

SGSP INFO SSPS

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

Liebe Leserin, Lieber Leser

Das heutige INFO beschäftigt sich mit dem Thema Wohnen, ein Thema, das in der Sozialpsychiatrie seit jeher einen wichtigen Platz einnimmt. Die Artikel zeigen, wie Veränderungen in der Gesellschaft sich auch in den Anforderungen an die Wohnformen zeigen. Heute werden vermehrt individuelle Wohnformen gesucht, was sicher als Ausdruck unserer individualistischen Gesellschaft gesehen werden kann. Mit anderen Worten, in der sozialpsychiatrischen Arbeit müssen wir laufend die aktuellen sozialen, politischen und gesellschaftlichen Situation miteinbeziehen und diese lässt sich erfahrungsgemäss kaum vorausplanen. Was tun, um trotzdem planen zu können?

Ein riesiges Forschungsprojekt der psychologischen Fakultät Basel mit dem klingenden Namen „Sesam“ (Swiss Etiological Study of Adjustment and Mental Health), das den Ursachen für psychische Krankheiten auf den Grund gehen und die Grundlagen für deren Prävention und Behandlung aufstellen will, soll Abhilfe schaffen. Während 20 ½ Jahren, von der 12. Schwangerschaftswoche bis zum 20. Altersjahr, werden 3000 Kinder, deren Eltern und Grosseltern mittels strukturierten Interviews und Tests beobachtet und befragt und zwar unter verhaltensspezifischen, genetisch-biologischen und neurobiologischen Gesichtspunkten. Ziel ist es Aufschluss über Risikogruppen zu bekommen, um diese möglichst früh präventiv behandeln zu können.

Chère lectrice, cher lecteur

Cette édition de l'INFO est consacrée à la question de l'hébergement, un thème qui occupe depuis toujours une place importante en psychiatrie sociale. Les articles mettent en évidence comment les changements sociétaux se révèlent également dans les exigences liées aux diverses formes d'habitation. La tendance actuelle privilégie les formules de logement individuelles, ce qui peut certainement être interprété comme une expression de notre société individualiste. En d'autres termes, cela signifie aussi que dans le travail de psychiatrie sociale, nous devons constamment prendre en compte des éléments de l'actualité sociale, politique et culturelle en sachant que ceux-ci, expériences faites, sont par ailleurs très peu prévisibles. Que faire dans ce cas pour tout de même planifier ?

Un gigantesque projet de recherche mené par la faculté de psychologie de Bâle et doté du nom clinquant de « Sesam » (Swiss Etiological Study of Adjustment and Mental Health) entend étudier à fond les causes des maladies psychiques et établir les bases d'un dispositif salvateur de prévention et de traitement. Pendant 20 ans, 3000 enfants sélectionnés à partir de la 12^{ème} semaine de grossesse jusqu'à l'âge de 20 ans ainsi que leurs parents et grands-parents seront observés et interrogés au moyen d'interviews et de tests structurés et à partir de points de vue spécifiques comportementaux, génétiques, biologiques et neurobiologiques. In fine sont visés l'acquisition de renseignements sur

Care lettrici, cari lettori,

quest'edizione di Info è dedicata alla questione dell'alloggio, un tema che occupa da sempre un posto importante nella psichiatria sociale. Gli articoli mettono in evidenza come i cambiamenti della società si riflettano nelle mutate esigenze delle diverse forme di abitazione. La tendenza attuale privilegia le formule di alloggio individuale, che possono essere interpretate come espressione della nostra società individualista. In altri termini, ciò significa anche che nel lavoro di psichiatria sociale dobbiamo costantemente considerare gli elementi dell'attualità sociale, politica e culturale, pur sapendo, grazie alle esperienze fatte, che questi sono d'altro canto poco prevedibili.

Che fare in questi casi per pianificare comunemente?

Un gigantesco progetto di ricerca condotto dalla facoltà di psicologia di Basilea denominato evocativamente « Sesam » (Swiss Etiological Study of Adjustment and Mental Health), intende studiare a fondo le cause delle malattie psichiche e stabilire le base di un dispositivo di prevenzione e di trattamento. Per 20 anni, 3000 bambini selezionati a partire dalla XXII settimana di gravidanza fino all'età di 20 anni, così come i loro genitori e nonni, saranno osservati e interrogati attraverso interviste e test strutturati secondo una prospettiva comportamentale, genetico-biologica e neurobiologica, con l'obiettivo di acquisire delle informazioni

► S. 28

► p. 28

► p. 28

Inhalt

27 Editorial
(Ruth Waldvogel)

29 Il bisogno esiste ma...
(Stefan Kunz)

30 Wohnrehabilitation in der Region Basel
(Heinz Widmer)

33 Zum Tode von Loren Richard Mosher
(Theodor Itten)

37 L'article 73 est mort...
(Simon Darioli)

38 „Begleitetes Einzelwohnen“ – bewährtes
Modell der Zukunft? (Angelika Wiedersheim)

39 Bericht aus dem Zentralvorstand
(Thomas Rüst)

39 Rapport du comité central
(Thomas Rüst)

40 Rapporto del comitato centrale
(Thomas Rüst)

Auf den ersten Blick mag dies verlockend tönen, endlich werden wir wissen wie wir die zunehmenden Depressionen und Angststörungen behandeln können. Leider erst in über 20 Jahren.

Bei der raschen Entwicklung im Bereich der Hirnforschung, bei der heute der Zusammenhang zwischen Neurophysiologie und Psychodynamik von grossem Interesse ist, drängt sich die Frage auf, ob eine Forschungsplanung über einen solchen Zeitraum nicht bereits nach wenigen Jahren überholt sein wird. Doch nicht nur in der Forschung verändern sich die Dinge, auch soziale und gesellschaftliche Werte ändern sich laufend und beeinflussen damit unser Verhalten und Erleben. Das oben erwähnte Dilemma, dass die Zukunft nicht planbar ist zeigt sich auch hier.

Doch stimmt es den wirklich, dass wir zuerst riesige Datenberge anhäufen müssen, um handlungsfähig zu werden?

Letzten Herbst starb L. Mosher, der Begründer des Soteria-Modells, das auf der Erkenntnis aufbaut, dass mitmenschliche Begleitung in der Behandlung von Psychosen ein entscheidender Faktor ist. Ein Behandlungsansatz, der auch heute noch seine Gültigkeit hat. Er verlangt jedoch, dass wir uns auf den Anderen einlassen, uns mit seinem Leiden auseinandersetzen und unsere Arbeit auch im Bezug auf unsere subjektive Reaktionen zu hinterfragen. Dies führt uns zur Frage, ob Datensammeln vielleicht einfacher ist, als sich auf Beziehungen einzulassen und damit auch mit unseren Grenzen konfrontiert werden.

Ruth Waldvogel

les groupes à risques afin d'être en mesure de traiter ceux-ci préventivement le plus tôt possible.

A priori cela semble séduisant, nous saurions enfin comment mieux soigner les dépressions et les troubles anxieux en constante augmentation. Malheureusement, il faudrait attendre plus de 20 ans .

Dans le secteur très évolutif des recherches sur le cerveau, recherches aujourd'hui très orientées sur les liens prévalent entre la neurophysiologie et la psychodynamique, la question se pose de savoir si un plan de recherche s'étendant sur une telle durée ne s'avèrera pas dépassé au bout de quelques années déjà. De plus, les choses ne bougent pas uniquement dans le secteur de la recherche, les valeurs sociales et culturelles se modifient elles aussi constamment et influencent en conséquence nos comportements et nos vécus. La question du dilemme évoqué plus haut, à savoir si l'avenir est véritablement planifiable se pose dans ce domaine aussi.

Mais dans le fond, est-il réellement pertinent de penser que nous avons besoin d'accumuler des montagnes de données pour devenir capables d'agir ?

L'automne dernier mourut L. Mosher, le fondateur du modèle Soteria. Ce modèle est construit sur la reconnaissance de l'accompagnement humain comme facteur décisif dans le traitement des psychoses. Ce principe de traitement démontre encore aujourd'hui sa validité. Un principe qui exige toutefois que nous nous engagions dans la relation avec l'autre, que nous prenions en compte ses souffrances et que dans notre travail, nous interroguions aussi nos réactions subjectives. Demeure alors la question de savoir si une collecte de données n'est vraisemblablement pas plus facile qu'un investissement relationnel nous confrontant aussi à nos propres limites.

Ruth Waldvogel

sui gruppi a rischio per essere in grado di trattarli preventivamente.

A priori la possibilità sembra seducente, saremo in grado di curare meglio la depressione e i disturbi ansiosi in costante aumento. Purtroppo dovremo attendere più di 20 anni

Nel settore, in continua evoluzione, della ricerca sul cervello, ricerca attualmente orientate sui legami prevalenti fra la neuro-fisiologia e la psicodinamica, si pone la questione di sapere se un progetto di ricerca di così lunga durata non sarà già sorpassato fra qualche anno. Inoltre le cose non si muovono unicamente nel settore della ricerca, anche i valori sociali e culturali si modificano costantemente e influenzano di conseguenza i nostri comportamenti e i nostri vissuti. La questione dell'interrogativo sopraccitato, sapere cioè se il futuro sia veramente pianificabile, si pone anche in quest'ambito.

Ma alla fine, é realmente pertinente pensare che noi abbiamo bisogno di accumulare montagne di dati per essere capaci di agire ?

Lo scorso autunno moriva L. Mosher, il fondatore del modello Soteria. Questo modello è costruito sulla consapevolezza che "l'accompagnamento" umano é un fattore decisivo nel trattamento della psicosi. Tale principio di trattamento dimostra ancor oggi la sua validità. Un principio che esige però il nostro coinvolgimento nella relazione con l'altro, che consideriamo le sue sofferenze e che nel nostro lavoro ci interroghiamo anche sulle nostre reazioni soggettive.

Rimane allora la questione di sapere se una raccolta di dati non sia verosimilmente più facile da realizzare che un investimento relazionale che ci impone anche di confrontarci con i nostri limiti.

Ruth Waldvogel

Jahresversammlung Deutschschweizersektion SGSP

Donnerstag 8. September 2005, 15.00 – 18.00
Universität Bern, Hauptgebäude, Grosse Schanze

Vortrag und Diskussion mit Otto Piller: „Kranke IV in einer kranken Gesellschaft- welche Massnahmen werden ergriffen“

Abitazioni protette per persone con problemi psichiatri in Ticino:

Il bisogno esiste ma...

Seguiamo attraverso brevi racconti, lettere ed articoli di giornali la storia di “Al Canto Sereno”, storia emblematica che ben sintetizza come le esigenze sociali e terapeutiche, che sono alla base dell’agire di molti operatori, siano spesso in netto contrasto con le ragioni e gli interessi che governano le scelte politiche.

