Atlas, mais également l'atmosphère du colloque qui les motiva à proposer l'organisation du colloque 2013 de la WASP en Suisse. Le comité central soutient et valide cette proposition. Yasser Khazaal se charge de former d'ici le printemps 2011 un comité d'organisation et de vérifier s'il est possible de trouver d'ici là suffisamment de partenaires pour ce projet. Le magnifique succès résultant l'an dernier de l'organisation commune de la Journée annuelle « Psychiatrie communautaire et de réseaux » avec la SSP devrait faciliter la mise en œuvre d'un tel colloque. Le comité central décida d'utiliser les bénéfices à parts égales pour le pré-financement de ce futur colloque et pour le financement des traductions des journées annuelles.

THOMAS RÜST, ACTUAIRE

Per quello che concerne la nostra società, il comitato centrale osserva che vi é in atto un progressivo trasferimento di compiti dalla centrale alla periferia verso le sezioni linguistiche. Noi pensiamo che vi siano attualmente molte persone impegnate a livello regionale e che l'implementazione delle attività, dei contatti e delle collaborazioni nel campo della psichiatria sociale vada ricercata soprattutto sul territorio nelle sezioni Il comitato centrale secondo questa visione svilupperà nel tempo compiti di coordinamento nazionale privilegiando i contatti con i rispettivi comitati sezionali.

François Ferrero e Yasser Khazaal al ritorno dal convegno organizzato dalla World Association of Social Psychiatry (WASP) à Marrakesch ci hanno fornito interessanti suggestioni L'atmosfera respirata durante i lavori li ha motivati a proporci di cogliere l'occasione di organizzare in Svizzera il convegno del 2013 della WASP Il comitato centrale ritiene valida questa proposta e la sostiene. Yasser Khazaal si é assunto l'incarico di formare entro la primavera 2011 un comitato organizzativo e di verificare la possibilità di attivare i partner necessari all'attuazione del progetto. Il grande successo avuto l'anno scorso dal congresso organizzato con la SSPP a Ginevra dal titolo « Psychiatrie communautaire et de réseaux» può aiutarci in questo progetto. Il comitato centrale ha così deciso di dedicare le risorse finanziarie reperite dal convegno ginevrino dividendole in parti uguali fra prefinanziamento del futuro congresso internazionale e traduzioni simultanee previste per le giornate nazionali.

THOMAS RÜST, ATTUARIO

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

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

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

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

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

Redaktionsteam / Gruppo di redazione

Paolo Cicale, laureato in filosofia, Brionco Yvonne Lüdi, lic. phil. Geschäftsleitung

Zbinden, Barbara, Mediation sociale,

Waldvogel, Ruth, Dr. sc.nat.; lic.phil. Psychotherapeutin SPV, Basel

/ Equipe rédactionelle:

Stiftung Phönix, Zug

Martigny



Name, Vorname / Nom, Prénom / Nome, Cognome:		
Beruf, Titel, Anrede / Profession, Titre / Professione, titolo, qualifica:		
Adresse / PLZ / Ort:		
E-Mail oder Fax:		Tel.:
☐ Einzelmitglied/Membre individuel/socio individuale (Jahresbeitrag: Fr. 50) ☐ Kollektivmitglied/Membre collectif,Institution/socio colletivo (Jahresbeitrag: Fr. 200) ☐ AbbonnentIn/Abonnée des/abbonnamento SGSP-Informations (Jahresabonnement: Fr. 20)		
Ort, Datum/Lieu, Date/Luogo, data:Unterschrift/Signature/firma:		
Senden an / Evo	ver au / Spedire a:	

Società Svizzera di psichiatrie Sociale, c/o studio Dr. G. Enderlin, via Pioda 15, casella postale 163, 6004 Locarno

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

Beiträge bitte an folgende Adresse:

Dr. Ruth Waldvogel, General Guisan-Str. 46, 4054 Basel. Tel. 061 302 33 10 / Fax 061 272 59 08 / ruth.waldvogel@bluewin.ch

Sekretariat AKI5, Juravorstadt 42, 2503 Biel

## Fortsetzung von Seite 26

diese stehen jetzt und in Zukunft vor Herausforderungen, die sie nur mit einem Personal bewältigen können, das interdisziplinäre Aufgaben übernimmt und in verschiedenen Kontexten professionell agiert. Die Mitarbeitenden müssen fähig sein, eine komplexe Situation detailliert zu klären. Im genannten Fallbeispiel bestand die grösste Herausforderung darin, die sozialen Verhältnisse zu regeln und mit den im unlösbaren Konflikt stehenden und in zwei verschiedenen Kontinenten lebenden Angehörigen zu verhandeln und sie auf Distanz zu begleiten.

Hinweis

Der Beitrag ist eine stark gekürzte Fassung eines Artikels, der Mitte Dezember im Sozialalmanach 2011 der Caritas Schweiz erscheint. Die nächste Ausgabe des Sozialalmanachs ist speziell dem Schwerpunkt «Das vierte Lebensalter» gewidmet. Darin beschäftigen sich Expertinnen und Experten mit den verschiedenen Facetten der letzten Lebensphase und diskutieren die neuen sozioökonomischen Herausforderungen, die sich mit der verlängerten Lebenserwartung in unserer Gesellschaft stellen. Zudem veranstaltet Caritas Schweiz am 14. Januar 2011 das Caritas-Forum zum Thema «Ist Alterspflege Privatsache». Weitere Informationen sowie Anmeldung zum Forum: www.caritas. ch/forum2011.

Sozialalmanach 2011 Das Caritas-Jahrbuch zur sozialen Lage der Schweiz Schwerpunkt: Das vierte Lebensalter Trends, Analysen, Zahlen Luzern, Dezember 2010 Ca. 240 Seiten, CHF 34.-ISBN: 978-3-85592-127-0 Im Buchhandel oder im Online-Shop der Caritas unter www.caritas.ch erhältlich

Kompetenz des Personals besteht aber auch immer mehr darin, die notwendige Hilfe über die Grenzen des Pflegeheimes hinaus zu organisieren. In diesem Fall galt es unter anderem, eine externe Person für die administrativen Belange der Patientin einzusetzen. Aber nicht nur: Das Wohl der Patientin erforderte auch eine interinstitutionelle Kooperation. Dazu gehörte eine schnelle Verlegung vom Spital in ein Pflegeheim

tionell in Institutionen organisierte Betreuung - durch den Einsatz von Freiwilligen, die für eine Begleitung zur Verfügung stehen.

#### Solange wie möglich zu Hause hleihen

Gemäss der Studie von Christian Lalive d'Epinay «Les années fragiles - La vie

"

Im Gegensatz etwa zu einem Tumor in fortgeschrittenem Stadium bei jüngeren Menschen ist der Verlauf chronischer Erkrankungen bei älteren Patientinnen und Patienten selten voraussehbar.

- sie war im Interesse aller Beteiligten. Sie war auch aus Kostengründen sinnvoll. In der oben beschriebenen Situation meldete der Sozialdienst des Spitals die Patientin direkt auf der Palliativstation an, statt den üblichen Weg über die Koordinationsstelle der städtischen Heime zu wählen. Der Eintritt in die Palliativstation sollte auch – wenn nötig - sogar innerhalb von wenigen Stunden möglich sein. Im Sinne von Palliative Care ist auf diese Durchlässigkeit und Flexibilität unter den Institutionen zu achten, um die für den Patienten oder die Patientin optimale Betreuungssituation zu schaffen. Die Schnittstellen müssen offen gehalten und gestaltet werden.

Emma Z. lebte in einer heute immer häufiger vorkommenden Lebensform. Sie war alleinstehend und hatte neben den beiden im Ausland lebenden Nichten nur Kontakt zu einer Nachbarin. Sie erhielt keinen Besuch, nur Telefonanrufe, die sie infolge ihrer Schwerhörigkeit nicht beantworten konnte. Zu den Mitbewohnerinnen pflegte sie keinen Kontakt, nur der Seelsorger besuchte sie. Ein gewisser sozialer Rückzug am Ende des Lebens mag normal sein. Dennoch bleibt die Frage, ob dieser freiwillig geschieht oder Folge einer Vereinsamung ist. Auch hier kann Palliative Care früher und nachhaltiger wirken als tradiaus-dela de quatre-vingts ans») wird rund die Hälfte der hochaltrigen Menschen vor ihrem Tod nicht vollständig hilfsbedürftig. Die Reserven vieler von ihnen sind aber beschränkt und ihre Vulnerabilität erhöht. Dank Hilfsmitteln und ambulanten Diensten ist der Eintritt in eine Institution auch bei zunehmender Gebrechlichkeit oft erst spät nötig. Für ältere Menschen bedeutet dies zunächst, länger im eigenen Umfeld bleiben zu können, was oft ihrem Herzenswunsch entspricht. Für sozial benachteiligte Personen (Tendenz zunehmend) ist es allerdings schwieriger als für den Mittelstand, die Pflege zu Hause zu organisieren und zu finanzieren, weil ein beträchtlicher Teil der Kosten der ambulanten Versorgung selber übernommen werden muss.

So betrachtet, verschwindet das Altersheim mit den selbständigen Pensionärinnen und Pensionären allmählich, weil nur noch pflegebedürftige ältere Menschen und zu einem möglichst späten Zeitpunkt in eine Institution eintreten. Die Aufenthaltsdauer der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen hat sich entsprechend stark verkürzt. Sie sterben vermehrt schon innerhalb von Tagen, Wochen oder Monaten nach dem Heimeintritt.

Damit verändert sich die Arbeit in einem Pflegeheim stark. Die Rehabilita-

# magazin • pflege

tion, die Aktivierung und die Lebenserhaltung rücken in den Hintergrund. Weit wichtiger werden die Linderung und die unmittelbar erfahrbare Lebensqualität. Viele Pflegeheime orientieren sich deshalb vermehrt an den Erfahrungen von Palliative Care und bauen eine entsprechende Kultur und Praxis auf. Einzelne Pflegeheime richten sogar eine Palliativstation mit spezialisiertem Personal ein und nehmen auch jüngere chronisch kranke oder krebskranke Menschen auf

## Ältere Menschen haben andere Bedürfnisse

Dies ist zweifellos eine willkommene Entwicklung. Allerdings fehlt bis heute eine eigentliche Definition von Palliative Care für pflegebedürftige ältere Menschen. In der Langzeitpflege haben Lebensqualität und Symptomlinderung zwar stets höchste Bedeutung, die Geriatrie hat aber immer auch kurative, auf Heilung ausgerichtete Ziele. Die Herausforderung besteht deswegen darin, zwischen einer palliativen oder kurativen Behandlung zu wählen und dies den Patientinnen, Patienten und ihren Angehörigen zu erklären.

Im Gegensatz etwa zu einem Tumor in fortgeschrittenem Stadium bei jüngeren Menschen ist der Verlauf chronischer Erkrankungen bei älteren Patientinnen und Patienten selten voraussehbar. Bewohnerinnen und Bewohner eines Pflegeheims benötigen deshalb nicht immer Palliative-Care-Interventionen, aber diese zum richtigen Zeitpunkt und in unterschiedlicher Weise. In der Langzeitpflege sind es oft unvorhersehbare Krisensituationen, welche Palliative-Care-Kompetenzen erfordern: Sie treten plötzlich auf und sind gleich lebensbedrohlich. Dann ist schnell und kompetent zu klären, was im Sinne der Patientin oder des Patienten zu tun und zu unterlassen ist. Dies erfordert wiederum eine interdisziplinäre Neueinschätzung der Situation und die Vereinbarung neuer Ziele.

# Zusammenarbeit als Grundlage

Ein wichtiger Aspekt von Palliative Care besteht darin ist, schwerkranke und sterbende Menschen am Ort ihrer Wahl zu betreuen. Davon sind wir zwar noch weit entfernt. Aber immerhin wird im Bereich Palliative Care je länger je mehr die Notwendigkeit der Zusammenarbeit verschiedener Berufe, aber auch verschiedener Institutionen im Gesundheitswesen erkannt und bewusst gestaltet. Immer mehr mobile Palliative-Care-Teams arbeiten an den Schnittstellen von Spital, Pflegeheim und dem Zuhause. Sie sind meistens interdisziplinär zusammengesetzt.

Allerdings schränken die bestehenden Abrechnungsmodelle diese Einsätze in Pflegeheimen ein. Denn die Krankenkassen bezahlen nicht gleichzeitig eine ambulante und eine stationäre Betreuung. Im Interesse der betroffenen Menschen sind solche Schranken deswegen aufzuheben. Gerade betagte Menschen verfügen oft nicht über die Mobilität und das nötige Wissen, um sich die angemessene Hilfe an verschiedenen Orten und Stellen zu besorgen. Sie brauchen koordinierte Dienstleistungen aus einer Hand.

Schliesslich kann sich das Potenzial der Palliative Care nicht ohne die Arbeit der Freiwilligen entfalten - weswegen diese als fester Teil von Palliative Care erkannt und gefördert werden muss. Freiwillige sind nicht nur für die direkt Betroffenen da, sondern leisten wertvolle Unterstützung auch für ihre Angehörigen. Ihr Einsatz ermöglicht älteren Menschen, länger zu Hause zu bleiben oder dort zu sterben. Die Qualität der Freiwilligenarbeit in der Palliative Care hängt jedoch stark davon ab, ob die Freiwilligen sorgfältig ausgewählt, und professionell begleitet werden. Denn erst dank einer interdisziplinär und über die Institutionen hinweg organisierten Zusammenarbeit aller Beteiligten kann Palliative Care tatsächlich im Dienste der Menschen stehen, die sie brauchen.

BEAT VOGEL,

Leiter der Fachstelle Begleitung in der letzten Lebensphase bei der Caritas Schweiz in Lu-

# Literaturhinweise

Bundesamt für Gesundheit. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012. Bern, 2009

Bundesamt für Gesundheit (BAG): Schweizer Bevölkerung will Palliative Care. Repräsentativumfrage des GfK Custom Research (09.03.2010). http://www.bag.admin.ch/aktuell/ 00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=32153 (03.06.2010)

Caritas Schweiz: Sozialalmanach 2011. Das vierte Lebensalter, Caritas Verlag, Luzern, erscheint im Dezember 2010.

Caritas Schweiz: Caritas-Standards für Freiwilligengruppen in der Palliative Care. Luzern,

Canton de Vaud: Rapport d'activité du Programme cantonal de développement des soins palliatifs 2003-2007 (30.09.2007). http://www.vd.ch/fr/themes/sante-social/prevention/sanimedia/publications/soins-palliatifs/ (04.06.2010)

Fischer Susanne, Bosshard Georg, Zellweger Ueli, Faisst Karin: Der Sterbeort: Wo sterben die Menschen heute in der Schweiz? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Nr. 37, S. 467-474, 2004.

Lalive d'Epinay Christian, Spini Dario et coll.: Les années fragiles. La vie au-dela de quatrevingts ans. Les presses de l'université Laval, Québec 2008.

# «...sicher sein, notfalls schmerzlos sterben zu können»

# Gesprächsrunde über Sterbehilfe

Das Parlament wird sich demnächst mit gesetzlichen Leitplanken für die so genannte Freitodhilfe befassen. In unserer Gesprächsrunde geht es darum, welche Rolle die Ärztinnen und Ärzte bei der Sterbehilfe spielen sollen. Ebenfalls zur Sprache kommt, ob auch die aktive Tötung schwer leidender Patienten auf deren Verlangen zulässig sein soll.

