

Schwerpunkt

Der optimierte Mensch

Gesundheit

Verfeinerung des Risikoausgleichs durch Berücksichtigung der Arzneimittelkosten

International

Änderung von Anhang II des Abkommens über die Freizügigkeit (FZA)

Soziale Sicherheit

CHSS 1/2015



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

Inhaltsverzeichnis Soziale Sicherheit CHSS 1/2015

Editorial	1
Chronik Dezember 2014 / Januar 2015	2

Schwerpunkt

Überlegungen zum Verhältnis zwischen Wissenschaft und Behinderung (Adriano Previtali, Pro Infirmis)	6
Hilfsmittel der Invalidenversicherung (Ursula Schneiter, Bundesamt für Sozialversicherungen)	8
Finanzierung von Gesundheitsleistungen: zwischen Wunsch und Machbarkeit (Jörg Indermitte, Stefan Otto, Bundesamt für Gesundheit)	11
Chancen und Risiken der vorgeburtlichen Diagnostik (Daniel Surbek, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern)	13
Human Enhancement verlangt die Auseinandersetzung mit Fähigkeitserwartungen (Gregor Wolbring, University of Calgary)	16
Leben lernen an den Grenzen des Lebens zwischen Machbarkeit und Endlichkeit (Patrizia Kalbermatten-Casarotti, Rudolf Joss, Palliativ Luzern)	20
Human Enhancement: Forschung und Patentrecht (Charles Joye, Universität und ETH Lausanne)	23
No-Body is Perfect!? Zur bioethischen Diskussion über die Verbesserung des Menschen (Frank Mathwig, Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund)	26

Familie, Generationen und Gesellschaft

Demenz: Gemeinsam die Zukunft gestalten (Diana Staudacher, Fachhochschule St. Gallen)	29
---	----

Invalidenversicherung

Psychisch erkrankt am Arbeitsplatz – was hilft? (Lucien Schoppig, Institut für systemische Psychologie, Basel)	32
Diagnose und Behandlung junger psychisch kranker Personen (Martin Wicki, Inès Rajower, Bundesamt für Sozialversicherungen)	38

Gesundheit

Verfeinerung des Risikoausgleichs durch Berücksichtigung der Arzneimittelkosten (Lennart Pirktl, Bundesamt für Gesundheit)	42
--	----

International

Änderung von Anhang II des Abkommens über die Freizügigkeit (FZA) (Kati Fréchélin, Bundesamt für Sozialversicherungen)	47
--	----

Parlament

Parlamentarische Vorstösse	49
Gesetzgebung (Vorlagen des Bundesrats)	51

Daten und Fakten

Sozialversicherungsstatistik	52
Agenda (Tagungen, Seminare, Lehrgänge)	54
Literatur	55

Besuchen Sie uns unter www.bsv.admin.ch



Der optimierte Mensch



Suzanne Schär
Chefredaktorin

Wer hat ihn nicht, den Wunsch nach körperlicher und seelischer Unversehrtheit und gesundheitlichem Wohlergehen? Damit bewegen wir uns in einem grossen, von persönlichen sowie gesellschaftlichen Herausforderungen und Antworten geprägten Spannungsfeld. Wir stehen vor der schwierigen Aufgabe, unsere individuellen Hoffnungen und Wünsche an die bestehenden wissenschaftlichen Paradigmen sowie den vorhandenen gesellschaftlichen und finanziellen Spielraum anzubinden. Inspiriert durch eine Tagung von Pro Infirmis und der Universität Lausanne, die Ende November 2014 an der ETH Lausanne stattfand, haben wir unsere Schwerpunktautorinnen und -autoren gebeten, sich mit den zentralen Fragestellungen auseinanderzusetzen, welche die biotechnologische Optimierung des Menschen – auch Human Enhancement genannt – in ihrem Wirkungsfeld mit sich bringt.

In der Regel unbestritten ist Human Enhancement solange dabei Heilverfahren oder Hilfsmittel gesucht und entwickelt werden, welche die gesundheitlichen, das normale Funktionieren eines Menschen einschränkende Defizite beheben oder zumindest lindern. Akzeptiert ist auch, dass der medizinische Fortschritt, getrieben durch die Forschung, die Heilverfahren und durch technische Kompensationsmöglichkeiten, stetig weitergeht. Solidarisch finanziert sollen

diese allen Betroffenen gleichermaßen zur Verfügung stehen.