Giugno 1999: Nasce il foyer sociopsichiatrica “Al Canto Sereno”, una struttura alternativa nel Canton Ticino

Klaus Licht, educatore, descrive la sua comunità

Nel 1999, insieme a mia moglie, come me formata nel campo dell’educazione, ho fondato il foyer AL CANTO SERENO, una struttura piccola, familiare, con lo scopo di ospitare contemporaneamente 3 o 4 persone con problemi psicosociali. Con tanto entusiasmo seguiamo questi casi gravi, casi spesso definiti “disperati”, che però, in un ambiente molto protetto e intimo, trovano l’opportunità di una crescita personale.

Abitando nella stessa casa, il nostro contatto con gli ospiti è molto stretto e si basa sul principio della fiducia e della relazione. Si partecipa ai loro momenti di crisi profonda, di grande irritazione, ai loro dubbi, ma anche ai loro momenti di grande gioia. Non dimentichiamo questi momenti sereni, lucidi intervalli, quando emerge la vera immagine della persona, il vero nucleo, purtroppo spesso velato e oscurato dai sintomi di una malattia grave.

La nostra struttura – unica nella sua caratteristica familiare nel cantone – ha ottenuto importanti riconoscimenti: ricordiamo prima di tutto la collaborazione con tre cliniche psichiatriche del cantone, oltre che con molti professionisti... e che anche la TSI 1 ha trasmesso un significativo servizio sulla nostra struttura.

Primavera 2004: “Al Canto Sereno” rischia il taglio dei sussidi... Un sociopsichiatra si mobilita

Lettera del Dr. Med Giampiero Enderli a un collega della Clinica Psichiatrica Cantonale (CPC) con copia alla Direzione della Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale (OSC)

Caro A,

Ti scrivo per un problema tipico di lavoro in rete sociopsichiatrica che è emerso nel corso della mia collaborazione con la comunità “Al Canto Sereno” (fam. Licht) a Minusio, comunità che attualmente, per diversi disguidi, si trova in una fase molto critica.

...La comunità, con la quale collaboro sin dai suoi inizi, e che nel frattempo ha accompagnato una decina di giovani con problemi psicosociali molto gravi, ultimamente ha ospitato cinque persone delle quali quattro ti sono ben note: A., M., G. e I. Questa comunità, malgrado non disponga del riconoscimento di struttura sussidiabile da parte del Cantone, è stata dichiarata anche da esponenti dell’OSC (v. servizio TSI con l’intervento di Tazio Carlevaro), una struttura alternativa molto importante nella rete sociopsichiatrica sia cantonale che nazionale, visto che più della metà degli ospiti fino ad oggi veniva da Oltralpe. Nel corso degli ultimi due mesi sono avvenuti però dei fatti che mettono in grave pericolo l’esistenza di questa comunità, fatti che forse con una migliore armonizzazione dei nostri interventi sarebbero evitabili. Ti spiego brevemente:

...G., che ho seguito all’inizio della sua malattia, ma che attualmente non è più mia paziente, verrà trasferita a breve termine dal “Canto Sereno” in una struttura sussidiata dal cantone, dove si è creato un posto libero. Conosco G. come caso gravissimo

di psicosi religiosa, e da quanto mi ricordo, i suoi medici erano stati molto contenti di poterla collocare a Minusio.

B., pure grave caso di doppia diagnosi, è stato per qualche settimana ospite della comunità, dove si è trovato molto bene. La sua voglia di essere indipendente, di poter scegliere in ogni momento cosa fare, (...) gli ha però fatto decidere di abbandonare il programma, buttando tra l’altro i genitori in una grave crisi, che si trovavano costretti ad avere di nuovo a carico il figlio. Tutti gli interessati erano dunque stati molto contenti quando B. aveva deciso, dopo un ulteriore ricovero alla CPC, di tornare al “Canto Sereno”. Purtroppo a lui e a chi lo segue è stato comunicato che il soggiorno non verrà più finanziato, visto che anche in questo caso si sono liberati dei posti nelle strutture sussidiate del Cantone.

Caro A, so che non possiamo cambiare il mondo e tanto meno quella che è a mio parere poco piacevole situazione sociopsichiatrica nel nostro cantone. Però ciò che avviene al “Canto Sereno” è un bruciare iniziative che vengono impiegate quando servono e buttate quando sembrano superflue. La minaccia della chiusura del “Canto Sereno”, struttura unica nel cantone nelle sue caratteristiche, sul quale sta per essere terminato anche un lavoro di diploma di due studenti della “Formazione supplementare in psichiatria sociale”, significherebbe un impoverimento che secondo me non dovrebbe essere accettato senza reagire.

Novembre 2004: “Al Canton Sereno” è costretto a chiudere i battenti

Klaus Licht scrive

...sono arrivati i tagli. Nell’arco di pochi mesi, a causa della sospensione dei sussidi, il nostro foyer non ha più avuto i mezzi finanziari per continuare. Siamo stati costretti a chiuderlo il 31 ottobre 2004.

Dicembre 2004: “Torno a casa. Dove?” L’esigenza di piccole comunità terapeutiche a carattere familiare per i malati psichici in Ticino

Articolo “La Regione” 1.12.2004

...attualmente in Ticino l'offerta di abitazioni per persone con problemi psichiatrici e sociali é rappresentata in particolare dai foyer gestiti dalle diverse fondazioni, o da altre realtà meno strutturate, il tutto secondo modelli differenziati: come ente pubblico noi (OSC nota della red.) mettiamo a disposizione il Carl, previsto proprio anche come centro abitativo e che dispone

di un centinaio di letti. In futuro l'idea é però quella di distribuire l'offerta su tutto il territorio attraverso una serie di piccole strutture. Nella pianificazione chiediamo poi anche la possibilità di creare una comunità terapeutica sullo stile di quelle esistenti in Italia: un luogo che non sia una clinica ma che garantisca una presa a carico terapeutico-familiare.

Un' evidente contraddizione...

Estratto dall' intervento del Dr. med Giampiero Enderli il 3.12.2004 al Convegno "Torno a casa.

Dove?" , organizzato dall'OSC al Palazzo Congressi a Lugano

Come si potranno mai realizzare tali strutture, visto che la rigidità burocratica del sistema socio-sanitario del nostro cantone non permette che venga colta ogni occasione per farle sopravvivere quando nascono grazie all'entusiasmo di competenti privati? Dov'è la coerenza tra la mano destra (le belle intenzioni teoriche) e quella sinistra (la pratica sul territorio)?

Si ringrazia per il materiale il
Dr. med Giampiero Enderli, Locarno

Stefan Kunz

Ce besoin existe, mais...

A partir de brefs rapports, de lettres et d'articles de presse, nous découvrons l'histoire de « Al Canto Sereno ». Une histoire typique, qui démontre de manière exemplaire, comment des besoins sociaux et thérapeutiques, constituant souvent les fondements de l'intervention des professionnels de l'action psychosociale, se trouvent en contradiction avec les intérêts et les motivations des options politiques.

Die Notwendigkeit besteht, aber...

Mit kurzen Berichten, Briefen und Zeitungsartikel verfolgen wir die Geschichte von „Al Canto Sereno“. Eine typische Geschichte die exemplarisch aufzeigt, wie soziale und therapeutische Bedürfnisse, welche die Grundlage der im psychosozialen Bereich Arbeitenden bilden, oft im Gegensatz zu den Interessen und Begründungen politischer Entscheide stehen.

Probleme und Entwicklungen in der Wohnrehabilitation psychisch erkrankter Menschen in der Region Basel

Wohnrehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil moderner sozialpsychiatrischer Versorgung. Seitdem es zunehmend gelingt, Hospitalisationen kurz zu halten oder gar zu vermeiden, verlagern sich zentrale Aufgaben der Psychiatrischen Rehabilitation, wie die Wiedererlangung von lebenspraktischen Fähigkeiten, Reintegration und die Langzeitbetreuung zunehmend in komplementäre Versorgungsformen.

Die Betreuung in der Wohnsituation kann als eine der anspruchsvollsten Förderungsformen betrachtet werden. Kaum ein Psychotherapeut sieht seinen Patienten so oft und nah an den realen Lebensproblemen, nicht selten während vieler Jahre. Dabei muss eine tragende therapeutische Beziehung zugelassen, aber diese gleichzeitig von einer privaten Beziehung unterschied-

den werden. Diese Klienten-Betreuer-Beziehung ist ein zentrales Mittel um die Ziele der Wohnrehabilitation zu erreichen. Wohnraum und Betreuung werden jedoch nur im Doppelpack angeboten.

Geleitet von gemeindepsychiatrischen und milieutherapeutischen Grundsätzen sind in den letzten 25 Jahren in den Kantonen Basel-Stadt und Baselland vorwiegend kleinere Wohninstitutionen mit einer gewollten geografischen Verteilung und unterschiedlicher Betreuungsintensität entstanden. Der Ausbau fand überwiegend in Form einer Heimversorgung statt, massgebend geprägt durch die aus heutiger Sicht für Heime günstigen Rahmenbedingung des BSV. In der Region erhalten fast 500 Menschen mit einer psychischen Behinderung Wohnbetreuung durch 270 Betreuerinnen

und Betreuer, wovon mehr als die Hälfte über eine Ausbildung in Sozialpädagogik oder Fachpflege verfügt.

Die aktuellen Probleme in der Wohnrehabilitation

Anlässlich der Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept I des Kantons Basel-Landschaft wurde bei 249 langzeiterkrankten Personen die Lebensqualität eingeschätzt. Bei über 50% ihrer Klienten wurde die Lebensqualität als gering bis sehr gering beurteilt. Es besteht ein hohes Mass an gesellschaftlicher Desintegration.

Obwohl sich bei den Klienten ein deutliches Potential zu mehr Selbständigkeit im Wohnbereich zeigte, musste konstatiert werden, „dass bis anhin zwar der Übergang von der Klinik in ein Wohnheim gut funktioniert,

danach jedoch relativ wenig Bewegung mehr in Richtung Selbständigkeit stattfindet“². Austritte aus Wohnheimen in weniger betreute Wohnformen oder in die eigene Wohnung sind selten. Das Stufenmodell für die Rehabilitation funktioniert auch in der Praxis der Wohnversorgung eigentlich nicht.

Die fachliche Entwicklung im Bereich der Rehabilitation, und damit auch der Wohnrehabilitation wurde generell als stagnierend eingeschätzt³. Versorgungs- und Betreuungskonzepte haben sich in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten kaum weiterentwickelt. Eine theoretische Auseinandersetzung mit diesem Rehabilitationsthema findet in der Schweiz erst in Ansätzen statt. Es gibt im Wohnbereich kein gesichertes Wissen darüber, welche konzeptionellen Bedingungen tatsächlich positive Integrations- und Rehabilitationseffekte zeigen.