Gesprächsleitung und redaktionelle Bearbeitung: Ruedi Spöndlin

Ruedi Spöndlin: Eine Mehrheit der Bevölkerung ist der Ansicht, Sterbehilfe solle Sache der Ärztinnen und Ärzte sein. Das ergibt sich aus einer Umfrage des kriminologischen Instituts der Universität Zürich. Es sollen demnach Ärzte sein, welche die so genannte Freitodhilfe leisten, die Organisationen wie Exit und Dignitas heute anbieten. Dies widerspricht jedoch dem geltenden ärztlichen Berufsverständnis. In den medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) steht, Hilfe zum Suizid sei kein Teil der ärztlichen Tätigkeit.

Franco Cavalli: Das Ergebnis der erwähnten Umfrage überrascht mich nicht. Es ist wohl auf ein gewisses Missbehagen gegenüber der Tätigkeit von Exit und vor allem Dignitas zurück zu führen. Es deckt sich aber auch mit Ergebnissen in zahlreichen andern Ländern, wo man im Gegensatz zur Schweiz nicht zwischen Suizidhilfe und aktiver Sterbehilfe unterscheidet, wie etwa in Holland und Belgien. Interessant ist, dass die Ergebnisse solcher Umfragen unterschiedlich ausfallen, je nach dem, ob die Fragen theoretisch oder konkret gestellt werden. Fragt man ganz grundsätzlich, ob eine bestimmte Form der

Sterbehilfe zulässig sein soll, ist die Zustimmung geringer, als wenn man danach fragt, ob der oder die Befragte in einer bestimmten Situation die betreffende Hilfe in Anspruch nehmen will.

Hermann Amstad: Auch uns überrascht das Umfrageergebnis an sich

# Unsere Gesprächspartner

Hermann Amstad, Dr.med., MPH, Generalsekretär der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Basel

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

nicht. Interessant ist, dass auch in anderen Ländern - etwa in Holland - die Zustimmung zur ärztlichen Sterbehilfe in der Bevölkerung grösser ist als unter der Ärzteschaft. Dabei hat sich aller-

# Die niederländische Lösung

rsp. Die Niederlande waren das erste Land der Welt, das die aktive Sterbehilfe legalisierte. Im Jahr 2001 stimmte das niederländische Parlament einem entsprechenden Gesetz zu. Straffrei ist die Beendigung des Lebens gemäss diesem unter folgenden Voraussetzungen: Der betreffende Mensch muss den Sterbewunsch aus eigener Überzeugung mehrmals geäussert haben. Der Arzt bzw. die Ärztin muss in einer engen Patientenbeziehung zu ihm stehen und überzeugt sein, dass er schwer leidet und dass das Leiden nicht anders vermieden werden kann. Vor der Tötung ist die Meinung eines zweiten Arzts bzw. einer zweiten Arztin einzuholen. Die Beendigung des Lebens hat auf «medizinisch angemessene» Weise zu erfolgen. Zudem ist jeder Fall von Tötung auf Verlangen einer speziellen Kommission zu melden. Schon Patienten ab 12 Jahren können die ärztliche Lebensbeendigung beanspruchen. Bei unter 16Jährigen müssen allerdings die Eltern zustimmen. Zulässig ist die Tötung auf Verlangen nicht nur bei körperlichen Krankheiten, sondern etwa auch im Falle einer Demenz.

Der Erlass dieses Gesetzes im Jahr 2001 legalisierte lediglich eine Praxis, die sich in den Niederlanden seit den 70er Jahren etabliert hatte. In der Realität leisteten Ärzte schon vorher aktive Sterbehilfe.

dings gezeigt, dass unter den Ärztinnen und Ärzte, die am ehesten in die Lage kommen könnten, Sterbehilfe zu leisten, die Ablehnung dieser Hilfeleistung am grössten ist. Onkologen und Palliativmediziner beispielsweise sind viel skeptischer gegenüber jeglicher Form von ärztlich unterstütztem Sterben als andere Ärzte. Sie, Herr Cavalli, scheinen unter den Onkologen eine Ausnahme zu sein.

# Spöndlin: Offenbar klaffen die Erwartungen der Bevölkerung und die Haltung der Akademie in Sachen Sterbehilfe auseinander.

Amstad: Selbstverständlich muss man die Bedürfnisse der Bevölkerung wahrnehmen, ernst nehmen und auch darüber nachdenken. Dass zwischen den Erwartungen der Bevölkerung und dem professionellen Selbstverständnis einer bestimmten Berufsgruppe ein Spannungsfeld besteht, erscheint mir nicht aussergewöhnlich. Damit müssen wir leben. Es ist legitim, dass sich die Ärzteschaft nur sehr zurückhaltend auf das von der Bevölkerung geäusserte Bedürfnis nach Sterbehilfe einlässt.

Cavalli: Auch in Holland waren die Ärztegesellschaft und die meisten Ärzte anfänglich dagegen, Sterbehilfe zu leisten. Je länger die Diskussion darüber andauerte, desto geringer wurde jedoch ihre Ablehnung. Mir scheint, eine solche Entwicklung kann man auch in der Schweiz beobachten. Selbst die Akademie hat diesbezüglich ja eine etwas offenere Haltung eingenommen und ihre Richtlinien im Jahre 2004 entsprechend revidiert. Auch ich war früher einmal gegen ärztliche Sterbehilfe und habe meine Einstellung dazu geändert, nachdem ich mich intensiver damit befasst hatte. Ich habe Verständnis dafür, dass die Palliativmediziner gegen ärztliche Sterbehilfe eingestellt sind. Dafür gibt es nachvollziehbare psychologische Gründe. Sie müssen sich einerseits für die Anerkennung ihrer Fachrichtung innerhalb der Medizin einsetzen. Andererseits ist es für sie schwierig zu akzeptieren, dass einer ihrer Patienten sterben will, nachdem sie sich um eine möglichst hohe Lebensqualität für ihn bemüht haben. In Holland beispielsweise wehren sich die Palliativmediziner nicht mehr gegen die ärztliche Sterbehilfe. Und das ist meines Erachtens auch richtig. Ich denke, ärztliche Sterbehilfe ist in gewissen Fällen der letzte Akt der Palliativmedizin, deren Ziel es ist, unheilbar kranken Patientinnen und Patienten eine möglichst hohe Lebensqualität zu ermöglichen. Denn dazu gehört auch ein möglichst schmerzloses und würdevolles Sterben.

# Spöndlin: Palliativmedizin und Sterbehilfe sind also keine Gegensätze?

Cavalli: Nein, überhaupt nicht. Ich bin ein grosser Anhänger der Palliativmedizin und habe viel unternommen, um diese zu fördern - anfänglich gegen grosse Widerstände. Ich weiss aber, dass es Patienten gibt, die trotz grossem Einsatz der Palliativmedizin aus nachvollziehbaren Gründen sterben wollen.

## Spöndlin: Aber ist es nicht verständlich, dass Ärztinnen und Ärzte nicht gerne beim Sterben helfen.

Cavalli: Natürlich, es verhält sich ähnlich wie beim Schwangerschaftsabbruch. Auch diesen Eingriff nimmt kein Arzt und keine Ärztin gerne vor. Suizidhilfe und sogar aktive Euthanasie leistet kein normaler Mensch gerne. Auch mir ist es lieber, wenn ich das nicht tun muss. Aber manchmal ist es halt geboten. Meiner Meinung nach soll kein Arzt und keine Ärztin zum Leisten von Sterbehilfe gezwungen werden, genausowenig wie zur Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs. Wenn ein Arzt dazu bereit ist, soll ihm das aber erlaubt sein. Ich sehe nicht, dass diese Tätigkeit gegen das ärztliche Berufsethos verstossen würde. Richtig ist, dass sie gegen den Eid des Hippokrates verstösst. Dieser stammt jedoch aus einer Zeit vor mehr als 2000 Jahren und kann heute nicht mehr in jedem Punkt massgebend sein. Damals stellten sich gewisse ethische Fragen noch gar nicht, mit denen wir heute aufgrund des medizinischen Fortschritts konfrontiert sind.

Amstad: Gemäss dem hippokratischem Eid dürfte man auch keine Schwangerschaftsabbrüche vornehmen. Insofern eignet sich dieser tatsächlich nur sehr bedingt als Antwort auf die heutigen medizinisch-ethischen Herausforderungen.

## Spöndlin: Wo liegen denn nun die Differenzen zwischen Franco Cavalli und der Akademie in Sachen Sterbehilfe?

Amstad: Innerhalb der Ärzteschaft hat diesbezüglich ein Bewusstseinswandel stattgefunden. Vor 30 Jahren noch hat man in der Medizin den Tod und das Sterben in einem gewissen Sinne verdrängt, unter anderem deshalb, weil man das als Niederlage der ärztlichen Kunst empfand. Heute hingegen ist das Bewusstsein dafür vorhanden, dass das Be-

# dossier • sterbehilfe



Meine grosse Sorge ist, dass man hierzulande angesichts des hohen Spardrucks im Gesundheitswesen in Richtung einer sozialen Euthanasie gehen könnte, also einer Tötung von Menschen, weil sie zu hohe Kosten verursachen, Franco Cavalli

gleiten eines sterbenden Menschen auf jeden Fall zur ärztlichen Tätigkeit gehört. Die Akademie hat sich auch insofern weiter bewegt, als sie es jetzt mit dem Berufsethos für vereinbar hält, dass ein Arzt einem Patienten, zu dem er in einer langjährigen Beziehung steht, auf dessen Wunsch Suizidhilfe leistet. Die neuen medizinisch-ethischen Richtlinien aus dem Jahr 2004 halten das ausdrücklich fest. In diesem Punkt liegen wir meines Erachtens also nicht mehr soweit auseinan-

der. Nach unserer Ansicht ist Suizidhilfe aber nur dann zu vertreten, wenn das Lebensende absehbar ist. Jemandem beim Sterben zu helfen, der lediglich seines Lebens überdrüssig ist, verträgt sich nach Ansicht der Akademie nach wie vor nicht mit dem ärztlichen Berufsethos. Wenn ein Arzt das trotzdem tut, hat er rechtlich allerdings nichts zu befürchten. Auch für Ärztinnen und Ärzte gilt Artikel 115 des schweizerischen Strafgesetzbuchs, wonach Suizidhilfe nur strafbar ist, wenn sie aus eigennützigen Motiven geleistet wird. Deshalb konnten Ärzte auch schon lange Suizidhilfe leisten, obwohl die Richtlinien der Akademie das ablehnten.

Spöndlin: Ist für die Akademie auch die aktive Sterbehilfe in Frage? Laut der erwähnten Umfrage des kriminologischen Instituts der Universität Zürich befürwortet ein nennenswerter Teil der Schweizer Bevölkerung die aktive Sterbehilfe.

Amstad: Diese ist in der Schweiz ja gesetzlich verboten. Und an dieser Schranke sollte man festhalten.

Cavalli: Ich bin froh, dass sich die Akademie gegenüber dem Anliegen der Sterbehilfe offener zeigt als früher. Wir sind meines Erachtens auf einem guten Weg, auf dem wir eine sinnvolle Lösung finden werden. Eine solche erfordert eben eine gewisse Zeit. Eine ganz ähnliche Erfahrung haben wir beispielsweise in der Drogenpolitik gemacht. Solange man sich auf prinzipielle Strandpunkte berief, fand man keine brauchbare Lösung. Das war erst der Fall, als man sich dazu durchringen konnte, die Probleme praktisch anzuschauen. In Sachen Sterbehilfe wird das ähnlich sein.

# Spöndlin: Wie sähe eine sinnvolle Lösung aus, Franco Cavalli?

Cavalli: Ich denke, eine Mehrheit der Bevölkerung wünscht wirklich, dass die Ärztinnen und Ärzte Strebehilfe leisten. Sie will, dass sterbewillige Patienten nicht auf die Dienste von Organisationen wie Exit und Dignitas angewiesen sind. Auch in den Spitälern sollte man die Suizidhilfe zulassen. Das ist heute nicht der Fall, ausser im CHUV (Center Hospitalier Universitaire Vaudois Lausanne). Allerdings müssen sterbewillige Patienten auch dort Suizidhelfer von Exit kommen lassen. Die Spitalärzte

dürfen keine Suizidhilfe leisten. Das sollte man ebenfalls ändern. Die Spitalärzte sollen auf Wunsch Sterbehilfe leisten können, sofern sie dazu gewillt sind. Es für alle Beteiligten unbefriedigend, wenn ein Arzt einen Menschen über eine lange Zeit betreut hat und ihn dann zum Sterben an Exit abdelegieren muss. Wenn die Sterbehilfe durch Ärztinnen und Ärzte gebräuchlich wird, werden Exit und Dignitas überflüssig werden. Ich plädiere übrigens nach wie vor dafür, dass man als weiteren Schritt die aktive Sterbehilfe unter ähnlichen Bedingungen wie in Holland für straflos erklärt, wie ich das vor rund 10 Jahren mit einer parlamentarischen Initiative gefordert habe (vgl. Box).

Spöndlin: Ist die Zulassung der aktiven Euthanasie in der Schweiz überhaupt notwendig, wenn die unterstützte Selbsttötung möglich ist? In Holland und anderen Ländern, welche die aktive Sterbehilfe zugelassen haben, ist die Suizidhilfe im Gegensatz zur Schweiz nicht zulässig.

Cavalli: Es stimmt, in aller Regel genügt die Möglichkeit des unterstützten Suizids. Es gibt aber Fälle, wo jemand den letzten todbringenden Schritt nicht mehr selbst ausführen kann. Etwa bei einem Patienten mit Knochenmetastasen, der sich nicht mehr bewegen kann. Der Unterschied ist in Wirklichkeit klein. Wenn ich einem Patienten eine tödliche Infusion stecke, und er dreht am Schluss selbst am Hahn, handelt es sich um einen nach heutigem Recht erlaubten unterstützten Suizid. Drehe ich hingegen auf Wunsch des Patienten als Arzt am Hahn, handelt es sich um eine unerlaubte aktive Tötung. Das finde ich unlogisch. Straflos sollte die aktive Euthanasie aber nur ganz strengen Bedingungen sein, wie in Holland (vgl. Box). Insofern kann man das, was ich fordere, eigentlich gar nicht als Liberalisierung bezeichnen.

Amstad: Ich denke, wir sind uns einig, dass die von Ihnen geschilderten dramatischen Fälle, in welchen jemand nicht mehr zum begleiteten Suizid fähig ist, sehr selten sind.

Cavalli: Das ist richtig, es handelt sich um einige ganz wenige Fälle. Alle Arten von Sterbehilfe werden letztlich nur von sehr wenigen Menschen in Anspruch genommen. Die Tatsache, dass es die Möglichkeit zur Sterbehilfe gibt,

# Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) wurde 1943 durch die fünf medizinischen und die zwei veterinärmedizinischen Fakultäten an den schweizerischen Universitäten sowie die Verbindung der Schweizer Ärzte FMH gegründet. Hauptaufgabe der unabhängigen Stiftung mit Sitz in Basel war damals die Forschungs- und Nachwuchsförderung. Heute verfolgt die SAMW mit ihren zwei Hauptprogrammen ,Medizin und Gesellschaft' und ,Medizinische Wissenschaft und Praxis' » Schwerpunkte in ethischen, berufspolitischen, Forschungsund Bildungsfragen. Weitere Infos: www.samw.ch.

ist aber für relativ viele Patienten wichtig. Gerade in der Onkologie erleben wir immer wieder, dass Patienten, nachdem sie eine Krebsdiagnose erfahren haben, fragen, ob wir ihnen allenfalls einmal beim Sterben helfen könnten. Wenn wir das bejahen, sind sie viel ruhiger und können mit ihrer Krankheit besser umgehen. Ich habe schon Patienten erlebt, die sich das Rezept für ein tödliches Medikament ausstellen liessen. Als sie es hatten, waren sie beruhigt, benutzten es aber nicht. Sie hatten aber die Sicherheit, aus dem Leben schieden zu können, wenn es einmal unerträglich werden sollte.