Aber wo endet die Behandlung gesundheitlicher Einschränkungen und wo beginnt jene Optimierung, welche die Grenzen der individuellen Leistungsfähigkeit verschiebt? Wer definiert, was und welcher Art ein Defizit ist? Muss jede und jeder wissen und gegebenenfalls auch offenlegen, wie es um seine gesundheitlichen Risiken und Veranlagungen steht? Soll im Namen einer optimierten Leistungsfähigkeit alles Denkbare weiterverfolgt und alles Machbare grundsätzlich allen zugänglich sein? Welche Konsequenzen zieht die Gesellschaft daraus? Soll und kann sie sich auf gesetzlich bzw. politisch verbindliche Grenzen einigen? Wie breit soll die solidarisch getragene Leistungspalette sein? Und in diesem Zusammenhang: Was ist unsere Gesundheit wert? Was darf sie kosten, das Individuum und die Solidargemeinschaft?

Wo beginnt und endet die Eigenverantwortung und wann kommt die Solidarität ins Spiel? Ist die Solidargemeinschaft allenfalls bereit, Gesundheitsleistungen nach bestimmten Kriterien einzuschränken? Wer entscheidet über den Zugang zum Angebot? Und was bedeutet dies für jene Mitmenschen, die keinen Zugang zu einer gewünschten Leistung haben? Besteht im Gegenzug aber auch ein Recht darauf, sich dem allem zu entziehen, indem bewusst auf diagnostische oder Heilverfahren verzichtet wird? Handelt egoistisch und unverantwortlich, wer mit einem bewussten Opting-out die Solidargemeinschaft belastet, indem beispielsweise auch ein Kind mit einer pränatal diagnostizierbaren Behinderung willkommen geheissen wird? Fragen stellen sich in diesem Zusammenhang aber auch am anderen Ende des Lebens: Muss irgendwann ökonomisch und ethisch abgewogen werden, ob statt heilend nur noch palliativ behandelt werden soll? Mit der Beantwortung solcher Fragen verschieben sich auch die gesellschaftlichen Vorstellungen von und die Anforderungen an die individuelle Leistungsfähigkeit. Im Kern geht es letztlich um die Frage, wo der Glaube an den Fortschritt und die Machbarkeit endet und wo die Demut vor der Schöpfung beginnt.

Uns ist bewusst, dass sich diese schwierigen Fragen nicht umfassend und schon gar nicht abschliessend beantworten lassen. Die Annäherungen unserer Autorinnen und Autoren sollen Sie, lieber Leser, liebe Leserin, jedoch dazu anregen, sich für einen Moment darauf einzulassen und vor Ihrem beruflichen und persönlichen Hintergrund zu

Arbeit

50 Jahre Arbeitsgesetz

Bundesrat Johann N. Schneider-Ammann hat anlässlich des Jubiläums 50 Jahre Arbeitsgesetz an der Sitzung der Eidgenössischen Arbeitskommission teilgenommen. Er würdigte die Bedeutung des Arbeitsgesetzes von 1964 für den Arbeitnehmerschutz. Dieser sei zusammen mit der freiheitlichen Wirtschaftspolitik, der gelebten Sozialpartnerschaft und dem dualen Bildungssystem ein wichtiger Bestandteil des erfolgreichen Wirtschaftssystems der Schweiz. Auswirkungen dieses austarierten Systems seien der hohe Wohlstand und die tiefe Arbeitslosigkeit, insbesondere unter Jugendlichen, betonte der Vorsteher des Eidgenössischen Departements für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF in seiner Ansprache. Das Arbeitsgesetz solle auch in Zukunft seine wichtige Rolle spielen und den sich verändernden Realitäten der Arbeitswelt gerecht werden können. Dafür bedürfe es aber weiterhin punktueller Anpassungen (www.wbf.admin.ch).