Der Betreuungsbedarf bei psychisch Kranken umfasst ein breites Spektrum und verlangt eine hohe Flexibilität – quantitativ wie qualitativ. Wir haben heute Heime mit Nachtpikett oder anwesendem Nachtpersonal, Heime mit und ohne interne Beschäftigung, Heime, die eher junge oder ältere Bewohner ansprechen und extensive Wohnbetreuung in der eigenen Wohnung oder Wohngemeinschaft. Verändert sich der Betreuungsbedarf, womit bei psychischer Erkrankung immer gerechnet werden muss, können die heutigen Wohnhilfen sich dem Bedarf nur sehr begrenzt anpassen. Der Klient muss sich deshalb dem Angebot anpassen, in dem er wohnt.

Wir haben ein deutlich institutionszentriertes Angebot, d.h. die Institutionen definieren, wer in ihr Konzept hineinpasst und wer nicht. Wer einen Heimplatz sucht oder auf Betreuung im häuslichen Bereich angewiesen ist, macht in der Regel die Erfahrung, dass die geeignete Wohnform mit entsprechender Betreuungsintensität und Rehabilitationshilfe, nach Möglichkeit noch in der Nähe des bisherigen Lebensmittelpunktes nur sehr selten zum richtigen Zeitpunkt zur Verfügung steht. Es müssen praktisch immer Kompromisse geschlossen werden, damit es zu einer Platzierung kommt. Nicht selten wird dabei vom Bewohner mehr „Anpassung“ erwartet, anstatt dass sich die Einrichtung in der Lage sieht, von ihren Konzepten abzuweichen. Eine auf die einzelne Person zugeschnittene Wohnbetreuung findet nur sehr beschränkt statt. Wer wirklich wieder selbständiger werden will, muss dazu auch Gelegenheit

erhalten, beispielsweise indem die Betreuung in stabilen Phasen wieder reduziert wird, ohne dass der Bewohner dabei die vertraute Betreuungsperson wechseln muss oder diese verliert, weil er die Einrichtung wechseln muss. Dies ist in einer Institution, die nur aus einem kleinen Wohnheimangebot besteht aber kaum umzusetzen. Dazu benötigen wir weitere angegliederte „natürlichere Wohnbetreuungsformen“, wie z.B. die bedarfsangepasste Betreuung in der eigenen Wohnung.

Es besteht ein grosser Druck zur hohen Belegung, damit die Finanzierung gesichert ist. Dadurch wird ein Heim nicht belohnt, wenn es krisenanfällige Bewohner aufnimmt, bei denen nach wie vor mit längeren Hospitalisationen zu rechnen ist, oder wenn es stabilere und in der Wohnkompetenz erfolgreich geförderte Bewohner aktiv

men und Vermögen werden zudem für die Finanzierung herangezogen. Der Eintritt in ein Wohnheim bedeutet die praktische Aufgabe der finanziellen Autonomie. Der verbleibende Freibetrag wird meist als gering empfunden. Zusätzliche Kosten beispielsweise für Wohnversuche in der eigenen Wohnung bei gleichzeitiger Rückkehrmöglichkeit und Betreuung durch das Wohnheim sind schwierig zu finanzieren. Beispiele einiger interessanter Entwicklungen in der Region Basel

In Anerkennung dieser Probleme und motiviert durch spannende Inputs im Rahmen der Tagung „WohnSinn – Brennpunkte in der Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen⁴“ ist im Kanton Basel-Landschaft einiges in Bewegung geraten. Eine anlässlich dieser Tagung durchgeführte Erhebung in sämtlichen Wohneinrichtungen



Das Bild stammt aus dem Buch „Buntes Haus, Ein Kunstprojekt mit Menschen in der Psychiatrie“ Hrsg.: Ch. Braendle, Th. Cahn, B. Gasser; Schwabe Verlag Basel, 2004 und wurden uns mit freundlicher Genehmigung vom Verlag zu Verfügung gestellt.

unterstützt, in eine weniger betreute Wohnform zu wechseln und dafür den Platz für eine Rückkehr noch freihält. Damit die Finanzierung gesichert ist, muss der Bewohner ein „IV-Fall“ sein, Einkom-

men und Vermögen werden zudem für die Finanzierung herangezogen. Der Eintritt in ein Wohnheim bedeutet die praktische Aufgabe der finanziellen Autonomie. Der verbleibende Freibetrag wird meist als gering empfunden. Zusätzliche Kosten beispielsweise für Wohnversuche in der eigenen Wohnung bei gleichzeitiger Rückkehrmöglichkeit und Betreuung durch das Wohnheim sind schwierig zu finanzieren. Beispiele einiger interessanter Entwicklungen in der Region Basel

Landschaft überarbeiten zur Zeit drei Wohnheime ihre Angebote. Im wesentlichen sollen die Wohnangebote dabei durchlässiger werden, d.h. traditionelle Wohnheime erweitern ihr stationäres Angebot mit „natürlicheren“ Wohnformen, die den Bewohnern den Übertritt in eine Wohngruppe oder eine Einzelwohnung ermöglichen sollen, auch dann wenn weiterhin mindestens temporär mit intensiverer Betreuung gerechnet werden muss. Dabei soll die Betreuungskontinuität gewährleistet bleiben, indem die Betreuung durch ein Team, also die gleichen Betreuer im Wohnheim wie in der Wohnung, geleistet wird. Durch diese Kontinuität wird ein Ermutigungseffekt erwartet und gleichzeitig gewährleistet, dass die Betreuer mit den Stärken und Problemen der Bewohner auch in der neuen Wohnsituation bereits vertraut sind. Treten diese Bewohner aus dem Wohnheim aus bleiben sie so mit dem „Mutterhaus“ in Kontakt. In Krisen könne sie vorübergehend zurückkehren. Gleichzeitig geben die nun selbständiger lebenden Bewohner den verbleibenden eine Zukunftsperspektive.

Um mehr Flexibilität in der Betreuungsintensität zu gewährleisten und um der Auslastungs-Finanzierungs-Falle zu entgegen müssen sicherlich grössere Einheiten entstehen. Ebenfalls für grössere Einheiten spricht der Bedarf nach Koordination und einem flexibleren Platzangebot. Der Trend geht dahin, dass längerfristig einzelne Institutionen finanztechnisch und organisatorisch, allenfalls auch Betreuungsteams zusammengelegt werden. Ein Verbundsystem mit Versorgungspflicht nach deutschem Vorbild⁵ ist mittelfristig anzustreben, damit jene Menschen auch wirklich eine bedarfsorientierte Wohnbetreuung und Rehabilitation erhalten, die sie benötigen. Parallel wollen wir die fachliche Entwicklung auf verschiedenen Ebenen fördern. Die neu gegründete Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation übernimmt dabei mit ihrem Auftrag, die Rehabilitation fachlich weiter zu entwickeln, eine wichtige Rolle. Im Rahmen von Fortbildungen soll beispielsweise der Erfahrungsaustausch innerhalb der Anbieter für Wohnbetreuung verstärkt werden. Die gleiche Fachstelle unterstützt auch Institutionen bei der Aktualisierung ihrer Konzepte.

Einen Beitrag zur fachlichen Förderung leistet schliesslich die Fachhochschule für Pädagogik und Soziale Arbeit im Rahmen ihres Weiterbildungsprogramms. Sie baut

neu einen Angebotsschwerpunkt „Psychische Behinderung“ auf. Der Nachdiplomkurs „Klientenzentrierte Psychiatrische Rehabilitation“⁶ vermittelt nicht nur fachspezifisches Wissen, sondern beinhaltet auch einen Forschungsteil, in dem die Wirksamkeit der erarbeiteten Konzepte überprüft werden kann.

Heinz Widmer, Externe Psychiatrische Dienste, Liestal/Dr. Niklas Baer, Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation BL

1 Bericht der Planungsgruppe Psychiatrische Rehabilitation zum Ist-Zustand, unveröffentlicht, Liestal 2001 (Seite 82)

2 Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft, Verlag des Kantons Basel-Landschaft, Liestal 2003 (Seite 122)

3 Folgeplanung II (Seite 119)

4 Die Referate können unter dieser Internetadresse eingesehen werden: www.vsp.bl.ch

5 Heinrich Kunze in; Personenbezogene Hilfen in der Psychiatrischen Versorgung, Aktion Psychisch Kranke, Rheinland-Verlag GmbH, Köln 1997, (Seite 17-26)

6 Information über Fortbildungsangebote unter: www.hpsabb.ch

Problèmes et évolutions des structures d'hébergement de réhabilitation dans la région de Bâle.

Dans le domaine de l'hébergement, la région de Bâle est pourvue d'un dispositif différencié et bien développé pour les soins et la réhabilitation des personnes malades psychiques. Pourtant, les personnes qui ont besoin de ce type de structures se heurtent régulièrement aux limites et aux impasses du système actuel. Les places occupées ne se libèrent que rarement, parce que les évolutions vers des formes d'hébergement moins encadrées et plus « naturelles » n'existent pour ainsi dire pas. L'offre existante ne parvient pas à satisfaire les besoins pour la réalisation de projets de vie plus autonomes et les exigences en termes de qualité de vie qui en découlent. Les processus de désaffiliation sociale restent nombreux. La qualité de vie et l'intégration sociale des personnes malades psychiques pourraient cependant être améliorées considérablement par des conditions cadres plus sensées (davantage de flexibilité dans le financement), des modifications structurelles (systèmes de liaison et de coordination) et de nouveaux développements conceptuels et professionnels.

Problemi ed evoluzione delle strutture di soggiorno riabilitative nella regione di Basilea.

Nel campo dell'alloggio la regione di Basilea è provvista di un dispositivo differenziato e ben sviluppato per le cure e la riabilitazione dei malati psichici. Tuttavia il sistema incontra difficoltà che ne ostacolano il funzionamento. I posti occupati si liberano raramente, poiché l'evoluzione verso forme di soggiorno meno inquadrate è costantemente rallentata. L'offerta esistente non è sufficiente a soddisfare il bisogno di realizzare progetti di vita più autonomi e le esigenze in termini di qualità di vita che ne derivano. I processi di mancata integrazione sociale restano numerosi.

La qualità di vita e l'integrazione dei malati psichici potrebbero però essere migliorati considerevolmente da condizioni quadro più sensate (soprattutto da una maggiore flessibilità nei finanziamenti), da modifiche strutturali (sistemi di relazioni e coordinazione) oltre che da nuovi sviluppi concettuali e professionali.