Amstad: Ich habe trotzdem Bedenken, die aktive Sterbehilfe zuzulassen. Denn ich befürchte, dass deren Anwendung dann ausgeweitet würde. Dass diese Befürchtung nicht aus der Luft gegriffen ist, zeigt das Beispiel Holland. Plötzlich wird auch Patienten mit einer schweren Depression oder allgemeinem Lebensüberdruss aktive Sterbehilfe geleistet.

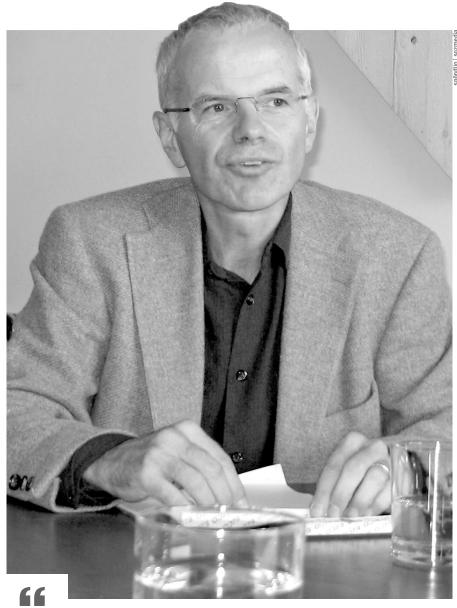
Cavalli: Um eine solche Ausweitung zu verhindern, könnte man die gesetzlichen Voraussetzungen entsprechend eng fassen. Festzuhalten ist, dass die aktive Sterbehilfe in Holland nach deren Legalisierung nicht zu-, sondern abgenommen hat. Das haben Umfragen unter der Ärzteschaft ergeben. Schon vorher war in Holland aktive Euthanasie gebräuchlich, einfach im rechtlichen Graubereich. Die Legalisierung hat dann dazu geführt, dass jeder Fall von aktiver Sterbehilfe gemeldet und dokumentiert werden muss. Deshalb weiss man in Holland inzwischen auch genau, was in Sachen Sterbehilfe geschieht.

# Spöndlin: Heisst das, über die in der Schweiz legal praktizierte Suizidhilfe liegen keine gesicherten Fakten vor?

Cavalli: Genau, die Suizidhilfe ist aber nicht einmal das Hauptproblem. Als problematisch empfinde ich vor allem, wie hierzulande oft die terminale Sedierung praktiziert wird. Da findet ein Behandlungsteam beispielsweise, ein Patient leide unerträglich. Ob dieser sterben will oder nicht, ist unklar. Falls er einmal einen Todeswunsch geäussert hat, ist dieser nirgends dokumentiert. Man verabreicht diesem Patienten dann Sedativa und beispielsweise Dormicum, bis er einschläft und schliesslich stirbt. Offiziell werden diese Medikamente zur Schmerzlinderung eingesetzt, wobei man als Nebenwirkung den Tod in Kauf nimmt. Das wird in der Schweiz als so genannt indirekt aktive Sterbehilfe geduldet (vgl. Box). In Holland gälte ein solches Vorgehen hingegen als aktive Euthanasie. Der Fall müsste gemeldet werden und zuvor wäre die Meinung eines zweiten Arztes oder einer zweiten Ärztin einzuholen. Damit ist die Respektierung des Patientenwillens eher gewährleistet als in der Schweiz. Die Gefahr der so genannten, slippery slope', der ethischen schiefen Ebene, kann man gesetzlich eindämmen, wenn der politische Wille dazu da ist. In der Schweiz ist diese Gefahr zurzeit sehr gross, weil eben wenig geregelt ist. Meine grosse Sorge ist, dass man hierzulande angesichts des hohen Spardrucks im Gesundheitswesen in Richtung einer sozialen Euthanasie gehen könnte, also einer Tötung von Menschen, weil sie zu hohe Kosten verursachen.

Spöndlin: Ist es richtig, dass in Holland zwar Ärztinnen und Ärzte aktive Sterbehilfe leisten dürfen, sofern sie die gesetzlichen Rahmenbedingungen einhal-

# dossier • sterbehilfe



Der heutige Mensch will tendenziell alles bestimmen und planen. Er kann schwer akzeptieren, dass sich die existenziellen Ereignisse am Anfang und Ende des Lebens kaum beeinflussen lassen. Hermann Amstad

ten. Ansonsten ist Sterbehilfe aber verboten. Was Exit und Dignitas bei uns tun, wäre nicht zulässig.

Cavalli: Das ist richtig. In Holland unterscheidet man nicht zwischen Suizidhilfe, aktiver Euthanasie und indirekt aktiver Sterbehilfe. Für alle diese Arten von Sterbehilfe gelten die gleichen Regeln. Sie sind den Ärzten vorbehalten, die bei einem anderen Arzt eine

Zeitmeinung einholen müssen. Zudem gibt es eine Dokumentations- und Meldepflicht.

Spöndlin: Sollte die Sterbehilfe in der Schweiz auch den Ärzten vorbehalten sein, einschliesslich der Hilfe zur Selbsttötung? Sollten nichtärztliche Suizidhelfer von Exit und Dignitas also nicht mehr tätig sein dürfen?

Cavalli: Ja, das ist mein Standpunkt. Ich denke damit würde am wirkungsvollsten verhindert, dass sich die Praxis der Sterbehilfe von ein ökonomische Überlegungen leiten lässt? Denn in die Ärztinnen und Ärzte habe ich nach wie vor grosses Vertrauen. Die allermeisten setzen sich vorbehaltlos für die Interessen ihrer Patientinnen und Patienten ein und lassen sich nicht durch Interessen der Politik, der Krankenkassen und der Angehörigen beeinflussen. Dies entspricht einem Berufsethos, das fast alle Ärzte tief verinnerlicht haben.

Amstad: Ich fände eine solche Beschränkung auf Ärztinnen und Ärzte falsch. Damit würde der Druck auf die Ärzteschaft siegen, Suizidhilfe anzubieten. Zur Suizidbeihilfe benötigt man nicht allzu viel ärztliches Wissen. Wenn sich unsere Gesellschaft entscheidet, die Suizidhilfe zuzulassen, kann sie auch regeln, über welche Kenntnisse die Suizidhelfer verfügen müssen, um beispielsweise die Urteilsfähigkeit der Sterbewilligen seriös abzuklären und das tödliche Medikament korrekt zu dosieren. Das müssen nicht zwingend Ärztinnen und

Cavalli: Es gibt verschiedene Tätigkeiten, die heute den Ärzten vorbehalten sind, die aber auch von anderen Personen ausgeübt werden könnten, wenn diese entsprechend ausgebildet wären. Das gilt nicht nur für den Bereich der Sterbehilfe, sondern auch für andere Leistungen des Gesundheitswesens. Sicher ist es denkbar, dass entsprechend ausgebildete Laien Sterbehilfe leisten. Ich bin aber überzeugt, dass es der Bevölkerung lieber ist, ein Arzt oder eine Ärztin tut das. Zu den Ärzten haben die Patienten meistens grosses Vertrauen, vor allem, wenn sie zu diesen in einer langjährigen Beziehung stehen.

Amstad: Es gibt eine weit verbreitete, nachvollziehbare Angst, beim Sterben leiden zu müssen. Auch in der erwähnten Umfrage der Universität Zürich kommt meines Erachtens diese Angst zum Ausdruck. Deshalb wollen viele Menschen sicher sein, notfalls schmerzlos sterben zu können. Zudem möchten sie beim Sterben von einer Person begleitet werden, der sie vertrauen. Das ist oft ihr Arzt oder ihre Ärztin. Deshalb verschliesst sich die Akademie auch nicht mehr dem Anliegen, dass Ärzte Suizidhilfe leisten.

# Spöndlin: Was war eigentlich der Grund, dass die Akademie die Suizidhilfe nicht als Teil der ärztlichen Tätigkeit sehen wollte?

Amstad: Die Ärzteschaft hat ihre Aufgabe immer in erster Linie im Heilen, Lindern und Begleiten gesehen. Der Kampf gegen den Tod war und ist ein zentrales Element der ärztlichen Tätigkeit. Den Tod eines Patienten sahen viele Ärzte als Niederlage an.

Cavalli: Diesbezüglich ist eine interessante Entwicklung zu beobachten. Als ich studierte, sprachen unsere Professoren nur von Krankheiten, die wissenschaftlich interessant waren oder die man heilen konnte. Begleitung und Betreuung interessierte sie nicht. Das war Sache der Krankenschwestern und des Pfarrers. In der Onkologie hat man in den 70er und 80er Jahren noch schwer belastende Therapien angewandt ohne Rücksicht auf die Befindlichkeit der Patienten. Inzwischen hat sich das geändert. Das palliative Denken hat Einzug gehalten, was der Pflege zu verdanken ist. Die Pflege hat palliative Behandlungsformen entwickelt und im Laufe der Zeit auch die Medizin dafür gewinnen können. Ebenfalls zu einer Veränderung hat diesbezüglich der Aufbruch von 1968 geführt. Mit diesem erhielt das Selbstbestimmungsrecht des Individuums eine viel grössere Bedeutung. Hergebrachte Autoritäten wurden in Frage gestellt, was auch zu Veränderungen im Arzt-Patienten-Verhältnis führte. Der Anspruch der Patienten, soweit möglich den Zeitpunkt des Todes zu bestimmen und nicht unnötig leiden zu müssen, hat auch damit zu tun. Wir sollten jedenfalls mehr darauf achten, wie wir den Patienten Leiden ersparen können, und vielleicht weniger, wie wir sie noch ein paar zusätzliche Tage oder Wochen am Leben erhalten.

Amstad: Die grosse Bedeutung des Individualismus spielt sicher eine Rolle. Ein anderes Element ist meines Erachtens ein gewisser Machbarkeitswahn. Der heutige Mensch will tendenziell alles bestimmen und planen. Er kann schwer akzeptieren, dass sich die existenziellen Ereignisse am Anfang und Ende des Lebens kaum beeinflussen lassen. Die Endphase einer Schwangerschaft ist meistens ein tagelanges Warten. Man weiss nie, «wann es soweit ist», und kann seine Tage nicht planen. Auch das Sterben eines alten Menschen kann so ablaufen, ich habe das selber Widmer-Schlumpf. Durch den Wechsel an der Departementsspitze wird sich die Vorlage, die für Dezember erwartet wurde, möglicherweise etwas verzögern. Dem Vernehmen nach hat der Bundesrat von seinen sehr restriktiven Ideen (vgl. Soziale Medizin 4.09 S. 16 oder http://www.sozialemedizin.ch/?p=896) nach dem Vernehmlassungsverfahren wieder Abstand genommen.

Sollte man bei der Beratung dieser Vorlage darauf drängen, dass die Suizidhil-

"

Dass zwischen den Erwartungen der Bevölkerung und dem professionellen Selbstverständnis einer bestimmten Berufsgruppe ein Spannungsfeld besteht, erscheint mir nicht aussergewöhnlich. Hermann Amstad

miterlebt. Man spürt, der Tod tritt bald ein, ob es bis dahin noch ein paar Wochen dauert oder nur einen Tag, weiss man nie. Und die Stunden, die man mit Warten verbringt, erscheinen einem als ewig. Diese Ungewissheit entspricht nicht mehr dem Selbstverständnis des modernen Menschen. Er möchte sozusagen «den Stecker ausziehen», und dann ist fertig, zum selbst bestimmten Zeitpunkt. Ich kann diese Haltung nachvollziehen, finde sie aber etwas technokratisch.

# Spöndlin: Das Entsprechende am Beginn des Lebens ist die zunehmende Anzahl von Geburten per Kaiserschnitt.

Cavalli: Genau, heutzutage wird der Geburtstermin oft genau geplant, deshalb die grosse Anzahl von Kaiserschnitten. Man kann natürlich sagen, früher war Verschiedenes besser. Aber damit verbleibt man in einer resignierten Haltung. Einem übertrieben Machbarkeitswahn sollte man allerdings nicht Vorschub leisten.

Spöndlin: Kommen wir zur Tagespolitik! Der Bundesrat will ja demnächst einen Gesetzesentwurf zur Regulierung der Suizidhilfe vorlegen. Neu ist Bundesrätin Sommaruga dafür zuständig, sie übernimmt dieses Dossier von Bundesrätin

# fe den Ärzten vorbehalten wird? Könnte das mehrheitsfähig sein?

Cavalli: Wie schon gesagt, trete ich dafür ein, dass die Sterbehilfe den Ärzten vorbehalten ist. Ich glaube allerdings nicht, dass Simonetta Sommaruga so etwas vorschlagen wird. Ein solcher Vorschlag hätte im jetzigen Gesetzgebungsprozess wohl ohnehin nur eine geringe Chance. Vordringlicher finde ich, dass die Suizidihilfe als Teil der ärztlichen Tätigkeit anerkannt wird. Dann werden die Ärzte diese Leistung tatsächlich vermehrt anbieten und Organisationen wie Exit und Dignitas werden mit der Zeit überflüssig.

Amstad: Zurzeit würde sich die Ärzteschaft dagegen wehren, von Gesetzes wegen eine solche Aufgabe zugewiesen zu erhalten. Was es nach unserer Ansicht gegenwärtig braucht, ist eine Aufsichtsgesetzgebung über die Sterbehilfeorganisationen. Denn in diesem Bereich gibt es Ungereimtheiten. Ansonsten drängt sich nach Ansicht der Akademie keine Neuregelung der Sterbehilfe auf. Die Ärzteschaft kommt damit selbstverantwortlich zurecht.

Spöndlin: Hermann Amstad und Franco Cavalli, besten Dank für dieses Gespräch.



# Die Rechtslage in der Schweiz

rsp. Die Schweiz ist in Sachen Sterbehilfe ein liberales Land. Die Hilfe zur Selbsttötung ist hierzulande straflos. Dies ergibt sich aus Artikel 115 des schweizerischen Strafgesetzbuchs, der folgenderweise lautet: «Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.» Aus dieser kurzen Gesetzesbestimmung kann man folgern, dass Hilfe zur Selbsttötung straffrei ist, wenn sie nicht aus selbstsüchtigen Beweggründen erfolgt.

Die schweizerische Regelung der Hilfe zur Selbsttötung ist im internationalen Vergleich einzigartig. In Deutschland beispielsweise gibt es keine Gesetzesbestimmung dazu. Folglich ist die Hilfe zur Selbsttötung grundsätzlich ebenfalls straflos. Ärzte, Pflegende, Vormünder, Erziehungsberechtigte und andere in engem Kontakt mit einem sterbewilligen Menschen stehende Personen riskieren allerdings dennoch eine Bestrafung, wenn sie Hilfe zur Selbsttötung leisten. Denn sie sind nach einer weit verbreiteten Rechtsauffassung zur Not-

hilfe verpflichtet und müssen somit alles unternehmen, um den Eintritt des Todes zu verhindern. Damit sind der Suizidhilfe enge Grenzen gesetzt. Eindeutig ist die Rechtslage in Österreich. Dort ist Hilfe zur Selbsttötung in jedem Fall strafbar. Das Gleiche gilt in den Niederlanden.