Professor Dr.med. Loren Richard Mosher

3.September 1933, Monterey, Californien

– 10 Juli 2004, Berlin

Nachruf von Theodor Itten, Psychotherapeut SPV, St.Gallen

Loren Mosher, ist bei uns in der Schweiz, am besten bekannt für seine Gründung von Soteria House, San Jose, Calif., in 1971 (Soteria:griechisch für Geborgenheit und Befreiung). Alma Menn, die erste Leiterin und das Team versuchten junge Menschen, ohne Medikamente (in den ersten sechs Wochen), in einem unterstützenden Dabeisein durch ihre erste psychotische Episode zu begleiten. Es ist Prof. Luc Ciompi zu verdanken, dass ab 1984, eine Soteria - Bern entstehen konnte.

Mosher und Menn, etablierten die naturalistische sozialwissenschaftliche Psychotherapieforschung mit den Soteria Häusern, und publizierten die Resultate in über hundert Publikationen. Mosher organisierte Seminare zur Psychotherapie von Schizophrenen – deren Resultate und Beiträge er mit John Gunderson 1975 als : *Psychotherapy of Schizophrenia* publizierte. Es ist Loren Mosher Verdienst, dass Manfred Bleulers Buch über die Schizophrenie, in Englischer Sprache erscheinen konnte.

Loren Mosher studierte Medizin in Stanford und an der Harvard Universität. Ab 1964 war er Forscher am National Institut Mental Health (NIMH). Im Folgenden studierte er eineiige Zwillinge, wovon eine/r „Schizophren“ wurde, der/die andere nicht. Er betrachtete den Einfluss der Familien und des weiteren psychosoziale Umfeldes, um zu ergründen, inwieweit diese Faktoren in der Auslösung von psychischen Störungen beteiligt sind.

Als „Special Research Fellow des NIMH, war Mosher für ein Jahr (1966-1967) in London

Neben Ronald D.Laing und seiner Kingsley Hall, hat Mosher bei Maxwell Jones (Milieutherapeutischen Gemeinschaften), im Maudsley Hospital Psychiatric Genetics Unit, sowie mit Anna Freud, studiert..Damit wurde Mosher ein fundierter und weiser Eklektiker. Schon mit 34 Jahren wurde er Professor. Zuerst Assistant Professor of Psychiatry, Yale University Medical School, dann 1973-81 Clinical Professor,

Georgetown University Medical School, 1981 Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, 1992 Howard University Washington, D.C., 1996 University of California at San Diego.

Als Forschungsleiter des Schizophrenie



Studienzentrums am NIMH, Rockville, Maryland, 1968-1980, und als Gründer und Chefredaktor des *Schizophrenia Bulletin*, setzte er sich intensiv mit den Modellen des Wahnsinns und deren Parallelitäten zur Wirklichkeit in der persönlichen Erfahrung auseinandersetzen. Sein letztes Buch : *Models of Madness* (Hrsg. mit J.Read, R.P.Bentall) 2004, ist nun sein gesundheitspolitisches Testament. Gelebte Gesundheit versus verabreichter Gesundheit. Mehr Macht den Menschen, den Betroffenen und den Betreuenden, ist ein wichtiges Leitmotiv des Buches: *Community Mental Health* (1989), das er zusammen mit Lorenzo Burti, Verona, geschrieben hat. Es ist, im Gedenken an Moshers Tod, jetzt neu aufgelegt, als *Seelische Gesundheit, Ein Leitfaden für die Praxis* (i-books, St.Gallen) Als Mosher von 1988 bis 1996 Chief Medical Director, Department of Health & Human Services, Montgomery, war, eröffnete er das McAuliff House und Crossing Place,

zwei Soteria-Nachfolge Projekte. Er übernahm eine noch grössere gesundheitsversorgungspolitische Verantwortung, als er 1996 zum Clinical Director, Mental Health Services, Dept of Health Services, San Diego, CA. (2.7 Mio.Bevölkerung, Budget \$100 million, 34 tausend Klientenkontakte pro Jahr) berufen wurde. Loren Mosher war ein offener, spontaner, gewissenhafter und herzlicher Mensch Als Freund und Kollege loyal, kritisch und begeisternd. Als Segler bezaubernd. Er war zwei Mal verheiratet und hinterlässt seine zweiten Frau, Judy Schreiber, Professorin für SozialArbeit in San Diego, sowie die drei Kinder aus erster Ehe mit Irene Carleton; Hal, Tim, und Heather mit einer Tochter.

Professor Dr.med. Loren Richard Mosher

Necrologia

Loren Mosher da noi in Svizzera é conosciuto soprattutto in quanto fondatore, nel 1971, della Soteria House, San Jose et Calif. (Soteria : termine greco che significa sicurezza e liberazione) La prima direttrice, Alma Menn, e la sua équipe tentarono, senza ricorrere ai farmaci (nelle sei prime settimane) e tramite una presenza attiva, di accompagnare dei giovani attraverso i loro primi episodi psicotici. É al Prof. Luc Ciompi che dobbiamo la nascita nel 1984 di una Soteria a Berna.

Professor Dr.med. Loren Richard Mosher

Article nécrologique

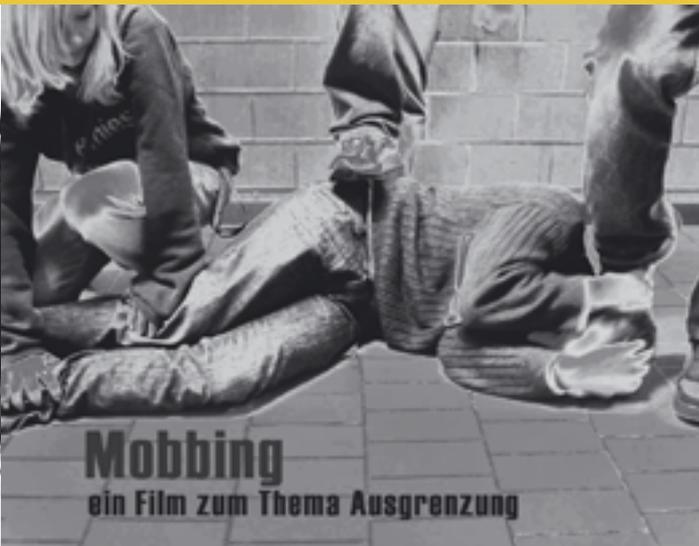
Chez nous en Suisse, Loren Mosher est surtout connu en tant que fondateur, en 1971, des Soteria House, San Jose et Calif. (Soteria : mot grec signifiant sécurité et délivrance). La première directrice, Alma Menn, et son équipe tentèrent d'accompagner, sans médicaments (durant les six premières semaines) et au moyen d'une présence active, de jeunes personnes à travers leur premier épisode psychotique. C'est au Prof. Luc Ciompi que nous devons la naissance en 1984 d'une Soteria à Berne.

ROCHADE: Ein prozessorientiertes Videoprojekt an Schulen zum Thema Ausgrenzung



Von August bis Dezember 2004 wurde an Schulen von Basel-Stadt und Basel-Landschaft das Projekt ROCHADE durchgeführt. In diesem Projekt ging es darum, mit Schulklassen (Stufen 8 und 9) unterschiedlicher Niveaus das Thema Ausgrenzung inhaltlich zu diskutieren, die Jugendlichen über ihre eigenen Ausgrenzungserfahrungen sprechen, malen und spielen zu lassen, mit ihnen ein Drehbuch für einen Film zum Thema zu entwickeln und schliesslich einen Film auf der Basis dieses Drehbuchs zu realisieren. Das Ziel war es, die Jugendlichen und ihr soziales Umfeld für diese Thematik zu sensibilisieren und die verschiedenen Formen





sowie die Komplexität von „Ausgrenzung“ ins Bewusstsein zu rücken, sowie Antworten auf die Fragen zu finden, ob und wie das Medium Video für die praktische Arbeit im Jugend- und Integrationsbereich sinnvoll eingesetzt werden kann. Einmal fertig gestellt, wurden die Filme zuerst den ProjektteilnehmerInnen und dann der Öffentlichkeit vorgeführt und zur Diskussion gestellt. Aufgrund der Evaluation, an der zurzeit gearbeitet wird, wird ein Schlussbericht erstellt und eine Broschüre mit den wichtigsten Ergebnissen sowie den Filmen auf einer beigelegten DVD publiziert.
Kontakt: André Affentranger, 061 312 56 12, affentranger-a@bluewin.ch



L'article 73 est mort...

Quelques flashes alarmistes

« Qu'allons-nous devenir ? L'article 73 LAI est mort et les caisses des cantons sont vides. La RPT a démantelé la politique fédérale en faveur des personnes handicapées ». Avec le transfert aux cantons de la responsabilité des institutions résidentielles et des ateliers protégés a sonné l'heure de la débandade. Tout a été dit et écrit sur le sujet et les quelques propos cités ici laissent penser que nous avons entamé la marche vers le retour à la préhistoire de la protection sociale helvétique.

D'autres voies plus angéliques entonnent l'hymne à la gloire des incommensurables bienfaits d'une revalorisation des rapports de proximité entre autorités et citoyens et autres groupes sociaux, entre personnes favorisées et démunies.

Evidemment, selon que l'on porte des lunettes noires ou roses, la réalité paraîtra plus ou moins colorée. Pour évaluer ce qui se passe aujourd'hui, un peu de recul est nécessaire. Les changements en cours ne sont pas insignifiants et ils vont très au-delà de la problématique spécifique des personnes handicapées. Ils demanderont de nouvelles formes d'analyse et de nouvelles stratégies d'action. La fin du monde n'a pas sonné pour autant, l'avenir ne se construira pas sur les vibratos des prophètes de l'apocalypse.

Les trente glorieuses du handicap

La loi fédérale sur l'assurance invalidité est jeune, elle a moins de 50 ans et il n'y a probablement pas de hasard à ce qu'elle ait été adoptée 10 ans après le début des 30 glorieuses. La protection sociale s'est toujours construite en phase d'expansion de l'économie, s'appuyant sur le postulat que la croissance permettrait rapidement d'absorber les coûts générés. Si les 30 glorieuses de l'économie couvrent la période 1950-1980, celle du développement des institutions en faveur des personnes handicapées va des années 1970 à la fin des années 1990.

Les difficultés économiques et la crise des finances publiques remontent au début des années 1990. L'on pouvait prévoir qu'avec un certain effet retard, elles remettraient en question le rythme et les modalités de déve-

loppement des infrastructures en faveur des personnes handicapées. En d'autres termes, durant des décennies, le domaine du handicap a bénéficié d'un modèle d'organisation protectionniste, basé sur la LAI, et un budget géré par l'OFAS relativement indépendamment de celui des collectivités publiques fédérales et cantonales. Cette situation très favorable a permis le développement rapide des institutions, ce qui était souhaitable et nécessaire. L'erreur était de croire qu'il pouvait perdurer indépendamment de l'évolution de la politique économique et sociale générale de l'Etat.

évolution actuelle

Très schématiquement, la nouvelle donne de la protection sociale suisse se caractérise par quelques tendances qui touchent toutes les assurances sociales et non seulement l'assurance invalidité. L'assainissement financier des assurances passe par une restriction du champ des assurances, restriction qui touche autant les domaines couverts que les prestations individuelles octroyées. Ces restrictions résultent d'une interprétation plus serrée de la notion d'assurance, qui provoque la suppression des prestations non directement liées aux risques couverts. L'abandon du subventionnement des institutions traitant de la dépendance en est un exemple particulièrement illustratif. La prise en charge de prestations non directement liées à la survenance du dommage couvert par l'assurance est renvoyée à d'autres régimes : LAMal, chômage, aide sociale.

Dans la même dynamique, le développement des relations entre assurance invalidité et assurance chômage est intéressant. À partir d'une situation initiale où chaque assurance avait tendance à reporter ses coûts sur l'autre apparut la nécessité d'une approche concertée de la problématique d'aptitude ou inaptitude au placement (LASI) / capacité ou incapacité de gain (LAI). Les accords portant notamment sur la transmission des données, ainsi que des mécanismes de prise en charge concertée entre les deux assurances, se multiplient. Si la collaboration inter-institutionnelle,

qui sera encore amplifiée par les 4ème et 5ème révisions AI ... est souhaitable, dans la mesure où elle permettra de raccourcir les processus de prise en charge, on aurait tort de sous-estimer l'impact possible d'un report de charge sur le dispositif le moins organisé et le moins spécifique de la protection sociale : l'aide sociale, qui relève de la compétence des cantons, quand ce n'est des communes.

Deuxième caractéristique importante : la fin de l'isolationnisme du domaine du handicap. Durant plus de 30 ans, les institutions ont pu se développer dans le cadre d'une organisation, d'une réglementation et d'un financement spécifique. Il y avait le monde du handicap, évoluant comme une enclave peu affectée par les évolutions de l'environnement économique et politique. Situation un peu paradoxale, qui a amené à construire le discours sur l'égalité de la personne handicapée dans un contexte structurel de régime d'exception. Il fallait faire vite, il est vrai...

Aujourd'hui, les portes sont ouvertes et l'intégration des personnes handicapées doit trouver son chemin au cœur-même et non plus à côté de tous les débats sur la politique économique et la protection sociale. L'image est un peu hasardeuse, mais l'on peut dire à l'instar de tous les autres domaines de l'activité humaine, que celui du handicap doit répondre aux questions et aux défis que posent l'ouverture des frontières, la libéralisation des marchés, la concurrence. Pour y répondre, les stratégies défensives et les réflexes isolationnistes ne suffiront pas.

Sortir des logiques protectionnistes

L'article 73 LAI est mort... Et alors ? Cet article ne réglait que la question des institutions résidentielles et des ateliers protégés, ce qui ne couvre de loin pas la problématique générale de l'intégration des personnes handicapées. Sous le parapluie d'une réglementation fédérale, les modèles cantonaux qui se sont développés, divergent considérablement. Les mesures d'accompagnement de la RPT permettront, imposeront même le renforcement des collaborations intercantionales et c'est une bonne chose. Le risque d'une dispersion des modèles est relativement faible, aucun canton ne pouvant se permettre de vivre en autarcie, ce qui était possible jusqu'à aujourd'hui.

La suppression des barrières de l'art. 73 LAI permettra aussi le développement de collaborations intracantonales, qui iront toutes dans le sens d'un décloisonnement des approches :

– Decloisonnement entre structures résidentielles et ambulatoires

L'article 73 permettait, imposait même parfois une conception institutionnelle coupée, entre avant et après la prise en charge résidentielle. Or, la personne handicapée s'inscrit dans une trajectoire personnelle, qui ne peut se circonscrire à une structure. Celle-ci n'est qu'un moyen et pas une fin. Ce décloisonnement pourrait passer par la mise en place, au niveau cantonal, d'instances d'indication supra-institutionnelles. Une fois encore, il s'agit de placer la personne au centre du dispositif : quelles ressources ambulatoires, stationnaires, professionnelles, bénévoles, peuvent et doivent être mobilisées, pour répondre aux besoins d'une personne en incapacité momentanée ou durable, d'assumer son autonomie ? Dans cette perspective, la prise en charge résidentielle ne peut être une fin en soi, mais seulement un outil au service d'un projet.

– Decloisonnement entre institutions spécialisées et institutions généralistes

Cette question liée au maintien à domicile, ainsi qu'à l'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de fragilité peut se circonscrire à un domaine spécifique et légitimer la multiplication en parallèle des structures d'intervention. La mise en réseau des différents services oeuvrant sur un territoire, permet une optimisation de l'engagement des moyens, mais ne signifie pas pour autant la fusion de toutes les compétences dans un magma informe. L'accompagnement de personnes handicapées, âgées, malades, demande des connaissances, des approches et des outils spécifiques, qui peuvent s'articuler sur une logistique transversale appelée à répondre à différents besoins sur un territoire.

La mise en réseau de certaines ressources exige cependant que deux conditions complémentaires soient remplies : L'acceptation ouverte des compétences de chaque partenaire et l'affirmation sereine et claire des siennes propres.

– La mort de l'article 73 LAI pourrait avoir un effet inattendu. Le parapluie OFAS a permis aux institutions résidentielles pour personnes handicapées tout particulièrement, de se développer comme des lieux de vie et non des institutions médicales

ou sanitaires. La réglementation OFAS définit des territoires et des compétences d'organisation entre la psychiatrie et les institutions socio-éducatives. La responsabilité cantonale des institutions régies par l'art. 73 laissera sans doute le champ libre à la réouverture d'un vieux débat entre psychiatrie et approche socio-éducative. Il n'y a pas lieu de le craindre, il faudra l'aborder en construisant des partenariats au-delà de toutes les difficultés de compréhension réciproques qui ne manqueront pas.

– Decloisonnement enfin, entre la protection sociale spécifique aux personnes handicapées et celle offerte à l'ensemble de la population

Que ce soit en terme de prestations financières ou de prestations de service, l'important n'est pas de savoir à quoi ont droit ou n'ont pas droit les personnes handicapées, mais l'ensemble de la population. Evidemment, selon les incapacités, qui échappent d'ailleurs à la définition stricte du handicap, les prestations doivent être modulées et différenciées quantitativement et qualitativement, afin d'approcher dans toute la mesure du possible l'objectif d'égalité et d'équité, applicable à toute personne. Il faut dépasser ici les discours pontifiant, prendre en compte la réalité dans ses détails les plus

quotidiens. À titre d'exemple, le handicap ne donne pas droit en soi à la gratuité d'une prestation (pour les transports par exemple), mais l'accès à la prestation doit être possible à des conditions équivalentes à celles, prévalant pour les personnes ne souffrant pas de handicap.

L'article 73 LAI est mort, il n'y a pas lieu de le pleurer. Les caisses des cantons ne sont pas vides, pas plus vides en tout cas qu'hier. À long terme pourtant, il est illusoire de penser que la politique en faveur des personnes handicapées puisse se développer indépendamment de l'état des finances publiques. Il faudra simplement apprendre à vivre et à défendre la situation des personnes handicapées dans le monde, avec lui et non à côté du monde. Le défi est de taille, mais si nous savons le relever, les personnes handicapées y gagneront la possibilité d'être reconnues un peu mieux, comme citoyens à part entière, avec toutes les libertés et les responsabilités liées à cette reconnaissance.

Simon Darioli

Der Artikel 73 ist tot....

Das schweizerische Sozialwesen mit seinen vielfältigen Institutionen für Behinderte wurden in einer Zeit der Expansion aufgebaut. Die ökonomische Krise und Schwierigkeiten bei den öffentlichen Finanzierung führen zu neuen Entwicklungen. Der Artikel 73 des IVG ist tot und der NFA erfordert den Übergang der Verantwortung für Einrichtungen im Bereich Wohnen und geschützte Werkstätten an die Kantone.

Die Auswirkung der Verschiebung der Lasten auf die am wenigsten organisierten und strukturierten Instrumentarien des Sozialwesens, ob Kanton oder Gemeinde, darf nicht unterschätzt werden. Trotzdem beinhaltet dies auch die Möglichkeit, aus gewissen protektionistischen Gesetzmäßigkeiten auszusteigen, so zum Beispiel jener von stationären und ambulanten oder von spezialisierten und allgemeinen Institutionen. Dies verpflichtet uns, die Frage der Behinderung neu zu überdenken, indem wir sie ins Zentrum finanzpolitischer Diskussionen stellen und sie in alle aktuellen gesellschaftlichen Fragen miteinbeziehen.

L'articolo 73 è morto....

La protezione sociale svizzera e le numerose istituzioni per i portatori di handicap si sono costituite durante diverse fasi di espansione. La crisi economica e le difficoltà delle finanze pubbliche hanno prodotto nuove tendenze. L'articolo 73 LAI é morto e la RPT impone il trasferimento ai cantoni della responsabilità delle istituzioni residenziali e degli atelier protetti.

L'impatto che questo provoca non é da trascurare, considerando che si tratta di uno spostamento a carico di enti meno organizzati e meno strutturati.

Tuttavia questa situazione offre anche la possibilità di uscire da certe logiche protezionistiche, per esempio tra le strutture residenziali e ambulatoriali, tra istituzioni specializzate e generaliste, e ci impone di riconsiderare la questione dell'handicap ponendola al centro dei dibattiti sulla politica economica, integrandola alle problematiche attuali della società.

„Begleitetes Einzelwohnen“ – bewährtes Modell der Zukunft?

Das „Begleitete Einzelwohnen“ (BEW) richtet sich an Menschen mit psychischen Problemen, die in ihrer eigenen Wohnung leben, fachliche Begleitung benötigen und bereit sind, mit dem Betreuungsteam der Wohnbegleitung zusammenzuarbeiten. Die Bereitschaft, die individuell getroffenen Vereinbarungen einzuhalten, wird vorausgesetzt. Der Vertrag wird weder mit einer BewohnerIn noch mit einer PatientIn sondern mit der KlientIn abgeschlossen.