# Insgesamt lässt sich die Rechtslage in der Schweiz folgenderweise zusammenfas-

- Wie schon erwähnt, ist die Beihilfe zur Selbsttötung straflos.
- Zulässig ist die passive Sterbehilfe. Darunter versteht man das Unterlassen oder Beenden von lebenserhaltenden Massnahmen. Das Gesetz enthält keine Vorschriften dazu. Die Rechtslehre geht jedoch davon aus, dass jeder Mensch das Recht hat, eine ärztliche Behandlung abzulehnen, selbst wenn sein Überleben davon abhängt. Ist der betroffene Mensch nicht in der Lage, seinen Willen zu äussern, darf der Entscheid über den Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen aufgrund seines mutmasslichen Willens gefällt werden. Diesen können die ÄrztInnen beispielsweise im Gespräch mit Angehörigen ermitteln. Hat der betroffenen Mensch im voraus in

einer Patientenverfügung auf lebenserhaltende Massnahmen verzichtet, ist dies zu respektieren, ausser es bestehen Anzeichen dafür, dass die Verfügung nicht mehr seinem aktuellen Willen entspricht.

- Ebenfalls zulässig ist die so genannt indirekt aktive Sterbehilfe. Darunter versteht man Massnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität - etwa zur Schmerzbekämpfung – , die als Nebenwirkung das Sterben beschleunigen. Die juristische Begründung lautet ähnlich wie bei der passiven Sterbehilfe. Das Gesetz enthält keine Bestimmungen
- Die aktive Sterbehilfe, die Tötung auf Verlangen, ist gemäss Gesetz strafbar. Sie wird allerdings nicht so streng bestraft wie andere Tötungsdelikte. Laut Artikel 114 des Strafgesetzbuchs gilt sie – sofern sie aus achtenswerten Beweggründen erfolgt - als sogenannt privilegierter Straftatbestand, auf den nur eine Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu 3 Jahren steht.

Eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe nach niederländischem Vorbild stand in der Schweiz schon ernsthaft zur Diskussion. Im Jahre 1994 reichte SP-Nationalrat Victor Ruffy eine entsprechende Motion ein. Das Plenum des Nationalrats überwies diese zwei Jahre später in der abgeschwächten Form eines Postulats. Das Eidgenössische Justiz und Polizeidepartement setzte daraufhin eine Arbeitsgruppe ein, die im März 1999 mit knapper Mehrheit empfahl, aktive Sterbehilfe unter gewissen Voraussetzungen nicht mehr zu bestrafen. Der Bundesrat schloss sich dann allerdings nicht der Meinung der Arbeitsgruppe an. Im Juli 2000 verabschiedete er einen Bericht ans Parlament, in welchem er sich gegen jede Lockerung des Verbots der Tötung auf Verlangen aussprach. Um die Forderung nach einer Legalisierung zu unterstützen, reichte der damalige SP-Nationalrat Franco Cavalli im September 2000 zudem eine parlamentarische Initiative ein, mit welcher er eine Strafbefreiung der aktiven Sterbehilfe durch Ärztinnen und Ärzte forderte, dies aber unter klar definierten Bedingungen und in besonderen Situationen. Im Dezember 2001 lehnte der Nationalrat Cavallis Initiative jedoch ab.



Gesetzliche Grundlage

# Die heutige Regelung genügt

Die Redaktionsgruppe Soziale Medizin lehnt restriktivere gesetzliche Leitplanken für die organisierte Sterbehilfe ab, obwohl oder gerade weil sie dieser Tätigkeit sehr kritisch gegenüber steht. Das Parlament wird sich in nächster Zeit mit einem solchen Gesetzesentwurf befassen.

emäss Art. 115 des Strafgesetzbuchs (StGB) ist Beihilfe zur Selbsttötung in der Schweiz strafbar, wenn sie aus «selbstsüchtigen Beweggründen» erfolgt. Daraus zieht man den Umkehrschluss, dass sie in allen anderen Fällen nicht bestraft wird. Diese rechtliche Ausgangslage ermöglicht Vereinigungen wie "Dignitas" und ,Exit' die organisierte Hilfe zur Selbsttötung.

Schon vor längerer Zeit haben verschiedene Parlamentarier verlangt, die organisierte Hilfe zur Selbsttötung restriktiveren gesetzlichen Regeln zu unterwerfen, etwa durch die Einführung einer Bewilligungspflicht für Sterbehilfeorganisationen. Auch die Nationale Ethikkommission im Humanbereich äusserte sich in diesem Sinne (vgl. Soziale Medizin 1.07 S. 59). Solange Christoph Blocher im Bundesrat für dieses Thema zuständig war, lehnte er eine Änderung der heutigen Gesetzesbestimmungen über die Sterbehilfe jedoch ab. Und das fanden wir von der Redaktionsgruppe der Sozialen Medizin grundsätzlich richtig.

#### Pattsituation im Bundesrat

Nach der Abwahl von Christoph Blocher änderte sich die Haltung der Landesregierung in dieser Frage allerdings. Bundesrat Pascal Couchepin sprach sich für einen ganz restriktiven Kurs aus und wollte die organisierte Freitodhilfe, wie sie "Exit' und "Dignitas' anbieten, völlig verbieten. Hans-Rudolf Merz und Ueli Maurer sollen sich ihm angeschlossen haben. Doris Leuthard sei neutral geblieben und die übrigen drei Bundesratsmitglieder plädierten wohl für eine mehr oder weniger weitgehende Regelung der Sorgfaltspflichten bei der organisierten Freitodhilfe, insbesondere die zuständige Departementsvorsteherin Eveline Widmer-Schlumpf.

Als Ergebnis dieser Pattsituation legte der Bundesrat im Oktober 2009 zwei Varianten für eine Gesetzesänderung vor und eröffnete ein Vernehmlassungsverfahren dazu. Die eine Variante war das Totalverbot. Artikel 115 des Strafgesetzbuchs sollte ergänzt werden, dass Beihilfe zur Selbsttötung aus «selbstsüchtigen Beweggründen oder im Rahmen einer Suizidhilfeorganisation» strafbar ist.

Die andere Variante waren strengere Sorgfaltspflichten bei der Freitodhilfe. Etwa eine lückenlose Dokumentation des Suizidhilfeprozesses, die ausschliessliche Verwendung ärztlich verordneter Medikamente, die Prüfung der Dauerhaftigkeit des Sterbewunsches sowie, dass dem sterbewilligen Menschen Alternativen zum Suizid dargelegt werden. Dazu kamen zwei Vorschläge, welche die Tätigkeit von "Exit' und "Dignitas' entscheidend erschweren würden. Nämlich dass die Urteilsfähigkeit eines sterbewilligen Menschen durch ein ärztliches Gutachten bescheinigt werden muss und dass die organisierte Suizidhilfe nur noch Menschen geleistet werden darf, die ohnehin bald sterben würden. Und diese Tatsache müsste ebenfalls durch ein medizinisches Gutachten bestätigt werden. Insofern war auch die zweite Variante sehr restriktiv.

#### Parteien wollen nichts ändern

Im anschliessenden Vernehmlassungsverfahren gingen unterschiedliche Stellungnahmen ein. Einige sprachen sich für das Totalverbot aus, andere für strengere Sorgfaltspflichten. Ausser CVP und EVP sollen die politischen Parteien allerdings dafür plädiert haben, die heutige Rechtslage beizubehalten.

Demnächst will der Bundesrat dem Parlament nun seinen definitiven Gesetzesentwurf vorlegen. Ursprünglich hiess spruch nehmen darf. Dies soll aber immer ein Ausnahmefall sein, in welchem die speziellen Umstände sorgfältig abgewogen werden. Die Hilfe zur Selbsttötung darf nicht zur Routine werden.

Wenn diese Hilfe genau reglementiert wird, besteht aber gerade die Gefahr, dass sie zu einem bürokratischen Routineakt wird. Das Einholen der vorgeschriebenen Gutachten und das Ausfüllen der Formulare lenkt dann schnell einmal von der wesentlichen Frage ab, wieso der betreffende Mensch nicht sterbewillige Mensch urteilsfähig ist. Ist die Urteilsfähigkeit zu verneinen, handelt es sich nach vorherrschender Rechtslehre nicht um eine Selbsttötung, sondern um eine strafbare mittelbare Fremdtötung.

Ebenfalls verhindern lässt sich nach heutigem Recht, dass Vertrauensärzte von Sterbehilfeorganisationen Rezepte für tödliche Medikamente ausstellen, ohne die betroffene Patientin oder den Patienten persönlich gesehen zu haben. Bei diesen Medikamenten handelt es sich um Betäubungsmittel, die einer verschärften Rezeptpflicht unterstehen. Die Verschreibung eines solchen Mittels ohne eingehendes Gespräch mit den betroffenen Menschen stellt eine schwerwiegende Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht dar, gegen welche die Kantonsärztinnen und -ärzte einschreiten können.

# "

Wir haben zwar nichts dagegen, dass ein Mensch seinem Leben aus eigenem Willen ein Ende setzen und dazu auch Hilfe in Anspruch nehmen darf. Dies soll aber immer ein Ausnahmefall sein. in welchem die speziellen Umstände sorgfältig abgewogen werden.

es einmal, dies solle im Dezember 2010 der Fall sein (vielleicht liegt der Entwurf also schon vor, wenn diese Ausgabe der Sozialen Medizin erscheint). Der Wechsel von Eveline Widmer-Schlumpf zu Simonetta Sommaruga an der Spitze des zuständigen Departements könnte jedoch zu einer gewissen Verzögerung führen.

# Soziale Medizin: Keine Routine!

Obwohl wir der organisierten Suizidhilfe sehr kritisch gegenüber stehen, treten auch wir von der Redaktionsgruppe Soziale Medizin dafür ein, die heutige Rechtslage beizubehalten. Wir haben zwar nichts dagegen, dass ein Mensch seinem Leben aus eigenem Willen ein Ende setzen und dazu auch Hilfe in Anmehr leben will. Das Beachten der gesetzlichen Auflagen kann zudem als staatliches Gütesiegel verstanden werden. Deshalb möchten wir am heutigen Zustand gar nichts ändern.

Zu viel Bürokratie und Reglementierung führen im sensiblen Bereich der Sterbehilfe nicht zu einer humaneren Praxis und behindern das Selbstbestimmungsrecht beim Sterben. Gerade die Regelung der aktiven Euthanasie in den Niederlanden ist diesbezüglich ein negatives Beispiel.

Nach unserer Ansicht genügt der heutige Artikel 115 des Strafgesetzbuches, der Beihilfe zur Selbsttötung nur unter Strafe stellt, wenn sie «aus selbstsüchtigen Beweggründen» erfolgt. Diese offene Formulierung zwingt alle Suizidhelfer, sich jedes Mal neu zu fragen, ob ihre Motive selbstlos sind und ob der

## Der umstrittene Sterbetourismus

Es gibt Stimmen, die lediglich den so genannten Sterbetourismus gesetzlich unterbinden wollen. Dazu könnte die Suizidhilfe für im Ausland wohnhafte Personen verboten werden. Das wäre ethisch aber kaum zu rechtfertigen. Denn wenn der schweizerische Gesetzgeber eine zentrale strafrechtliche Weichenstellung vornimmt, muss diese für alle Menschen gelten, unabhängig von ihrem Wohnsitz. Unterschiedliches Recht für In- und Ausländer ist grundsätzlich nur auf der Ebene verwaltungsrechtlicher Bestimmungen vertretbar, wenn es eine Notwendigkeit dafür gibt (in Wirklichkeit gibt es in der Schweiz allerdings zahlreiche, eigentlich nicht zu rechtfertigende Ungleichheiten zwischen In- und Ausländern).

Der Sterbetourismus irritiert vor allem dann, wenn gewisse sterbewillige Menschen in die Schweiz reisen und nach wenigen Stunden schon tot sind. In diesen Fällen stellt sich zurecht die Frage, ob die Ernsthaftigkeit des Todeswunsches und die Urteilsfähigkeit sorgfältig genug abgeklärt wurden. Sollten es die Sterbehelfer dabei zu wenig genau nehmen, riskieren sie jedoch schon nach heutigem Recht eine Bestrafung wegen mittelbarer Fremdtötung.

RUEDI SPÖNDLIN

# «Der allerletzte Ort, wo man hingehen würde»

Migranten bringen häufig ein anderes Krankheitsverständnis mit

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) engagiert sich für Migrantinnen und Migranten mit psychischen Belastungen. Dazu ein Interview mit der Ethnologin Anke Kayser.

Interview: Tanya Kasper Wicki

Anke Kayser, Ethnologin (M.A.), ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Dozentin für das Thema Migration, Gesundheit und transkulturelle Kompetenz im Departement Gesundheit und Integration beim Schweizerischen Roten Kreuz (SRK).

Tanya Kasper Wicki: Frau Kayser, Sie sind als Expertin im Bereich Migration und Gesundheit beim SRK tätig. Welche Ansätze verfolgt das SRK, um besonders verletzliche Gruppen und insbesondere Migrantinnen und Migranten zu unterstützen und die gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern, vor allem im Bereich der psychischen Gesundheit?

Anke Kayser: Die gesundheitliche Chancengleichheit für vulnerable Gruppen zu fördern, ist eine komplexe Aufgabe. Deswegen verfolgt das SRK einen integrativen, multisektoralen Ansatz und agiert auf mehreren Handlungsebenen gleichzeitig. Dazu zählen erstens unterschiedliche Angebote und Dienstleistungen, die sich direkt an die Zielgruppe wenden, wie zum Beispiel zielgruppengerecht gestaltete Informationen, Aufklärung und Informationsvermittlung, die die interaktive Gesundheitskompetenz von Migrantinnen und Migranten stärken.

Eine zweite Ebene ist die Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen des Gesundheitssektors in Bezug auf transkulturelle Kompetenz. Diese professionelle Fähigkeit ist eine zentrale Schlüsselqualifikation, um die Qualität auch in der Behandlung, Betreuung und Pflege von Migrantinnen und Migranten zu sichern und damit Chancengleichheit zu gewährleisten.

Drittens gilt es, nicht nur die individuellen Kompetenzen zu stärken und zu entwickeln. Chancengleichheit im Gesundheitsbereich kann nur erreicht werden, wenn Instititutionen im Gesundheitssektor sich transkulturell wandeln. Das heisst, sie müssen ein Diversity Management top-down umsetzen, um so auf der strukturellen Ebene Bedingungen zu schaffen, die es erlauben, die Bedürfnisse von unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen angemessen zu berücksichtigen. Hier bieten wir Unterstützung und Beratung im Prozess der transkulturellen Organisationsentwicklung

Transkulturelle Kompetenz bedeutet, auf die individuelle Lebenswelt von Patientinnen und Patienten eingehen zu können und eine entsprechend angepasste Pflege und Betreuung zu gewährleisten. Dazu ist migrationsspezifisches und transkulturelles Hintergrundwissen nötig. Gleichzeitig ist auch die Auseinandersetzung mit eigenen Wertvorstellungen und der eigenen Herkunft von Bedeutung - sie prägen die Begegnung mit Migrantinnen und Migranten in hohem Mass. In der letzten Dekade

wurde das Paradigma der transkulturellen Kompetenz weiterentwickelt und in Teilen des Gesundheitssektors implementiert, vor allem in der Aus- und Weiterbildung für Pflegefachpersonen. Dieser Prozess ist noch längst nicht abgeschlossen und sollte auf weitere Berufsgruppen und Fachdisziplinen des Gesundheitswesens ausgedehnt werden (vgl. www.transkulturelle-kompetenz.ch).

Kasper: Mit welchen Herausforderungen sind Fachpersonen konfrontiert, im Gesundheitsbereich allgemein und im Bereich der psychischen Gesundheit im Besonderen?

Kayser: Die Behandlung, Pflege und Therapie von Migrantinnen und Migranten gehört heute zum Arbeitsalltag von Fachpersonen. Doch häufig wissen die Behandelnden wenig über die Lebenssituation in der Migration sowie über mögliche migrationsspezifische Risikofaktoren für die Gesundheit. Sprachliche Barrieren erschweren die Verständigung und den Beziehungsaufbau. Hinzu kommt, dass Migrantinnen und Migranten häufig ein anderes Krankheitsverständnis mitbringen und die Fachpersonen mit ganz bestimmten Rollen- und Therapieerwartungen konfrontieren. Gleichzeitig werden Wahrnehmung und Beurteilung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund durch die Fachpersonen von stereotypen Bildern und Vorurteilen beeinflusst. Deswegen ist die professionelle Selbstreflexion ein Pfeiler der transkulturellen Kompetenz, denn sie hilft Fachpersonen, Stereotypisierung und Kulturalisierung zu erkennen und zu überwinden und die individuelle Situation der Patientin / des Patienten zu erfassen.

Kasper: Manche Migrantinnen und Migranten haben ein sehr hohes Risiko, an einer Depression zu erkranken. Warum werden psychische Erkrankungen bei ihnen oft (zu) spät entdeckt? Wo und warum gibt es Zugangsbarrieren zur psychologischen und psychiatrischen Betreuung und Behandlung?

Kayser: Zunächst einmal sind psychische Krankheiten und Depression ein sehr sensibles Thema, übrigens nicht nur für Migrantinnen und Migranten. Psychische Krankheiten sind mit einem Stig-



ma belegt, was häufig auch mit Erfahrungen und gesellschaftlichen Bildern und Vorstellungen aus den Herkunftsländern zusammenhängt. In einem Workshop zum Thema psychische Gesundheit hat es ein Teilnehmer so ausgedrückt: Psychiatrische Kliniken sind in vielen Ländern die Aufbewahrungsanstalten für die «schwer Irren». Es ist der allerletzte Ort, wo man hingehen würde.

Es fällt den Menschen auch schwer, über das Erleben der Depression zu sprechen, weil eine Depression nicht als Krankheit wahrgenommen wird. Hier spielen subjektive, soziokulturell geprägte Erklärungsmodelle eine grosse

Rolle, denn sie beeinflussen das Erleben einer Depression. So können beispielsweise somatische Symptome im Vordergrund stehen und die affektiven Hauptmerkmale einer Depression gemäss ICD 10 überlagern. Das führt dazu, dass auch Fachpersonen häufig zunächst nicht an eine Depression denken und die Betroffenen erst nach langwierigen somatischen Abklärungsprozessen psychiatrisch und psychotherapeutisch behandelt werden. Gleichzeitig können Patientinnen und Patienten nicht verstehen, dass eine psychische Krankheit körperliche Schmerzen verursachen kann und fühlen sich von den Fachpersonen nicht ernst genommen. Hier erschweren sprachliche Kommunikationsbarrieren die Situation. Das macht deutlich, dass Fachpersonen zusätzliche Ressourcen benötigen.

## Kasper: Was meinen Sie damit? Um welche Ressourcenhandelt es sich?

Kayser: Wie ich eingangs erläutert habe, sollte ein transkultureller Wandel in den Institutionen umgesetzt werden. Dazu gehört die Weiterbildung für Fachpersonen im Bereich der transkulturellen Kompetenz als Antwort auf die Anforderungen, die eine sich verändernde Gesellschaft - und damit auch ein sich verändernder Gesundheitsbereich - stellt. Es genügt aber nicht, dass

Der Fachbereich Bildung Fachpersonen im SRK verfügt über ein breites Bildungs- und Beratungsangebot, um die transkulturelle Kompetenz von Fachpersonen zu erweitern sowie den transkulturellen Wandel von Institutionen zu unterstützen. Die Bildungsangebote finden sich auf der Webseite www. transkulturelle-kompetenz.ch.

Kasper: Können Sie ein konkretes Beispiel für migrationsspezifisches Informationsmaterial aus dem Bereich der psychischen Gesundheit nennen?

Kayser: Ja, beispielsweise haben wir im SRK in Zusammenarbeit mit Pro Mente Sana eine Broschüre mit InforBündnis. Um die Früherkennung und Prävention von Depressionen auch im Migrationskontext zu fördern, hat das SRK die Broschüre im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit migrationsspezifisch überarbeitet und Empfehlungen für Fachpersonen sowie die Bündnispartner entwickelt.<sup>2</sup>

## Kasper: Worauf sollte man achten, wenn man Broschüren migrationsspezifisch überarbeitet?

Kayser: Es geht nicht einfach darum, eine Broschüre in eine andere Sprache zu übersetzen. Migrationsspezifische Überarbeitung bedeutet erstens, die Zielgruppe von Anfang an in die Bedarfs- und Bedürfnisanalyse einzubeziehen. Die Inhalte sollten migrationsspezifisch erweitert werden, Aufbau und Struktur sollten didaktischen Grundprinzipien folgen und der Zielgruppe sowie dem Thema angemessen sein. Das Layout entscheidet darüber, ob das Informationsmedium positiv aufgenommen wird. Hier spielt das Bildmaterial eine sehr grosse Rolle. Oft sehen wir in Informationsbroschüren nur Fotos von «autochthonen» Schweizern und Schweizerinnen. Wie sollen sich da Migrantinnen und Migranten auch angesprochen fühlen? Oder es werden Bilder verwendet, die Werte und Normen verletzen können. Auf der Webseite www. migesplus.ch/Dienstleistungen/Anleitungen sind Qualitätskriterien aufgeschaltet, die wir aufgrund unserer Erfahrungen in der migrationsspezifischen Überarbeitung zusammengestellt haben. Übrigens werden die migrationsspezifisch überarbeiteten Broschüren auch von einer breiten schweizerischen Bevölkerung meist besser verstanden, weil sich nämlich gängige Broschüren doch häufig an die gut gebildete Mittelschicht richten.

In Zusammenarbeit mit dem BAG bietet das SRK die Internetplattform www.migesplus.ch an. Die Webseite bietet eine Übersicht über diverse Gesundheitsinformationen für Migrantinnen und Migranten in mehreren Sprachen: Mehrsprachige Ratgeber, Broschüren, Videos, DVDs und andere Materialien. Im Bereich Psyche und Krisenbewältigung werden mehrere Broschüren als Gratis-Download angeboten. Die Plattform richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheits-, Sozial-

Übrigens werden die migrationsspezifisch überarbeiteten Broschüren auch von einer breiten schweizerischen Bevölkerung meist besser verstanden, weil sich nämlich gängige Broschüren doch häufig an die gut gebildete Mittelschicht richten.

Fachpersonen gut ausgebildet sind und über themenspezifisches Hintergrundwissen verfügen. Sie benötigen zusätzliche Ressourcen wie professionelles transkulturelles Dolmetschen, um die gegenseitige Verständigung und das Verständnis sicherzustellen und damit überhaupt die Grundlage für Behandlung, Pflege und Therapie zu schaffen. Und Zeit zu haben für das Gespräch, gegebenenfalls im sogenannten Trialog mit einem professionellen Dolmetschenden, ist eine wichtige Ressource. Die Zeit, die zu Beginn einer Abklärung und Behandlung investiert wird, zahlt sich meiner Ansicht nach aus, weil dadurch unnötige Folgekosten vermieden werden können. Ebenfalls von Bedeutung für eine angemessene Behandlung ist migrationsspezifisch überarbeitetes Informations- und Aufklärungsmaterial, das in den Migrationssprachen vorliegt und von Fachpersonen abgegeben werden kann.

mationen rund um seelische Krisen und psychische Erkrankung überarbeitet und in verschiedene Sprachen übersetzen lassen. Die Broschüre «Seelische Krise - was tun?» informiert unabhängig über die verschiedenen Handlungsmöglichkeiten und Behandlungsarten sowie Hilfsangebote. Sie richtet sich an die gesamte Bevölkerung und schliesst explizit die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten ein. Da es weder im Tessin, noch in der Romandie eine Grundlagenbroschüre gibt, hat Pro Mente Sana das Informationsblatt zusätzlich in diese Landessprachen übersetzt; denn wie bereits erwähnt, besteht auch bei den Fachpersonen ein Bedarf an fremdsprachigem Informationsmaterial.1

Ein weiteres Beispiel ist die Broschüre «Depression kann jede/n treffen» des «Bündnis gegen Depression». Diese Broschüre ist Bestandteil der Informations- und Aufklärungskampagne des

# dossier • migration



die in der Schweiz existierenden Anlaufstellen. Die Broschüre richtet sich an MigrantInnen, Fachpersonen sowie Institutionen im Gesundheits- und Sozialwesen. Sie ist kostenlos und in 18 Sprachen erhältlich.

#### Links:

www.migesplus.ch www.transkulturelle-kompetenz.ch www.redcross-edu.ch www.redcross.ch/info/dossier/dossier-de. php?dossier id=39 www.redcross.ch/activities/health/ambu/inwww.redcross.ch/activities/health/sanspapier/index-de.php

www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/ 03923/index.html?lang=de

#### Anmerkungen

1 Sie steht auf folgender Internetseite zur Verfügung: www.migesplus.ch/Publikationen/ Psvche & Krise

2 Sie steht auf folgender Internetseite zur Verfügung: www.migesplus.ch/Publikationen/ Psyche & Krise

3 Es handelt sich dabei um eine Literaturstudie und Bestandesaufnahme sowie um eine Umfrage zur Tabak- und Alkoholprävention bei der Schweizer Migrationsbevölkerung (vgl. Webseite: www.transkulturelle-kompetenz.ch/Gesundheitsförderung/Alkohol- und Tabakprävention ).

und Bildungsbereich, an Migrantinnen und Migranten sowie an Interessierte.

Kasper: Mit der Bereitstellung von Informationsmaterial allein ist es wohl noch nicht getan.

Kayser: Nein, natürlich nicht. Migrationsspezifische Aufklärung bedeutet nicht nur, Informationsmaterial zu entwickeln und Broschüren zu übersetzen, sondern zu überlegen, wie man die Distribution gestaltet. Auch hier gilt es migrationsspezifische Kanäle zu nutzen, die Information und Aufklärung sollte einen aufsuchenden Charakter mit mündlicher Informationsvermittlung haben. Beispielsweise haben wir konkrete Empfehlungen für die Bündispartner entwickelt.

Ähnlich ist es im Bereich der Alkohol- und Tabakprävention, denn auch

dort ist der Zugang zu den Angeboten für die Migrationsbevölkerung erschwert. Es geht also darum, den Zugang zu Präventionsangeboten so zu gestalten, dass Migrantinnen und Migranten einbezogen werden. Das zeigt eine Studie des SRK zu Angeboten der transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung.3

Auch der «Gesundheitswegweiser Schweiz», eine Informationsbroschüre über das Schweizer Gesundheitssystem, die gerade überarbeitet wird, spricht diese verschiedenen Themen an. Der Wegweiser gibt Auskunft zur medizinischen Versorgung, zu Gesetzen und Regelungen und zeigt auf, was im Fall von Krankheit und Unfall zu tun ist beziehungsweise an wen man sich wenden soll. Er enthält Informationen zum Thema psychische Gesundheit und erwähnt

Baer, N., Cahn, T.: (2009): Psychische Gesundheitsprobleme. In: Meyer, K.: Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht Huber Bern: 211-230

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2004): Psychische Gesundheit. Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der

Bevölkerung in der Schweiz. Köniz bei Bern. Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2007): Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des Gesundheitsmonitorings der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Köniz bei Bern.

Besic, O., Bisegger, C. (2009): Gesundheitskompetenz im Migrationskontext – Auf dem Weg zur gesundheitlichen Chancengleichheit.In:Schweizerisches Rotes Kreuz:Gesundheitskompetenz. Zwischen Anspruch und Umsetzung. Se Zürich: 179-199.

Borde, T., David, M. (2007) (Hrsg.): Migration und Psychische Gesundheit. Frankfurt a. M., Mabuse.

Domenig, D. (2004) Transkulturelle Kompetenz schnittaufgabe. In: Departement Migration, Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.), Migration eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Zürich, Seismo Ver-

Haasen, C. (2007): Psychische Störungen im Migrationskontext. In: Domenig, D. (Hrsg.), Transkulturelle Kompetenz. Ein Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern, Huber: 487-501.

Knöpfel, C., Villiger, S. (2009): Armut macht krank: Warum gesellschaftliche Verhältnisse die Gesundheit prägen. Caritas-

# In der Gesellschaft lässt sich ein wachsender Graben beobachten

Sozialer Ausschluss und psychische Belastung sind eng miteinander verknüpft. Der folgende Beitrag versucht am Beispiel der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz sowohl gesellschaftliche Herausforderungen als auch integrierte Lösungsansätze aufzuzeigen. Zudem gibt er einen Einblick in die Projekte und Dienstleistungen des SRK zur Unterstützung psychisch belasteter Migrantinnen und Migranten.

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) setzt sich gemäss seinen humanitären Grundsätzen dafür ein, dass die Gesundheit von benachteiligten Menschen erhalten, wiederhergestellt und gefördert sowie ihre gesellschaftliche Integration unterstützt wird. Die verletzlichsten Menschen sind seit jeher die explizite Zielgruppe der Rotkreuzbewegung. Dazu zählen vor allem Menschen, deren Gesundheit geschädigt oder bedroht ist sowie Menschen, die von sozialer Ausgrenzung betroffen sind. Die achte nationale Fachtagung des Schweisonen nicht selten in die Armut, denn ohne angemessene Hilfe besteht für sie ein hohes Armutsrisiko. Allgemein leiden Menschen, die psychisch erkrankt sind, eben so sehr an der Stigmatisierung aufgrund ihrer Krankheit wie an ihrer eigentlichen Krankheit. Bei älteren Menschen verstärkt die Wechselwirkung von Verlusterfahrungen (Gesundheit, Beziehungsnetz) und Schicksalsschlägen das Risiko, an einer Depression zu erkranken.