Für die KlientIn tritt anstelle der Auseinandersetzung in der Gruppe (Wohngruppe oder Wohnheim) die tägliche Begegnung mit der Nachbarschaft in der Überbauung und im Quartier. Das „alleine“ Wohnen ist ein hoher Anspruch und Realität in unserer Gesellschaft. Viele Menschen wollen sich auch nicht (mehr) in einer kollektiven Wohnform über Alltägliches auseinandersetzen. Die KlientIn plant zusammen mit der sozialpsychiatrisch ausgebildeten Fachperson ihren Alltag und erarbeitet die dazu nötigen Schritte. Z.B. wird mit einer Person, die Schwierigkeiten mit Aussenkontakten und oder „Strukturen einhalten“ hat, ein „Wochenplan“ erstellt. Darin werden die Besuche beim Arzt/Ärztin, Therapie, Einkauf, Coiffeur, Kontakte mit anderen Stellen, Bekannten, mit der Wohnbegleitung, die Arbeitszeiten u.a. eingetragen. Zudem wird abgemacht, was hilfreich ist beim Einhalten der Termine. Die Vorgaben und das Raster helfen sich an einen Ablauf zu halten und geben Sicherheit. Der Rückblick und die Auswertung der getroffenen Vereinbarung zeigt das Erreichte und stärkt das Selbstbewusstsein. Der begleitete Mensch hat eine höhere Selbstverantwortung als in einem Wohnheim. Die Begleitung wirkt wie ein Katalysator, Fortschritte, auftretende Schwierigkeiten oder Fragen werden bei den Treffen erörtert.

Die Arbeit des „Begleiteten Einzelwohnens“ beinhaltet einen wöchentlichen Besuch zuhause bei der KlientIn von 1.5 bis 2 Stunden Dauer (Netto Aufwand). Brutto beträgt der Zeitaufwand das zwei- bis dreifache, dazu gehören Telefongespräche, ein schriftlicher Verlauf, Standortbestimmung, Kontakte zu involvierten Personen / Stellen, Fahrzeiten,

Sitzungen, regelmässige Freizeittreffen, ein Gruppen-Ferienangebot und das Einhalten der qualitativen Bedingungen. In Notfällen, oder begründeten Ausnahmesituationen sind mehrere Besuche pro Woche und vor allem auch telefonische Kontakte möglich. Klinikentritte werden begleitet und der Kontakt während dieser Zeit aufrechterhalten.

Die lösungsorientierte Unterstützung bezieht sich auf lebenspraktische Hilfestellungen im administrativen und finanziellen Bereich, bei der Organisation des Haushalts, im Aufrechterhalten der sozialen Kompetenz, zum Wahrnehmen der ärztlichen/therapeutischen notwendigen Angebote, beim Koordinieren mit anderen UnterstützungsanbieterInnen, im Verhandeln mit VermieterInnen / ArbeitgeberInnen etc., im Freizeitbereich und einfach auch im „Dasein“!

Sozialpsychiatrie setzt hier ganz direkt mit der KlientIn in ihrem Umfeld an. Ressourcen und die verschiedenen Hilfesysteme werden mit der betroffenen Person koordiniert um den Alltag besser zu bewältigen.

Die verschiedenen Wohnformen des VSPZO und anderer Einrichtungen sind keine Konkurrenz sondern ergänzen sich. Die KlientInnen wählen massgeschneiderte Begleitungen aus diesem Fächer, Wechsel zwischen den Angeboten sind dabei keine Seltenheit.

Bis anhin gab es an den finanziellen Aufwand des „BEW“ Beiträge nach Art. 74 IVG (Invalidengesetz). Die KlientInnen leisteten selber pauschal Fr 220 / Monat, die je nach Einkommensverhältnissen bei den Ergänzungsleistungen anrechenbar waren. Die Einführung der (an sich sehr sinnvollen) Hilflosenentschädigung für lebenspraktische Begleitung im Rahmen der 4. IVG-Revision brachte hier paradoxerweise für Klientinnen und Anbietende mehr Umtriebe und Unsicherheiten. Die weitere Entwicklung ist völlig offen.

Der personenzentrierte Ansatz des „Begleiteten Einzelwohnens“ zur sozialen und beruflichen Integration hat viele Parallelen mit dem Case-Management, und ist damit ein bewährtes Modell der Zukunft!

Angelika Wiedersheim

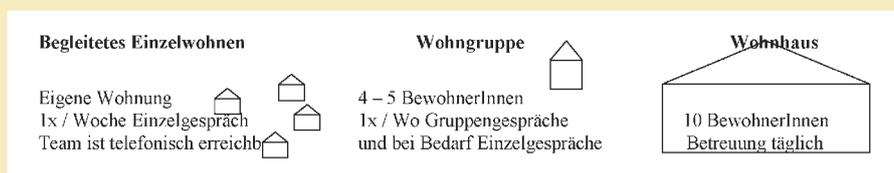
Bereichsleitung Wohnen, www.vspzo.ch

Accompagnement individualisé au domicile personnel, un modèle d'avenir confirmé?

En psychiatrie sociale, l'autonomie dans la communauté et l'existence d'un réseau d'affiliations sociales et d'échanges relationnels avec les autres sont considérées comme des éléments importants. L'accompagnement ponctuel d'un client dans son propre lieu de vie s'oppose-t'il à ces fondements? A l'association de psychiatrie sociale de l'Oberland zurichois (VSPZO), la preuve est faite depuis une dizaine d'années que les offres, s'étendant des foyers jusqu'aux accompagnements au domicile personnel en passant par les appartements communautaires, se complètent très bien! Le soutien apporté à la personne pour une vie à domicile dans son propre logement fait souvent suite à un séjour en clinique ou à un accompagnement intensif dans une structure d'hébergement collectif. Considérée comme client, la personne est placée au centre et définit elle-même les objectifs d'un projet de vie plus autonome.

Accompagnamento personalizzato a domicilio, un modello valido per il futuro?

In psichiatria sociale, l'autonomia all'interno della comunità e l'esistenza di una rete di relazioni e di scambi sociali sono considerati degli elementi importanti. L'accompagnamento individuale di un cliente nel suo luogo di vita si oppone a questi principi? L'associazione della psichiatria sociale dell'Oberland zurighese (VSPZO), sperimenta da una decina d'anni una pluralità di offerte complementari, che vanno dai foyers alle cure a domicilio, agli appartamenti comunitari, che si integrano positivamente tra loro. Il sostegno domiciliare offerto al malato segue spesso un soggiorno in clinica o un accompagnamento intensivo all'interno di una struttura di alloggio collettivo. Il cliente acquista quindi un ruolo centrale e definisce così gli obiettivi di un progetto di vita più autonomo.



Bericht aus dem Zentralvorstand

Der letzte Bericht schloss mit der kurzen Mitteilung, dass Hans Brenner auf Ende dieses Jahres seinen Rücktritt als Präsident angekündigt hatte. Die Planung der Nachfolge und Vorbereitung der Wahl an der Jahresversammlung im Herbst dieses Jahres beschäftigten den ZV auch an einer ausserordentlichen Sitzung. Er nahm die Gelegenheit wahr, das Profil des Präsidiums und die Erwartungen an eine neue Präsidentin oder einen neuen Präsidenten zu reflektieren. Er diskutierte auch einen Antrag, die nach der schrittweise erfolgten Aufgliederung der Gesellschaft in drei sprachregionale Sektionen gefundene Struktur und Arbeitsweise des ZV zu überdenken. Er entschied, dieses Thema erst gemeinsam mit dem neuen Präsidenten, bzw. der neuen Präsidentin weiter zu verfolgen.

Die Mitglieder des ZV sehen die Umsetzung und Weiterentwicklung sozialpsychiatrischer Praxis durch verschiedene aktuelle Entwicklungen bedroht. In eingehenden Diskussionen legten sie Schwerpunkte fest, die der ZV in diesem Jahr weiter verfolgen möchte, und wo er nach Möglichkeit aktiv werden will.

In einer Erklärung der europäischen Gesundheitsminister im Rahmen der WHO zu Massnahmen im Bereich psychischer Gesundheit, die auch von der Schweiz unterzeichnet wurde, wird u.a. eine Förderung der Ausbildung und Qualifizierung der Mitarbeiter gefordert. Gleichzeitig stellen wir fest, dass die Zahl der psychiatrisch ausgebildeten Fachpersonen abnimmt. Dies gilt sowohl für den Bereich der Pflege (einheitliche Basisausbildung), und zeichnet sich auch im Bereich der Ärzte ab. Das zunehmend verbreitete Verständnis der Psychiatrie als eine medizinische Disziplin neben andern erkennt die zentrale Bedeutung der Psychotherapie, der interdisziplinären Zusammenarbeit und sozialen Vernetzung für das psychiatrische Handeln.

Die SGSP bietet selbst im Tessin und in der Deutschschweiz eine Zusatzausbildung in Sozialpsychiatrie an. Diese gibt wesentliche Impulse zur Entwicklung sozialpsychiatrischen Denkens und Handelns und fördert den gegenseitigen Erfahrungsaustausch unter Mitarbeitenden in der Praxis. Der ZV bekräftigte seinen Entscheid, diese leicht zugängliche Weiterbildung weiterzuführen. Dieses Angebot ist aber nicht integriert in das schweizerische System der beruflichen Bildung, wo es bestenfalls in Ansätzen

Qualifizierungsmöglichkeiten im Bereich der Sozialpsychiatrie gibt. Der ZV überlegt, in welcher Form geeignete Impulse geben oder auf entsprechende Ausbildungsziele und Angebote hinarbeiten kann.

Diese pluridisziplinäre Basis sozialpsychiatrischer Praxis ist auch im Tarmed nur teilweise berücksichtigt. Die Möglichkeit, Leistungen nichtmedizinisch ausgebildeter Fachleute im Bereich Pflege und Sozialarbeit an sozialpsychiatrischen Institutionen selbständig abrechnen zu können, stellt zwar eine positive Neuerung dar. Sie berücksichtigt aber nicht, dass dies gerade auch in der psychiatrischen Grundversorgung, z.B. in Praxen niedergelassener Psychiater möglich sein müsste.

Schliesslich beunruhigen schleichende Praxisveränderungen der IV. Es wurde von zunehmenden Entscheidungen berichtet, die auf ungenügende Kenntnisse im Bereich psychischer Erkrankungen schliessen lassen sowie mangelnder Bereitschaft, sich mit den spezifischen Aspekten psychischer Beeinträchtigung auseinander zusetzen.

Thomas Rüst

Rapport du comité central

Le dernier rapport mentionnait brièvement l'annonce par Hans Brenner de son retrait en tant que président d'ici la fin de cette année. La planification de sa succession et la préparation d'une nouvelle élection à l'Assemblée Générale de cet automne ont été au centre des préoccupations du comité central lors d'une session extraordinaire. A cette occasion, le comité a réfléchi au profil de la présidence et à ses attentes quant à un nouveau président ou une nouvelle présidente. Il fut également question d'un mandat d'évaluation de l'organisation et du fonctionnement de notre société, qui s'est progressivement structurée en trois sections linguistiques. Le comité décida de reprendre ce thème en concertation avec le(la) nouveau(nouvelle) président(e).