Heute stehen nicht genügend Ressourcen unseres Gesundheitssystems für die Bekämpfung psychischer Belastungen und Krankheiten zur Verfügung. Psychische Erkrankungen wie Ängste und Depressionen werden zu spät diagnostiziert und oft nicht adäquat behandelt. Das gilt besonders für Jugendliche. Die rechtzeitige Behandlung von psychischer Erkrankung wäre jedoch ein wesentlicher Hebel, um ein Abgleiten an den Rand der Gesellschaft

ozialer Status, gesellschaftliche Integration und Gesundheit stehen miteinander in einem engen Zusammenhang. Wer von der Gesellschaft ausgegrenzt wird, hat ein hohes Risiko, körperlich oder psychisch krank zu werden. Armut gefährdet die gesellschaftliche Integration - und armutsbetroffene Menschen sind weniger gesund und sterben früher als Menschen, die über eine gute Bildung sowie über eine ökonomisch und sozial gesicherte Position verfügen. Umgekehrt werden kranke Menschen, vor allem psychisch Belastete, häufig stigmatisiert und ausgegrenzt und tragen ein grösseres Armutsrisiko als Gesunde. Wer aus gesundheitlichen Gründen keiner Arbeit mehr nachgehen kann, verliert oft seine Existenzgrundlage. Die genannten Zusammenhänge sind empirisch erwiesen und sind in der Schweiz eine Realität. In der Gesellschaft lässt sich ein wachsender Graben beobachten: Der eine Teil der Bevölkerung ist gesund, privilegiert und integriert, während der andere kränker und ärmer wird. Zu den betroffenen Bevölkerungsgruppen gehören beispielsweise Migranten und Migrantinnen, ältere Menschen mit tiefem Einkommen, ausgesteuerte Arbeitslose und nicht zuletzt psychisch Kranke.

"

Sozialer Status, gesellschaftliche Integration und Gesundheit stehen miteinander in einem engen Zusammenhang. Wer von der Gesellschaft ausgegrenzt wird, hat ein hohes Risiko, körperlich oder psychisch krank zu werden.

zerischen Roten Kreuzes (SRK) vom 23. September 2010 in Bern zum Thema «Sozial ausgegrenzt – psychisch krank» widmete sich den oben erwähnten Zusammenhängen zwischen Armut, Ausgrenzung und psychischer Gesundheit. Sie leistete damit einen Beitrag zum Europäischen Jahr gegen soziale Ausgrenzung und Armut.

# Stigmatisierung psychisch kranker Menschen

Ein Grund für die Ausgrenzung psychisch kranker Menschen ist die gesellschaftliche Stigmatisierung und ihre Folgen. Als vom Arbeitsmarkt Ausgegrenzte schlittern psychisch kranke Perzu verhindern. Solange die politischen Entscheidungsträger nicht ernsthaft bereit sind, psychische Krankheiten mit körperlichen Krankheiten gleichzustellen, bleibt die Stigmatisierung der betroffenen Menschen eine kaum überwindbare Hürde für ihre Reintegra-

Reintegration und Rehabilitation von psychisch kranken Menschen sind zwar möglich, aber erfordern viel Zeit, häufig sogar Jahre. Wichtig ist die Bereitstellung einer Arbeitsumgebung, die auf psychisch Kranke Rücksicht nimmt. Ein weiteres Mittel ist individuelles Coaching. Zentral ist auch, ressourcenorientiert mit Betroffenen zu arbeiten anstatt, die Krankheit in den Mittelpunkt zu stellen.

# Psychische Gesundheit und Migration

Die psychische Gesundheit von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz ist schlechter als die der «autochthonen» Bevölkerung. Das betrifft das psychische Wohlbefinden im Vorfeld manifester psychiatrischer Erkrankungen ebenso wie diagnostizierte psychische Erkrankungen (BAG, 2007).

Depression ist auch im Migrationskontext die am weitesten verbreitete psychische Erkrankung und sie wird bei Migrantinnen und Migranten wie auch bei der «autochthonen» Bevölkerung in der Schweiz zu spät oder gar nicht erkannt. Menschen mit Migrationshintergrund leiden häufiger an schweren Depressionen, die einer stationären Behandlung und Pflege im Spital bedürfen, als Schweizerinnen und Schweizer. Aufgrund des Migrationsprozesses sind sie einer Reihe von Belastungsfaktoren ausgesetzt, die eine Depression begünstigen können (BAG, 2007).

Migrationsspezifische Belastungen sind Risikofaktoren für die psychische Gesundheit. Dazu zählen beispielsweise Traumatisierungen im Herkunftsland, der Migrationsprozess als kritisches Lebensereignis, aber auch eine eingeschränkte Wahl- und Gestaltungsmöglichkeit, eine schwierige sozioökonomische Lebenssituation oder soziale Desintegration im Migrationsland. Gleichzeitig führen hohe Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem, fehlende zielgruppenspezifische Information und Aufklärung sowie mangelnde transkulturelle Kompetenz von Fachpersonen dazu, dass Migrantinnen und Migranten sowohl von psychiatrischer als auch therapeutischer Unterversorgung bedroht sind und oft erst nach einem lang andauernden somatischen Abklärungsprozess psychiatrisch-psychotherapeutisch versorgt werden.

TANYA KASPER WICKI

Politikwissenschaftlerin (lic ès sc. pol.), wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Grundlagen und Entwicklung im Departement Gesundheit und Integration beim SRK. (Kontakt: tanya.kasper@redcross.ch)

(Weitere Informationen zur Tagung: www.redcross.ch/Services/Dossiers/Sozial ausgegrenzt - psychisch krank).

# Angebote des SRK für Migrantinnen und Migranten mit psychischen Problemen

# Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer (afk)

Jede vierte Person, die in der Schweiz als Flüchtling anerkannt ist, muss mit den Folgen systematischer Gewalt leben. Die Beschwerden sind vielfältig: Sie reichen von körperlichen Schmerzen über Panikattacken und Depressionen bis zur sozialen Isolation. Menschen, die in ihrem Herkunftsland oder auf der Flucht systematische Gewalt erfahren haben, sind in allen Dimensionen ihrer Existenz beeinträchtigt und ihr Vertrauen in die Welt und in sich selbst ist zutiefst erschüttert. Diese komplexen Beschwerden erfordern eine Therapie, die verschiedene Behandlungsmöglichkeiten sowie Sozialarbeit kombiniert. Die Therapie von traumatisierten Menschen hat zum Ziel, die Patientinnen und Patienten bei der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse zu unterstützen und ihnen wieder ein selbstbestimmtes Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.

Das Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer (afk) in Wabern bei Bern stellt Menschen, die durch Folter, Krieg oder Vertreibung traumatisiert wurden, ein multidisziplinär ausgerichtetes, ambulantes Therapieangebot zur Verfügung (Psychiatrie, Medizin, Physio-, Körper- und Bewegungstherapie sowie Sozialarbeit). Es bietet traumaspezifische Abklärungen und ganzheitliche Behandlungen (vgl. www.redcross.ch/ SRK in Aktion/Gesundheit/Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer). Das Angebot ermöglicht den Betroffenen, traumatische Erlebnisse zu verarbeiten, persönliche Fähigkeiten neu aufzubauen und zu entwickeln sowie familiäre und soziale Ressourcen zu stärken. Die Angehörigen der Patientinnen und Patienten werden in die Therapie mit einbezogen.

Das SRK berät zudem Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen bei Fragenim Zusammenhang mittraumatisierten Flüchtlingen. Eine Broschüre zum Thema «Folter und Trauma: Folgen und therapeutische Möglichkeiten» ist auf der Webseite www.migesplus.ch /Publikationen/Psyche und Krise/Folter und Trauma erhältlich.

# Anlaufstelle Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers

Das SRK bietet Unterstützung für Menschen an, die ohne geregelten Aufenthaltsstatus in der Schweiz leben. Sans-Papiers, die im Grossraum Bern wohnen, steht in der Anlaufstelle Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers ein niederschwelliges Beratungs- und Gesundheitsversorgungsangebot zur Verfügung (vgl. www.redcross.ch/SRK in Aktion/Gesundheit/Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers). Das Angebot umfasst unter anderem auch psychiatrische Betreuung, Unterstützung beim Zugang zu Fachärztinnen und -ärzten sowie Übersetzungshilfe. Beratung und Behandlung erfolgen in vertraulichem Rahmen. Bei Bedarf werden die Patient-Innen an Fachpersonen des Ambulatoriums für Folter- und Kriegsopfer oder an ein SRK-externes Netz von Ärztinnen und Ärzten oder Institutionen weitervermittelt. Das SRK arbeitet eng mit anderen Beratungsstellen im Raum Bern zusammen, um eine möglichst umfassende und ganzheitliche Beratung und Behandlung zu bieten. Die Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers des SRK hat sich mit weiteren Anlaufstellen, die sich in der Schweiz auf Gesundheitsbetreuung und -beratung für Sans-Papiers spezialisieren, in der Nationalen Plattform Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers zusammengeschlossen (www.sante-sans-papiers.ch).

# «Einfach zu wollen bringt nur neuen Stress»

# Umstrittener Bundesgerichtsentscheid

Soll es nach dem jüngsten Bundesgerichtsentscheid gehen, werden Menschen, die an einem Schleudertrauma leiden - bis auf gewunden formulierte Ausnahmen - in unserem Land grundsätzlich keine Invalidenrente mehr erhalten. Das oberste Gericht der Schweiz begründet dies mit der Zumutbarkeit einer willentlichen Leidensüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess bei einem Schleudertrauma.

#### Von Renata Huonker-Jenny

Renata Huonker-Jenny, geb. 1953, ist Theologin und Trauma-Therapeutin. Sie arbeitet als Pfarrerin und Therapeutin (Somatic Experiencing nach Dr. Peter A. Levine und Craniosacral-Therapie) in Zürich. Sie ist verheiratet, hat zwei erwachsene Töchter und einen erwachsenen Sohn. Bereits im Jahr 2003 haben wir in unserer Zeitschrift ein Interview mit Renata Huonker-Jenny publiziert (Soziale Medizin 3.03 S. 22 ff.).

hne zu wollen, ballt sich ganz unwillkürlich unsere Faust, wird uns flau im Magen, seufzen wir tief oder gehen wir in die Luft ob diesem richterlichen Befund. Vielleicht verzieht sich auch unser Mund zu einer Grimasse von Lachen. Wäre es doch bloss ein Witz: Willentlich die Leiden eines Schleudertraumas überwinden. Wo es doch ausgerechnet das unwillkürliche, instinktgelenkte, vegetative Nervensystem ist, welches massgeblich an den vielfältigen Symptomen eines Schleudertraumas beteiligt ist. Den Willen geradezu unterwandernd, verurteilt der instinkthaft gesteuerte, animalische Teil des Gehirns noch so manchen, unter Aufbietung aller Willenskräfte, unternommenen Behandlungsanlauf und verdammt ihn zur Erfolglosigkeit!

# Schleudertrauma: Bundesgericht ,diagnostiziert' Willenschwäche

Richterlich zugemuteter willentliche Leidensüberwindung steht die Biologie - nicht die Psychologie und schon gar nicht der Charakter der Betroffenen im Weg. Der Wille hat ausgespielt, wenn Überlebensreaktionen ins Spiel kommen und die Regeln diktieren! Willentlich eine Krebserkrankung, eine Depression, eine Diabeteserkrankung überwinden? Niemand würde auf die Idee kommen – es bezahlen die Krankenkassen und nicht globalisierte Finanzkonzerne. Da erscheint als taugliches Rezept noch die sorgfältige Diagnose, die achtsame ärztliche Begleitung und die adäquate Therapie. Nichts anderes hat - aller Einflussnahme der Versicherungswirtschaft entgegen - für das Schleudertrauma zu gelten. Nun hat sich das Bundesgericht diesen Stimmen gebeugt und sorgt mit seinem Entscheid für eine ungleiche Behandlung der Leiden. Nur wenige Schleudertrauma Fälle führen überhaupt pro Jahr zu einer Invalidenrente. Diese wird durch den Entscheid des Bundesgerichtes somit nicht einmal spürbar entlastet. Wer vom Entscheid profitiert sind die Autohaftpflicht- oder Motorhaftpflichtversicherungen, die den Rückenwind nutzen werden, um Schleudertrauma Kosten abzuwehren.

Wer an einem langwierigen Schleudertrauma leidet, spürt den rauen Gegenwind. Diese Menschen haben



unter Umständen Mühe, ihre Wohnung oder ihr Haus zu verlassen, sind oft auch in ihrer Person eingeschlossen und können sich vielleicht nur mühsam ausdrücken. Es kann deshalb geschehen, das Sie von einem Nachbarn, der ein Schleudertrauma erlitten hat, nie erfahren werden, was genau ihn beschwert. Ebenso ist es nicht unwahrscheinlich, von einer Bürokollegin, die wegen der gleichen Verletzung unzuverlässiger wird, nur zu hören zu bekommen, dass «es» sich nicht bessern will. Trotz Aufklärung halten immer noch relativ viele Mitmenschen - offensichtlich auch das oberste Gericht - ein Schleudertrauma für ein rein innerpsychisches Geschehen. Sie meinen mit der Willenskraft oder über eine Verarbeitung müssten

der Schrecken und erst recht die nicht sichtbaren - und oft nicht adäquat diagnostizierten - physischen Folgen doch zu überwinden sein. Zahlreiche Betroffene zweifeln aus ähnlichen Gründen an sich selbst, weil sie dieser Erwartung nicht genügen.

Schleudertrauma Verletzungen sind summativ. Nicht das vielleicht noch so schreckliche Kopf- und Nackenweh an und für sich wirft Betroffene aus der Bahn-erst das ganze Gestrüpp der Symptome bringt das fertig. Am bedrohlichsten sind die Leistungseinbussen körperlich wie geistig. Eine Revisorin, welche die Übersicht total verliert? Eine Spitexschwester, die sich in der Stadt verläuft? Ein Pilot, der die Instrumente nach einer halben Stunde nur noch verzerrt sieht? Eine Zahnarztgehilfin, der die Instrumente aus der Hand fallen, weil die «Hand nicht mehr will»? Eine Sachbearbeiterin, die zwischen Tränenund Wutausbruch pendelt? Eine Mutter, die ihr Kind nicht mehr auf dem Arm tragen kann und weint, weil sie nicht mehr weiss, wie das Mittagessen kochen? Das alles ist schlimm, was aber invalide macht, ist der Anspruch einer Gesellschaft auf das Funktionieren der «Rädchen." Ein nicht abheilendes Schleudertrauma macht «irgendwie" dysfunktional. Das äussert sich nicht unfassbar oder willkürlich, aber ganz individuell. Was - gewöhnlich nach langem Abwehrkampf - zur Invalidität führt, ist die Ausweglosigkeit der Situation, «wenn einfach nichts zu sehen ist», und die Versicherungen Taggeldleistungen nach einer gewissen Zeit einstellen und die Existenz auf dem Spiel steht.

Es geht nicht darum, in Abrede zu stellen, dass ein starker Wille hilfreich ist, um angesichts von Verlusten und schädigenden Symptomen die Hoffnung auf Besserung und den Erhalt der Arbeitskraft aufrecht zu erhalten. Wille als Ressource des Patienten ist enorm wichtig. Mit Willenskräften lässt sich der oft aufreibende Kampf um die Versicherungsleistungen antreiben, lässt sich etwas Neues ausprobieren, lässt sich dem Leben trotz allem etwas Freude abtrotzen. Es lässt sich aber nicht ein Schleudertrauma als solches überwinden.

## Rehabilitation der Schleudertrauma Opfer

Beim besten Willen lassen sich die dem Schleudertrauma zu Grunde liegenden organischen Veränderungen im Nervensystem mit Auswirkungen auf Muskeln, Bänder, Sinnesorgane, Drüsen, emotionale und kognitive Befindlichkeit usw. nicht sagen, es sei jetzt Zeit zu verschwinden, bloss weil der Arzt es meint, der Arbeitgeber drängt oder die Versicherung ihre Leistungen kürzt. Aus gutem Grund wird das willkürliche oder vegetative Nervensystem «autonom» genannt. Zuständig für unsere Vitalfunktionen wie Atmung, Verdauung oder Stoffwechsel schaltet es die willentliche Einmischung aus. Dies umso kras-

ser, wenn es auf «Überlebensmodus» geht. Autonom wie es ist, folgt es keiner Agenda von Aussen. Einfach zu wollen bringt den Betroffenen nur neuen Stress.

Was die Begründung des Bundesgerichtes betrifft - die zumutbare willentliche Leidensüberwindung -, ist es nötig, sie mit den Erkenntnissen der psychophysiologischen Stress- und Traumaforschung zu konfrontieren. Peter A. Levine, Begründer von Somatic Experiencing, Psychologe und Biologe und führend in der Körperpsychotherapie, erklärt in seinen Ausbildungen: «Ein Schleudertrauma hat, wie jedes andere Trauma auch, seine Biologie." Was bedeutet dies?

Ein Vergleich zwischen einer Distorsion der Halswirbelsäule oder des Fussgelenks - bei übrigens gleichlautender Diagnose - kann es erhellen. Die Distorsion des Fussgelenks gehört zur Körpermedizin, während jene der Halswirbelsäule viel näher ans psychische Geschehen gerückt wird und - wie man es von Gutachtern, aus Krankengeschichten und nun auch noch durch den Bundesgerichtsentscheid weiss - mit charakterlichen und Persönlichkeitsmerkmalen in Verbindung gebracht. Eine Distorsion der Halswirbelsäule zieht eine besonders komplexe Körperregion in Mitleidenschaft. Ihre Strukturen im sensiblen Hals-Kopf-Übergang (Muskeln, Bänder, eventuell Knochen, Gefässe, Nerven) sind bei einem Schleudertrauma auf vielfältige Weise betroffen. Doch nicht nur das: der ganze Mensch ist im Fall der HWS -Verletzung betroffen, wenn die spezielle Biologie - nicht Pathologie - der Traumatisierung das Steuerruder übernommen hat. Ob Botenstoffe oder Hormone, Schmerzzustände oder Angst: einmal installiert, regiert das Schleudertrauma und ihm sind nahezu alle Vorgänge im Körper und in der Seele ausgesetzt. Vieles wird von diesen autonomen Reaktionen kontrolliert, seien es einzelne Organe oder ganze Organsysteme wie die Sexualorgane oder die inneren Augenmuskeln. Die vom autonomen Nervensystem in den Millisekunden vor und während des Unfalls bereitgestellten Orientierungs- und Schutzmechanismen sind von der Natur als kurzfristige Reaktion gedacht. Säugetiere, die wie wir genauso darüber verfügen, gehen regelmässig durch solche Aktivierungszyklen. Sie jedoch benutzen einen angeborenen Mechanismus, um den hohen Energiepegel, der für das Überleben mobilisiert wurde, wieder abzubauen. Wir Menschen sind, wie Peter A. Levine durch Wildtierbeobachtungen entdeckte, mit dem potentiell gleichen heilenden Mechanismus geboren. Doch diese instinktiven Mechanismen werden durch unser rationales Denken und die Angst vor den instinkthaften Reaktionen gehemmt. Dies verhindert den Abbau der angesammelten Überlebensenergie und die Rückkehr zur Normalität. So sinnvoll im Bedrohungsfall, so schwächend und bedrohlich ist das Regime dieser Reaktionen auf die Länge. Eine lang andauernde Traumatisierung mit ihrer Vielzahl an Beschwerden kann das ganze Leben der Betroffenen in ein Chaos stürzen, dies ganz besonders auch durch die Schwächung der Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit. Das für eine zeitlich beschränkte Dauer von der Natur vorgesehene biologische Reaktionsmuster auf eine Überlebensgefahr saugt – falls es nicht spontan oder mit Hilfe geeigneter Therapien seinen Abschluss findet - den Menschen kräftemässig aus. Keine/r von uns ist dem permanenten Überlebenskampf gewachsen. Dies ist aber bei Schleudertrauma Betroffenen der Fall – zunächst im eigenen körperlichen System (samt geistigen und emotionalen Auswirkungen), sodann im Leben, gerade auch durch nicht oder nur zögerlich gewährte Versicherungsleistungen. Das Resultat ist in einer sonst auf Absicherung aller Risiken bedachten Gesellschaft ziemlich erschreckend: eine jährlich wachsende Zahl von Menschen mit nicht oder schlecht abheilenden Unfallfolgen. Die Weltgesundheitsorganisation WHO schreibt: «Waren 1990 die drei grössten Leiden der Menschheit noch Lungen» (Pickarts, Elke: Stress für alle, DIE ZEIT, 23. 03. 2006, Nr. 13)

Traumatisierte Menschen – egal ob durch Stürze, Autounfälle, Übergriffe, Missbrauch, Krieg, Vernachlässigung im Kindesalter, Naturkatastrophen, beinahe Ertrinken, geschlagen werden oder Anderes - können aus biologisch gegebenen Voraussetzungen ihre Einbussen gar nicht einfach willentlich überwinden.

## Technische und menschliche Pre-Safe-Pakete

Bis in die 30er-Jahre des 20. Jahrhunderts waren die »nervösen Krankheiten" nach Eisenbahnunfällen eine Erscheinung, die sowohl die Patienten als auch die Versicherungen umtrieb. Erst die bahntechnischen Verbesserungen vermochten die Zahl der Opfer dahingehend zu reduzieren, dass das Schleudertrauma für Jahrzehnte an Bedeutung verlor und nahezu in Vergessenheit geriet. Die Zukunft im Automobilbau gehört der Precrash-Sensorik, bei der über Fahrerassistenzsysteme der sich anbahnende Unfall schon im Vorfeld erkannt wird und die Sicherheitssysteme im Wagen vollautomatisch ausgelöst werden. Fahrassistenzsysteme wie auch die Kopfstützen-Technik beweisen eindrücklich, dass die Zeitphase vor dem Unfall für die Prävention klug genützt werden kann.

Als Therapeutin (mit einer schweren und zwei weiteren vergangenen Schleudertrauma-Erfahrungen als persönlichem Hintergrund) gewinne ich diesem technischen Ansatz viel ab. Mich erstaunen gewisse Parallelen zur Traumaarbeit nach Dr. A. Levine, Somatic Experiencing. Wenn ich Unfallverletzte durch eben diese Sekundenbruchteile vor oder während dem Unfall begleite, beobachten wir oft verwundert, wie in ihrem Körper, als wäre ein Zündfunke gesprungen, ein Feuerwerk von Orientierungs-, Schutz- und Fluchtreaktionen und weiterer Überlebensmaßnahmen ausbricht und sich laufend der Situation anpasst etwas, was sie im Unfallgeschehen jedenfalls nicht in dieser Vollständigkeit bemerkten. Nach dem Krach ist von einem Augenblick zum andern alles nochmals ganz anders. Im Unterschied zu im Unfallgeschehen automatisch sich anpassenden Kopfstützen oder Autositzen und zu den technischen Schutzsystemen, die man nach ihrer Aktivierung mit einem Werkzeug wieder in die ursprüngliche Position bringen und deaktivieren kann, bleibtdas»PRE-SAFE-Paketdermenschlichen Psychophysiologie« oft eingeschaltet, als sei der Unfall weiterhin am Geschehen. Warum? Den meisten von uns fehlt der Zugang zum Spezialwerkzeug für die Rückstellung (zu den NECK-PRO-Kopfstützen wird es mitgeliefert): Uns ist das Vertrauen in unsere Instinkte abhandengekommen! Ohne diesen instinkthaften Zugang scheitert das Nervensystem häufig daran, automatisch und von alleine wieder in den Ruhestand zurückzukehren. Somit bleibt unterschwellig das energiegeladene psychophysiologische Überlebensprogramm samt den nun hinderlichen Schutzreaktionen auf »on« und im Gang – vielleicht für Monate oder hie und da sogar für Jahre. Es sorgt in der Folge nicht für alle, aber für ziemlich viele der zum Teil so schwer verständlichen Reaktionen, die zum Schleudertrauma-Syndrom gehören. Dies ist, kurz zusammengefasst, die Sichtweise jener sich um diesen Ansatz gruppierenden Forscher und Anwender weltweit, welche dieses neue Wissensgebiet weiter entwickeln.

Peter A. Levine fand im Lauf von inzwischen vierzig Jahren Beschäftigung mit dem Schleudertrauma und sonstigen Trauma-Spielarten heraus, dass es die richtigen Rahmenbedingungen braucht, damit alle unsere Reaktionen scher Art ein und bewirken oftmals eine grössere Wirksamkeit. Auch computerunterstützte Therapien wie Neurocare/ Neurofeedback eröffnen spannende Perspektiven.

Nicht nur das Leiden selbst muss anerkannt werden, auch die sich ergänzenden wissenschaftlichen und therapeutischen Erkenntnisse und Ansätze sind zum Wohl der Patienten auf Kenntnisnahme und kluge Kombination angewiesen.

#### Verschleiernde Statistiken

Was in den internationalen medizinischdiagnostischen Verzeichnissen als Folgen von Schock und Trauma bei Katastrophen katalogisiert ist, verläuft bei alltäglicheren und vermeintlich glimpf-

"

Statistisch wird durch die Verwendung eines leicht anderen Diagnoseschlüssels ein Rückgang der Fälle erzielt, der dem Trend einer tatsächlichen Zunahme dieser Verletzungsform in allen Ländern aber offensichtlich widerspricht.

auf ein potenziell lebensbedrohliches Ereignis in die ruhige «Ausgangsstellung» zurückkehren zu können. Dies ist möglich, weil wir über denselben Mechanismus verfügen wie die anderen Säugetiere auch, um den angesammelten Überlebensstress abzubauen. Im Unterschied zu den Tieren braucht es bei uns Menschen eine feine Kooperation zwischen Instinkt und Verstand, damit wir zu ihm finden und ihn zur Selbstregulation gebrauchen können. Das inzwischen gewonnene Verständnis des Vorgangs und seine therapeutische Anwendung entspricht dem Schlüssel, mit dem man die Kopfstützen nach ihrem Gebrauch bei der Kollision für die Weiterfahrt wieder in die Ausgangsposition zurückstellt. Die Parallele zur technischen Entwicklung erscheint mir spannend. Die Erkenntnisse Levines sickern laufend in viele weitere Therapieformen schul- und alternativ medizinilich verlaufenden sogenannten Bagatelleunfällen nicht grundsätzlich anders. Das äusserlich sichtbare Schadensbild. ob an der Karosserie oder beim Menschen, ist oft gering oder sogar kaum nachweisbar - und doch landen zu viele Menschen in tiefer Hilflosigkeit, nachdem sie ein Schleudertrauma erlitten haben. Der international gebräuchliche Diagnose-Code für das Schleudertrauma wird in Frage gezogen und sogar gutmeinend von Ärzten, die ihren Patienten Ärger ersparen wollen, vermieden. Stattdessen wird ein Burn-out oder eine Verstauchung der Halswirbelsäule diagnostiziert. Ähnliche freihändige Umbuchungen von Diagnosebezeichnungen sind auch seitens der Versicherer üblich. Auch aus solchen Gründen erweist sich das statistische Zahlenmaterial über die Häufigkeit und Kosten dieser Unfallfolge beim näheren Blick darauf als Irrgarten.

#### Fallzahlen

Die der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt Suva angegliederte Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung SSUV verfügt über umfangreiches Zahlenmaterial. Die Datenanalyse zeigt aber rasch ihre Grenzen: Erstens enthält diese Sammelstatistik nur jene Fälle, die Berufstätige betreffen (Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung VG (SSUV), c/o Suva, Luzern, www.unfallstatistik.ch). Dies bedeutet, dass Kinder, Jugendliche, Studierende, Senioren, selbständig Erwerbende, Hausfrauen - generell die nicht Lohnabhängigen – durch die Maschen fallen. Zweitens wird die Diagnose Schleudertrauma oder Whiplash-Verletzung (ICD-9, Code 847.01) - statistische Folgen zeitigend – durch die unspezifische Klassifizierung »Stauchung oder Zerrung des Halses« (ICD-9, Code 847.0) ersetzt. Mit diesem Mittel wird eine Halbierung der Fallzahlen des Schleudertraumas auf rund 3000 Fälle erreicht. Diese Aussagen beruhen auf den aktuell erhältlichen Angaben von 2007. Ein Taschenspielertrick, der mit der unglückseligen Debatte um »Scheininvalidität« zusammenhängen könnte, die in der Schweiz die Ärzteschaft, die Versicherungen, Gerichte und Sozialstellen, aber auch die Patienten in den letzten Jahren verunsichert hat. Statistisch wird durch die Verwendung eines leicht anderen Diagnoseschlüssels ein Rückgang der Fälle erzielt, der dem Trend einer tatsächlichen Zunahme dieser Verletzungsform in allen Ländern aber offensichtlich widerspricht. Ob unter dem korrekten diagnostischen Code für Schleudertrauma oder dem davor zurückschreckenden Überbegriff der Torsion des Halses gezählt: Durch das Leiden erhöhten sich die Kosten der Berufs- und Nichtberufsunfälle in der Schweiz.

### Kosten

Es lohnt sich ein paar Zahlen und zahlentechnische Taktiken der Versicherungsstatistik zur Kenntnis zu nehmen. Sie erhellen die Tragweite des Bundesgerichtsurteils in seinen mutmasslichen Auswirkungen auf die künftigen Ansprüche von HWS-Verletzten an Privatund Sozialversicherungen.

Die jährlich rund 400 000 neuen Fälle in Deutschland allein durch Autokollisionen - meistens durch Heckaufprall - verursachen laut dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) geschätzte 500 Millionen bis 1 Milliarde Euro an Folgekosten für medizinische Behandlung, Arbeitsausfall und Schmerzensgelder. Dies ist allerdings noch einiges weniger als in der mit 7,5 Millionen Einwohnern viel kleineren Schweiz, wo sie auf 1,2 Milliarden Franken pro Jahr hochgerechnet werden. (S. a. Samuelsson, Evalotta, und Huber, Jean Baptiste: Wirbelsäulenverletzungen nach Auffahrunfällen in der Schweiz. Hearing der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats vom 9. Januar 2007).

Davon tragen die Schweizer Haftpflichtversicherer rund eine halbe Milliarde pro Jahr. (Ewert, U.: Evaluation der Kampagne »Kopf stützen – Nacken schützen«: Kampagne des Schweizerischen Versicherungsverbands SVV im Auftrag des Fonds für Verkehrssicherheit FVS. Bern: bfu -Beratungsstelle für Unfallverhütung; 2010. bfu-Report Nr. 63.) Diesen Ausgaben stehen Prämiengelder in Höhe von 50 Milliarden Franken auf der Einnahmenseite gegenüber und ein Kapitalgewinn der Versicherungswirtschaft von zusätzlich 18 Milliarden Franken, beides für das Jahr 2004. (Schweizerischer Versicherungsverband SVV, »Zahlen und Fakten 2006«).

Vordergründig mit der Invalidenversicherung befasst, hat das Bundesgericht vor allem einen Gefälligkeitsentscheid für die private Versicherungswirtschaft gefällt. Eine neue Härte der Vorgehensweise zeichnet sich für Betroffene daraus ab, sowohl was den Nachweis des Schadens an sich betrifft wie auch den Erhalt von Versicherungsleistungen wie die Bezahlung medizinischer Leistungen für Therapien, Medikamente, Arztbesuche - dies mit Kostenfolge für die Krankenkassen.