Les membres du comité central considèrent que l'opérationnalisation et le développement de la psychiatrie sociale sont menacés par diverses évolutions actuelles. Des discussions intenses permirent d'établir des points forts que le comité central souhaite étudier plus à fond et sur lequel il entend éventuellement aussi agir.

Une déclaration faite dans le cadre de l'OMS par les ministres européens de la santé et concernant un catalogue de mesures dans le

domaine de la santé psychique, déclaration également ratifiée par la Suisse, insiste particulièrement sur le développement de la formation et de la qualification des professionnels oeuvrant dans ce secteur. Nous constatons pourtant qu'actuellement le nombre de professionnels formés en psychiatrie diminue. Cette situation prévaut dans le domaine des soins (formation de base commune) et se manifeste également dans celui de la formation des médecins. La représentation de plus en plus courante de la psychiatrie, comme une discipline médicale parmi d'autres, est le signe tangible d'une méconnaissance de l'importance capitale que revêtent, dans l'action psychiatrique, la psychothérapie, la collaboration interdisciplinaire et la prise en compte des processus intégratifs d'un réseau social.

La SSPS offre elle-même au Tessin et en Suisse alémanique une formation complémentaire en psychiatrie sociale. Celle-ci confère des impulsions importantes au développement du concept de psychiatrie sociale et stimule les échanges d'expériences réciproques entre les praticiens du terrain. Le comité central confirma sa volonté de maintenir cette formation continue accessible à un large éventail de professionnels. Cette offre n'est toutefois pas intégrée dans les circuits officiels du système suisse de formation continue. Dans ces derniers, on trouve, au mieux, quelques indications pour des possibilités de qualification en psychiatrie sociale. Le comité central réfléchit comment porter plus loin des orientations plus ciblées et élaborer des objectifs et des offres de formation plus adéquate.

Le principe de la pluridisciplinarité, inhérent à la pratique de psychiatrie sociale, n'est pas non plus suffisamment reconnu par le Tarmed. La possibilité pour les institutions de psychiatrie sociale de facturer à part les prestations fournies dans le domaine des soins et du travail social, par des intervenants qui ne sont pas médecins, constitue pourtant une nouveauté positive. Cette possibilité devrait cependant être admise aussi pour les soins psychiatriques de base, notamment pour les pratiques des médecins psychiatres installés.

Enfin, certaines modifications s'infiltrant sournoisement dans les procédures de l'AI inquiètent aussi le comité. En effet, d'aucuns rendent compte d'une augmentation des décisions prises sans réelles connaissances du domaine des maladies psychiques et faisant preuve d'un manque de volonté à se confronter aux limitations spécifiques des troubles psychiques.

Thomas Rüst

Rapporto del comitato centrale

L'ultimo rapporto menziona l'annuncio di Hans Brunner dell'abbandono dell'incarico di presidente dalla fine dell'anno. La pianificazione della sua successione e la preparazione di una nuova elezione all'assemblea generale di quest'autunno sono state al centro delle preoccupazioni del comitato centrale nel corso di una riunione straordinaria. In quest'occasione il comitato ha riflettuto sul profilo della presidenza e sulle attese riguardo al nuovo presidente. Si è anche discussa la richiesta di ripensare l'attuale struttura e le modalità operative del comitato centrale.

Il comitato ha deciso di riprendere questo tema con il nuovo (o la nuova) presidente.

I membri del comitato centrale ritengono che l'operatività e lo sviluppo della psichiatria sociale siano minacciati dalle diverse evoluzioni attuali. Delle discussioni intense hanno permesso di stabilire delle priorità che il comitato centrale si augura di studiare più a fondo e sulle quali intende eventualmente anche agire.

Una dichiarazione fatta nell'ambito dell'OMS dai ministri della salute europei riguardante una serie di misure nel campo della salute psichica, dichiarazione ratificata dalla Svizzera, insiste particolarmente sullo sviluppo della formazione e della qualificazione dei professionisti che operano in questo settore. Noi constatiamo tuttavia che attualmente il numero dei professionisti formati in psichiatria diminuisce. Questa situazione prevale nell'ambito delle cure (formazione di base comune) e si manifesta ugualmente in quello della formazione dei medici. La rappresentazione sempre più diffusa della psichiatria come una disciplina medica tra le altre, è il segno tangibile di una scarsa conoscenza dell'importanza capitale che rivestono, nell'azione psichiatrica, la psicoterapia, la collaborazione interdisciplinare e la considerazione dei processi integrativi della rete sociale.

La SSPS offre anche in Ticino e in Svizzera tedesca una formazione complementare in psichiatria sociale. Questa contribuisce allo sviluppo del concetto di psichiatria sociale e stimola gli scambi di esperienze tra coloro che operano nel settore. Il comitato centrale ha confermato la sua volontà di mantenere questa formazione continua accessibile ad un largo ventaglio di professionisti. Tuttavia

l'offerta non è integrata nei circuiti ufficiali del sistema svizzero della formazione continua, all'interno del quale si trova al massimo qualche indicazione sulle possibilità di qualificazione in psichiatria sociale. Il comitato centrale ha riflettuto su come elaborare obiettivi ed offerte di formazione più adeguate a questa situazione.

Anche dal Tarmed il principio della pluridisciplinarietà, inerente alla pratica della psichiatria sociale, non è sufficientemente riconosciuto. La possibilità per le istituzioni di psichiatria sociale di fatturare autonomamente le prestazioni fornite nell'ambito delle cure e del lavoro sociale, per degli interventi che non sono medici, costituisce però una novità positiva. Questa possibilità dovrebbe però essere ammessa anche per le cure psichiatriche di base, per esempio per gli studi psichiatrici.

Infine, alcune modifiche introdotte "furtivamente" nelle procedure dell'AI preoccupano il comitato. In effetti, si nota un aumento delle decisioni prese senza una reale conoscenza dello specifico delle malattie psichiche che danno prova di una mancanza di volontà di confrontarsi con i limiti propri delle malattie psichiche.

Thomas Rüst

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. Redaktionsschluss: 25.4. 2004

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. Délai rédactionnel: 25.4. 2004

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. Termine di redazione: 25.4. 2004

Le "informazioni SSPS" vogliono servire alla reciproca

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

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

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort

Fax:

- Einzelmitglied/Membre individuel/socio individuelle (Jahresbeitrag: Fr. 50.-)
 Kollektivmitglied/Membre collectif, Institution/socio collettivo (Jahresbeitrag: Fr. 200.-)
 AbonnentIn/Abonnée des/abbonamento SGSP-Informationen (Jahresabonnement: Fr. 20.-)

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

Senden an / Evoyer au / Spedire a:

Sekretariat der SGSP, Peter Stalder, Hagenholzstrasse 25, 8302 Kloten
Sekretariat SSPS, Service de consultation, Rue de l'hôpital 14, 1920 Martigny
Società Svizzera di psichiatria Sociale, cas. Post. 55, 6654 Cavigliano

Redaktionsteam / Gruppo di redazione / Equipe rédactionnelle:

Bachmann Kurt, Dr. med., Chefarzt Zentrum für Psychiatrie & Psychotherapie, Spital SRO Langenthal;
Burkhalter René, Geschäftstellenleiter, Stiftung Phönix, Zug;
Stefan Kunz, Dozent Hochschule für Gesundheit, Freiburg
Zbinden, Barbara, émera, Responsable e la communication, Martigny
Waldvogel, Ruth, Dr. sc.nat.lic. Phil, Psychotherapeutin SPV, Basel

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



Das Recht auf Gesundheit bei Novartis:

Ergänzen statt ersetzen

In welchem Rahmen und mit welchen konkreten Massnahmen kann die Pharma-Industrie zur Umsetzung des Rechts auf Gesundheit beitragen? Der vorliegende Beitrag von Markus Breuer und Alexander Schulze strebt an, einer realistischen Einschätzung und Bewertung der spezifischen Verantwortlichkeiten und Beiträge von Pharma-Unternehmen am Beispiel der Novartis näher zu kommen.

Die voranschreitende Globalisierung ist mit verschiedensten Assoziationen verbunden. Vielfach ist die Wahrnehmung, dass vor allem multinationale Unternehmen die weltweiten ökonomischen, politischen und kulturellen Verflechtungen und Interdependenzen zu ihren Gunsten zu nutzen wissen. Sie bauen Arbeitsplätze im Norden ab, siedeln diese im Süden an und umgehen so höhere Kosten und Steuern sowie Arbeits-, Umwelt- und Menschenrechtsstandards. Es wird argumentiert, dass sich alleine aufgrund der Grösse und Ressourcenbasis international tätiger Unternehmen und der schwindenden Kontrollmöglichkeiten von Nationalstaaten die Gestaltungsmöglichkeiten zugunsten ersterer verschoben haben.

Vor diesem Hintergrund entbrannte die Debatte um die Fragen, ob und wie die Einhaltung, der Schutz und die Erfüllung der Menschenrechte durch multinationale Unternehmen gewährleistet werden kann. Durch die sich verschärfende globale Gesundheitskrise im Zuge stark angestiegener Zahlen von Malaria-, Tuberkulose- und HIV/Aids-Fällen ist insbesondere das Recht auf Gesundheit ins Blickfeld geraten.

Menschenrechte: respektieren, schützen und fördern

Der Diskurs über die Menschenrechte bezieht sich heute auf die verschiedenen

zentralen Abkommen und Deklarationen der UNO und ihrer Unter-Organisationen. Das dort vertretene Menschenrechtskonzept betont neben der universalen Gültigkeit der Menschenrechte auch ihre Unteilbarkeit und Interdependenz. Die UNO-Menschenrechtsdeklaration aus dem Jahr 1948 zielt darauf ab, Individuen und Gruppen in ihrer Würde und Freiheit zu schützen. Daher ist es für alle Akteure notwendig, diese Rechte zu respektieren (sie also nicht durch eigenes Handeln zu verletzen), zu schützen (d.h. zu garantieren, dass andere Akteure diese Rechte nicht verletzen) und zu gewährleisten (d.h. durch geeignete Massnahmen zur progressiven Erfüllung der Rechte beizutragen).

Das Recht auf Gesundheit ist ein elementares Menschenrecht. In diesem wird, so Artikel 12 der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte (WSK-Paktes), „das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit“ anerkannt. Was aber ist unter Gesundheit zu verstehen? Eine positive Definition von Gesundheit fällt schwer, da in verschiedenen Kulturen etwas anderes unter Gesundheit verstanden wird. Einfacher ist es hingegen, das Fehlen von Gesundheit zu bestimmen. Dieses Fehlen drückt sich in Indikatoren wie beispielsweise einer erhöhten Kinder- und Müttersterblichkeit aus.

Der Anspruch auf Gesundheit, der nicht gleichzusetzen ist mit einem Anspruch auf ein ‚Gesundsein‘, verpflichtet alle Akteure einer Gesellschaft. Zum einen sind die mit dem Recht auf Gesundheit zusammenhängenden Freiheiten des Individuums zu schützen, zum anderen ist zu beachten, dass das einzelne Individuum auch befähigt werden muss. Es wird deutlich – und dies ist im Zusammenhang des Rechts auf Gesundheit von besonderer Wichtigkeit –, dass Menschenrechte immer negative wie positive Elemente erfassen; es gilt vor Verletzungen zu schützen und zur Erfüllung zu „befähigen“.

Das Recht auf Gesundheit als Recht auf Schutz und Ermöglichung ernst genommen,

würde bedeuten, dass heutzutage immer noch die Menschenrechte von Millionen von Menschen, deren Gesundheit durch Abgase, Emissionen, Folter beeinträchtigt werden oder die medizinisch unterversorgt sind bzw. keinen Zugang zu bezahlbaren Medikamenten haben, verletzt und missachtet würden. Jedoch ist es mitunter nicht eindeutig auszumachen, wer in einem gegebenen Kontext konkret Verantwortungsträger ist, da sich Verletzungen bzw. eine suboptimale Realisierung des Rechts auf Gesundheit oftmals durch die Interdependenzen verschiedener Faktoren und Handlungen ergeben. Worin besteht aber nun die spezifische Verantwortung der Pharma-Branche in Bezug auf das Recht auf Gesundheit?

Recht auf Gesundheit und Pharma-Unternehmen

Im unternehmerischen Kontext stellt das Recht auf Gesundheit genauso wenig wie gegenüber anderen Akteuren ein direkt einklagbares Recht dar: Pharma-Unternehmen sind also nicht verklagbar, wenn sie nicht im Bereich vernachlässigter Krankheiten forschen oder keine kostenlosen Medikamente für alle zur Verfügung stellen.

Selbstverständlich sind Pharma-Unternehmen auch nicht für die Gesundheit der gesamten Weltbevölkerung verantwortlich. Die Ursachen in diesem Kontext sind vielfältig und reichen von Naturkatastrophen, über das fehlende Gesundheits- und Hygienebewusstsein von Individuen bis hin zu Gesundheitssystemen, die mehr Ressourcen für urbane Krankenhäuser als für ländliche Basisgesundheitsdienste bereitstellen. Einige der Ursachen für Gesundheitsprobleme liegen ausserhalb der Reichweite von Unternehmen; andere wiederum können sie mit beeinflussen.

Die Verantwortung eines (Pharma-)Unternehmens im Zusammenhang des Rechts auf Gesundheit besteht daher zu allererst darin, darauf zu achten, dass es im Rahmen seiner normalen Geschäftstätigkeit dieses nicht verletzt oder sich nicht an Verletzungen beteiligt.

Pharma-Unternehmen verfügen aber über Expertise und Ressourcen, bestimmte gesundheitliche Leiden zu verhindern, zu heilen und/oder zu lindern – woraus sich entsprechend eine Mitverantwortung zur Erfüllung dieses Menschenrechts ableiten lässt. Dabei geht es auch um Menschen, die nicht über die notwendige Kaufkraft verfügen, um die Pro-

dukte der Pharma-Unternehmen in Anspruch nehmen zu können. Daraus resultiert die Forderung, Medikamente möglichst umsonst oder verbilligt abzugeben. Ob dies allerdings dauerhaft machbar ist, erscheint aus mindestens zwei Gründen fraglich. Zum einen stellt sich die Frage der Zumutbarkeit. Welcher Beitrag kann von Unternehmen erwartet werden, ohne diese auf Dauer zu überfordern? Wo hört die Verantwortlichkeit des einzelnen Unternehmens auf? Es geht hierbei aber nicht nur um ein ‚Nicht-Können‘ der Unternehmen. Vielmehr geht es darum, dass Unternehmen im wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Kontext mit konfligierenden Ansprüchen konfrontiert werden und sich mit guten Gründen für beziehungsweise gegen bestimmte Ansprüche zu entscheiden haben, um eine angemessene und nachhaltige Balance zwischen Firmen- und Allgemeinwohl zu gewährleisten.

Beiträge der Novartis

Auf der operationellen Ebene lassen sich konkrete Massnahmen zur Umsetzung des „abstrakten“ Rechts auf Gesundheit nicht immer trennscharf dahingehend unterscheiden, ob sie das Recht respektieren, schützen oder durch „positive“ Massnahmen erfüllen.

Im Rahmen seiner Geschäftstätigkeit respektiert Novartis (im Sinne der Nicht-Verletzung) das Recht auf Gesundheit, indem es internationale und nationale Gesetze und Regulierungen z.B. zu gesundheitssichernden Arbeitsorten für seine Mitarbeitenden, zu Emissionen, Hygiene und Umweltschutz sowie zur Sicherheit seiner Produkte und zu ethischen Prinzipien bei der Durchführung klinischer Testreihen einhält oder, wo nationale Gesetze niedrigere Standards erlauben, darüber hinaus geht und gleiche Standards verfolgt wie in Industrieländern.

Expliziten Schutz des Rechts auf Gesundheit leistet Novartis als Unternehmung, indem es in seiner Einflussphäre zum Beispiel darauf achtet, dass – soweit kontrollierbar – Zulieferer und Subunternehmen das Recht auf Gesundheit nicht verletzen. Dies kann zum Beispiel heissen, dass Schwangerschaftstests vor Anstellung von potentiellen Mitarbeiterinnen, unhygienische und gesundheitsgefährdende Arbeitsorte sowie überlange Arbeitszeiten nicht geduldet werden. Auch im Bereich lokal angemessener und lebenswürdiger Gehälter bemüht sich Novartis um faire Ansätze.

Die Beiträge zur Erfüllung des Rechts

auf Gesundheit seitens Novartis sind unterschiedlicher Art. Der wohl erhebliche Beitrag besteht darin, dass forschungsbasierte Pharma-Unternehmen im Rahmen ihrer normalen Geschäftstätigkeit innovative Produkte bereitstellen, die Krankheit und Schmerzen lindern, Gesundheit wiederherstellen und so Lebensqualität verbessern. Allerdings gilt auch, dass entsprechend des Marktgesetzes



meistens nur solche Produkte entwickelt werden, die auf eine kaufkräftige Nachfrage stossen und zu konkurrenzfähigen Preisen verkauft werden können. Dieser Umstand bringt es mit sich, dass „arme“ Menschen vor allem in Entwicklungsländern keinen Zugang zu solchen Medikamenten oder Therapien haben, sofern diese überhaupt für ihre Krankheitsprofile von Relevanz sind. Die Tatsache, dass die allermeisten Produkte für Kunden in wohlhabenden Ländern dieser Welt entwickelt werden, unterstreicht den Bedarf an Forschung und Entwicklung von Medikamenten gegen Tropen- und Armutskrankheiten. Insofern darf die Eröffnung des Novartis Institute for Tropical Diseases (NITD) in Singapur als eingewichtiger, pro-aktiver Beitrag gesehen werden, in diesem Feld das Recht auf Gesundheit umzusetzen und somit menschliche Entwicklung über direkte ökonomische Interessen hinaus zu fördern. Das nicht-kommerziell ausgerichtete Institut strebt an, zunächst Medikamente und Therapien zur Bekämpfung von Dengue-Fieber und Tuberkulose zu entwickeln, die zumindest zum Produktionskostenpreis an die ärmsten Länder abgegeben werden.

Wie das NITD, so tragen auch die Medikamentenspenden-Programme der Novartis im Bereich Lepra und Tuberkulose sowie

die Bereitstellung eines Malaria-Präparats zum Produktionskostenpreis zur Erfüllung des Rechts auf Gesundheit bei, und zwar im Bereich des Zugangs zu effektiver Behandlung. Gleichzeitig unterstützen diese Initiativen die Erfüllung von vier der UN-Millenniums-Entwicklungsziele – die Bekämpfung von schwerwiegenden Tropenkrankheiten sowie der Mütter- und Kindersterblichkeit.

Die Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung arbeitet im Falle der Lepra und Tuberkulose zusammen mit Partnern in Multi-Stakeholder-Initiativen an allen fünf Determinanten der Zugangsfrage. In der Lepra-Arbeit wird neben der weltweit kostenlosen Abgabe der Kombinationstherapie (affordability) über Sozialmarketing das Stigma der Krankheit abgebaut, so dass sich Patienten zur Diagnose und Behandlung vorwagen (accessibility). Gleichzeitig werden Lepradienste in allgemeine Gesundheitsdienste integriert, um sie auch lokal zugänglich zu machen und zu entstigmatisieren (availability und acceptability). Des Weiteren wird die Kombinationstherapie aus drei Medikamenten in leicht handhabbaren Durchdrückpackungen zur Verfügung gestellt, so dass der Patient die Behandlung leichter einhalten kann (quality of care und acceptability).

Das Lepra-Beispiel zeigt, dass wirksame Beiträge zur Erfüllung des Rechts nur durch umfassende Ansätze und in starken Partnerschaften geleistet werden können – eine Medikamentenspende alleine bewirkt noch nichts. Wenn das Recht auf Gesundheit als ein umfassendes, aus vielen Teilkomponenten bestehendes Recht für alle propagiert wird, so darf die Bewertung des Beitrags einzelner Akteure nicht auf Leistungen für einzelne Gruppen verkürzt werden. Ebenso wenig hängt die Umsetzung des Rechts auf Gesundheit von einem Akteur alleine ab – zwar müssen und können auch Pharma-Unternehmen beitragen, aber eben nicht alleine. Denn wichtige Rahmenbedingungen und Ressourcen können letztlich nur von Nationalstaaten, der internationalen Staatengemeinschaft und starken Partnerschaften geschaffen bzw. bereitgestellt werden.

* Auszug aus einem im Bulletin von Medicus Mundi Schweiz veröffentlichten Beitrag von Markus Breuer und Alexander Schulze, Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung. Kontakt: markus.breuer@novartis.com und alexander.schulze@novartis.com. Die vorgenommenen Wertungen und Aussagen sind die der Autoren und stellen keine offizielle Position der Firma Novartis und ihres Managements dar. (Vollständiger Text mit Referenzen: www.medicusmundi.ch)