# Bundesgerichtsentscheid -Historisches aus der Mottenkiste der Psychiatriegeschichte

Das Schleuder- oder HWS-Distorsionstrauma wurde über die Jahrhunderte in wechselnden Zuordnungen bald organisch, bald primär psychologisch erklärt. Beschreibungen des Leidens und Behandlungsversuche sind mindestens seit dem 18. Jahrhundert überliefert. Ab dem 19. Jahrhundert waren es vor allem die zivilen Chirurgen und Neuropsychiater, die mit der wachsenden IndustriaÜberarbeitete Neuauflage

# Schleudertrauma – das unterschätzte Risiko

Renata Huonker-Jenny, Verlag rüffer & rub, überarbeitete Neuauflage September 2010, ca. 280 Seiten, Hardcover, ISBN 978-3-907625-53-8, CHF 38.00, EUR 25.80.

Ausgehend von ihrer eigenen SchleudertraumaErfahrung hat die Autorin eine einzigartige Kombination aus bewegenden Erfahrungsberichten und einem ausführlichen Sachteil geschaffen, der wichtige juristische, versicherungstechnische, medizinische und therapeutische Informationen enthält. Ihr Buch vermittelt nicht nur nützliches Wissen für direkt und indirekt Betroffene und hilft ihnen so, wirtschaftliche Notlagen zu vermeiden, die allzu oft aus einem Schleudertrauma hervor gehen; es schafft auch mehr Verständnis für eine Krankheit, die viel diskutiert und oft verkannt wird.

Ein Muss für: Schleudertrauma-Patienten und deren Umfeld Therapeuten (Craniosacral-Therapie, Feldenkrais-Methode, Somatic Experiencing, Ostheopatie etc.) Mediziner, Juristen, Versicherer

lisierung, der Urbanisation und dem Aufkommen der Eisenbahnen die Folgen dieser Art von Unfällen beobachteten, behandelten oder auch bestritten. Die Schäden einer Patientengruppe, die sich als Zugpassagiere das damals »Eisenbahn-Wirbelsäule« genannte Leiden zugezogen hatten, fielen dem englischen Chirurgen John Eric Erichsen zuerst auf. Er beschrieb die körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen wie Schmerzen, Persönlichkeitsveränderungen, Gedächtnisverlust, Probleme mit der Koordination usw. und nahm im alsbald entstandenen medizinischen Expertenstreit samt juristischen Streitereien zum Wohl der Betroffenen Stellung. Verletzungsmechanismus und Beschwerdebild der »railway spine« entsprachen exakt denen des Schleudertraumas!

Die Gruppe der HWS-Geschädigten wuchs und beunruhigte die Gesellschaft und die Medizin beträchtlich. Kaum verwunderlich, dass sich schon damals die Frage stellte, ob solche Schädigungen real oder eingebildet seien, und, wenn real, ob sie auf eher seelisch-nervliche Faktoren oder auf organische Störungen oder eine Kombination von beidem zurückzuführen seien. Der Preis für den Fortschritt in der Mobilität war offensichtlich hoch. Nie zuvor waren in Friedenszeiten so viele Personen von einem derartigen traumatischen Syndrom betroffen, das man weder befriedigend einordnen noch verstehen konnte. Erste Auseinandersetzungen um Expertenmeinungen, Entschädigungen und mögliches Simulantentum waren ab etwa 1860 die Folge. Gleichbleibend bis heute ist der ständige Wandel der Nomenklatur für das Leiden - in Deutschland wurde der Begriff «traumatische Neurose" gebräuchlich.

Mit dem Ersten Weltkrieg fiel die «traumatische Neurose" zunehmend unter Soldaten nach Einsätzen im Feld auf. Die Psychiatrie in den kriegführenden Ländern Frankreich und Deutschland brachte sie mehr und mehr in Verbindung mit Simulation, aufgrund von Feigheit und Willensschwäche. Dass Krieg an sich Menschen schädigt - ganz abgesehen von seinen vielen Gelegenheiten für mechanische Traumata durch Aufprall, Stöße und Erschütterungen aller Art - wurde von Psychiatrie und Politik ignoriert. Die naheliegenden realen Verletzungsmöglichkeiten im Hals-Kopf-Bereich wurden verdrängt. Viele Psychiater konzentrierten ihr Interesse auf die Aufdeckung der unterstellten Simulation und die Bekämpfung der angeblich konstitutionellen oder erblichen »Willensschwäche« der unter einer »traumatischen Neurose« durch mechanischen Schock leidenden Soldaten. Die Linderung ihrer Beschwerden fand dagegen wenig Aufmerksamkeit. So zogen viele Soldaten das Wiedereinrücken an die Front dem Risiko, eventuell gar als Feigling erschossen zu werden, entschieden vor. Deutsche Psychiater machten aus der Erschütterung nach mechanischem Schock eine eingebildete Krankheit aus Begehrlichkeit. Diese Gruppe vertrat die Überzeugung: Das Gesetz ist die Ursache der Unfallneurosen. (Van der Kolk u. a. 2000, S. 71–93). Dies bedeutete: Als Ursache der Symptomatik unterstellten sie einen sekundären Krankheitsgewinn, also objektive und subjektive Vorteile, die ein Mensch in der Rolle des Kranken allenfalls findet. Die »traumatische Neurose« -

das heutige HWS-Distorsionstrauma - war für diese Mediziner deshalb keine Krankheit, sondern ein Kunstprodukt des Versicherungssystems. Kurz: Eine Krankheit aus Begehrlichkeit!

inexistent. Gerät man aber in die Statistik der Opfer, ist es riesig. Zu dieser Kategorie der modernen «alles- odernichts - Risiken" gehört leider für viel zu viele von uns das Schleudertrauma.

Willentlich überwinden lassen sich Schleudertrauma - Folgen nicht, hingegen Unwissen, soziale Ungerechtigkeit und Nicht-Anerkennung und damit unnötiges Leid.

# Adäquanz

Nachdem unter dem Unwort «Scheininvalidität» eine hässliche Kampagne Misstrauen säte und die nicht sichtbaren Leiden in die Nähe von Simulantentum und Begehrlichkeit rückte, hat das Bundesgericht die juristische Ernte eingefahren. Dies ist ein Schlag ins Gesicht aller, die dem Leiden mehr Anerkennung und den davon Betroffenen dadurch bessere Heilungschancen verschaffen wollen. Unter Berufung auf das Bundesgericht werden die Haftpflichtversicherungen alles daran setzen, die Schleudertrauma-Kosten mit frischer Kraft abzuwehren. Das Kampffeld ist schon abgesteckt: es ist die Adäquanz. Der Begriff leitet sich aus der Kausalität ab, welche in eine natürliche und eine adäquate Kausalität aufgespalten wird. Zwar ist die natürliche Kausalität gegeben, wenn durch ein bestimmtes Ereignis ein Schaden, beispielsweise ein Schleudertrauma eintritt und somit die grundsätzliche Leistungspflicht der Unfallversicherung besteht. Doch drohen bei der Durchsetzung der Ansprüche – jetzt erst recht – verschiedene Fallstricke. Anwälte und Betroffene stellt die Adäquanzprüfung vor Hürden, an denen bereits zuvor viele Ansprüche der HWS-Verletzten aufliefen.

## Risikogesellschaft

Der Bundesgerichtsentscheid traf keine Randgruppe. Er sticht ins Herz der Gesellschaft: dorthin, wo sie sich frei, mobil, dynamisch und abgesichert «für den Fall des Falles» fühlt. Mein Buchtitel, den ich vor einigen Jahren für die erste Auflage nach einigem Kopfzerbrechen fand, ist heute fast allgemein gebräuchlich geworden. Er fand Eingang in Zeitungsartikel, in wissenschaftliche Publikationen, in Statistiken und auf Webseiten. Ich habe ihn in Anlehnung an den Soziologen Ulrich Beck und seine Beschreibung der «Risikogesellschaft» gewählt. Alles ist eine Frage der Statistik: solange nichts passiert ist das Problem

# Die FMH zum Urteil

# Kurzinterview mit Jacques de Haller

Interview: Petra Wessalowski

Das Bundesgericht hat entschieden, dass Schleudertrauma-Opfer ohne nachweisbare Leiden in der Regel keinen Anspruch auf eine IV-Rente haben. Jacques de Haller, Präsident der Ärzteverbindung FMH, wehrt sich.



# Ihre Reaktion auf das Urteil?

Ich bin frustriert. Die IV hat ein Finanzproblem, und prompt werden Patienten und Ärzte zu Sündenböcken gemacht.

# Sehen Sie die ärztliche Kompetenz infrage gestellt?

Nicht die Kompetenz. Aber es herrscht eine Mentalität, die Betroffene und Ärzte generell verdächtigt und zwar als Abzocker. Die Kranken wollen anscheinend nicht arbeiten, obwohl sie könnten, und die Ärzte würden sie dabei auch noch unterstützen, weil sie Patienten benötigen. Uns wird unterstellt, dass wir unsere Arbeit nicht seriös ma-

# Das Urteil sagt nur, dass bei nicht nachweisbaren Leiden genauer hingeschaut wird.

Was nicht messbar ist, scheint verdächtig. Das Bundesgericht akzeptiert nur noch schwarz oder weiss. Doch in der Realität ist es nicht so einfach. Der Mensch ist sehr komplex. Es darf nicht sein, dass nur noch Hilfe erhält, wer ein normiertes Leiden hat.

# Das birgt auch die Gefahr des Missbrauchs durch Betrüger.

Wir prüfen die Dossiers sorgfältig und sagen den Patienten, wenn sie keinen Rentenanspruch haben.

# Trotzdem ist die Zahl der IV-Rentner stark gestiegen.

Wenn immer mehr Menschen krank werden, dann lösen wir das Problem nicht, indem wir den Betroffenen sagen, dass sie gar nicht krank sind. Es kann sein, dass ein Patient mit einem belastenden Job stärkere Schmerzen hat. Doch die Schmerzen sind da.

# Mischt sich der Staat zu sehr in medizinische Belange ein?

Wir müssen aufpassen, dass wir nicht instrumentalisiert werden. Für die IV sollen die Ärzte laut Bundesgericht die Finanzen sanieren und im Fall Rappaz als Handlanger der Justiz fungieren. Das lehne ich ab.

Dieses Interview ist in der SonntagsZeitung vom 19.9.2010 erschienen. Wir danken SoZ-Redaktorin Petra Wessalowski und Jacques de Haller für die Erlaubnis zur Zweitpublikation.

# Das Urteil ist auch verkehrspolitisch verkehrt

Weil keine körperliche Ursache für die Schmerzen feststellbar sei, bestehe bei einem Schleudertrauma in der Regel kein Anspruch auf eine IV-Rente. Das hat das Bundesgericht entschieden. Richtig wäre dieses Argument aber eigentlich nur im Bereich der Unfallversicherung, nicht der IV. Mit seinem neuen Urteil trägt das Bundesgericht übrigens auch zur Verlagerung der Folgekosten des motorisierten Privatverkehrs bei.

olange eine unfallbedingte Verletzung nicht eindeutig sichtbar ist, seien die Beschwerden von Schleudertraumapatienten auf psychische oder unbekannte körperliche Ursachen zurück zu führen. Diese könnten nicht als Unfallfolge anerkannt werden. So das Bundesgericht. Auch wenn dem so wäre, liesse sich eine Verweigerung von IV-Leistungen damit eigentlich nicht rechtfertigen. Denn Anspruch auf IV-Leistungen hat, wer «invalid» ist. Das heisst, wer wegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht arbeiten kann. Welche Ursache diese hat, sollte dabei keine Rolle spielen. Auch wer wegen einer psychischen Behinderung mit unbekannter Ursache nicht arbeiten kann, ist in diesem Sinne «invalid».

Im Bereich der Haftpflicht- oder Unfallversicherung wäre es hingegen richtig, auf einem Nachweis der Ursache zu beharren. Denn deren Leistungen hängen davon ab, worauf ein Gesundheitsschaden zurück zu führen ist. Indem es Menschen mit somatoformen Schmerzstörungen und jetzt auch mit einem Schleudertrauma den Rentenanspruch aberkennt, verändert das Bundesgericht den Charakter der IV.

#### Von der Finalität zur Kausalität

Grundsätzlich lassen sich finale und kausale Systeme der sozialen Sicherung unterscheiden. Die finalen fragen nach dem Bedarf der betroffenen Menschen. Warum diese ihre Einkommen nicht aus eigener Kraft erzielen können, spielt keine Rolle. Inbegriff eines finalen sozialen Sicherungssystems ist die Sozialhilfe. Der Anspruch auf Leistungen kausaler Sicherungssysteme hängt hingegen



vom Grund des Einkommensausfalls ab. Das typischste kausale Sicherungssystem ist die Unfallversicherung, die nur dann Leistungen ausschüttet, wenn ein Gesundheitsschaden auf einen Unfall oder eine anerkannte Berufskrankheit zurück zu führen ist. Ein Mensch kann die genau gleichen Symptome aufweisen wie ein Unfallopfer. Wenn diese nicht auf einen Unfall zurück zu führen sind, muss er sich mit den wesentlich dürftigeren Leistungen der Krankentaggeldversicherung oder IV begnügen. Das erscheint oft als unbillig, hat aber mit der historischen Entwicklung des schweizerischen Sozialstaats zu

Die IV kann man als Mittelding zwischen einem kausalen und finalen sozialen Sicherungssystem bezeichnen, oder als System mit eingeschränkter Kausalität. Der Anspruch auf ihre Leistungen hängt von einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen ab. Auf welche Ursache die Gesundheitsschädigung zurückzuführen ist, spielt hingegen keine Rolle. In den letzten Jahren hat das Bundesgericht die Kausalität in der IV aber immer mehr verstärkt, indem es zuerst Leistungen bei somatoformen Schmerstörungen und jetzt beim Schleudertrauma ohne sichtbare Verletzungen aus-

## Entlastung der Autohaftpflichtversicherung

Indem das Bundesgericht den Zusammenhang zwischen Unfall und Schleudertrauma in Zweifel zieht, beeinflusst es auch die Ansprüche an die Unfallund Haftpflichtversicherer. Diese werden nun erst recht argumentieren, sie müssten für ein Schleudertrauma nicht aufkommen. Denkbar wäre hingegen auch eine andere Praxis. Die Gerichte könnten argumentieren, ein Schleudertrauma sei eine typische Unfallfolge, auch wenn sich der ursächliche Zusammenhang nicht bis ins Detail erklären lässt. Somit müsse der Unfall- und der Haftpflichtversicherer des Unfallverursachers für die Folgen aufkommen.

Da Schleudertraumata meistens auf Autounfälle zurück zuführen sind, führt eine restriktivere Gerichtspraxis zu einer Entlastung der Autohaftpflichtversicherer und einer Umverteilung der Folgekosten des motorisierten Privatverkehrs. Denn die Autohaftpflichtversicherung wird aus den Prämien der Autofahrer finanziert, während für die Sozialhilfe, die Erwerbsunfähige ohne eigene Mittel und anderen Versicherungsanspruch auffangen muss, von den Steuerzahlern der Wohngemeinde getragen wird.

RUEDI SPÖNDLIN