Bundesrat kürzt Kontingente für Fachkräfte aus Drittstaaten

Der Bundesrat hat eine Teilrevision der Verordnung über Zulassung, Aufenthalt und Erwerbstätigkeit (VZAE) verabschiedet. Diese ist am 1. Januar 2015 in Kraft getreten. Mit der Teilrevision werden die Höchstzahlen für gut qualifizierte Arbeitskräfte aus Ländern ausserhalb der EU/EFTA und für Dienstleistungserbringer aus der EU/EFTA für 2015 festgelegt. Mit ihrer Reduktion will der Bundesrat auch einen Anreiz für Schweizer Unternehmen setzen, dass sie das im Inland vorhandene Arbeitskräftepotenzial noch effektiver ausschöpfen und fördern (www.ejpd.admin.ch).

Gesundheit

Der Bund will betreuende und pflegende Angehörige besser unterstützen

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Pflege und Betreuung kranker Familienmitglieder durch Angehörige künftig noch wichtiger. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass das Gesundheitssystem für deren vollumfängliche professionelle Pflege weder über die personellen noch über die finanziellen Ressourcen verfügt. Der Bundesrat lanciert deshalb verschiedene Massnahmen, um Angehörige zu unterstützen und prüft, wie die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Erwerbstätigkeit zusätzlich gefördert werden kann. Die Umsetzung dieser Massnahmen soll gemeinsam mit den Kantonen, Gemeinden und privaten Organisationen angegangen werden (www.bag.admin.ch).

Gleichstellung

Gleichstellungs-Konvention der UNO: Bericht der Schweiz zum Stand der Umsetzung

Der Bundesrat hat den vierten und fünften Folgebericht der Schweiz zur Umsetzung des UNO-Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) genehmigt. Darin werden die Fortschritte und Herausforderungen in der Gleichstellung von Frau und Mann in den letzten fünf Jahren präsentiert. Als Fortschritte seit dem dritten Folgebericht 2009 gelten zum Beispiel die Aufnahme einer politischen Leitlinie zur Gleichstellung von Frau und Mann in die Legislaturplanung des Bundes 2011–2015, die Erhöhung der Anzahl Lohngleichheits-

kontrollen im öffentlichen Beschaffungswesen, die starke Erhöhung des Angebots ausserfamiliärer Kinderbetreuungsplätze, das neue Namensrecht sowie der sich fortsetzende starke Bildungsanstieg der Frauen. Ein wichtiger Schritt zum Schutz der Rechte der Frauen in der Schweiz ist die verstärkte Bekämpfung geschlechterspezifischer Gewaltformen. Herausforderungen in der Umsetzung des Übereinkommens bestehen etwa in der anhaltenden Lohndiskriminierung, der Untervertretung von Frauen in Führungs- und Entscheidungspositionen in Politik und Wirtschaft oder der weiterhin schwierigen Vereinbarkeit von Beruf und Familie (www.ebg.admin.ch).

International

Arbeitsbesuche von Bundesrat Alain Berset in Norwegen und Finnland

Bundesrat Alain Berset hat am 8. und 9. Dezember in Norwegen und Finnland sechs Ministerinnen und Minister sowie einen Staatssekretär zu Arbeitsbesuchen getroffen. Im Zentrum der Gespräche standen Gesundheitsversorgung, Rentensystem, Kultur und Gleichstellung. Mit Norwegen hat er einen Austausch über die Messung der Lohndiskriminierung initiiert, mit Finnland einen über den Festsetzungsmechanismus für Arzneimittel (www.edi.admin.ch).

Krankenversicherung

Krankenversicherungsprämien-Index 2014

Der Krankenversicherungsprämien-Index (KVPI) verzeichnete für das Prämienjahr 2014 eine insgesamt

rückläufige Entwicklung von -0,8 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Dieser Rückgang ist auf den teilweise starken Rückgang im Zusatzversicherungsgeschäft zurückzuführen. Auf der Basis 1999=100 erreichte der KVPI damit einen Indexstand von 169,0 Punkten. Der vom Bundesamt für Statistik (BFS) berechnete KVPI erfasst die Prämienentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Krankenzusatzversicherung. Anhand des KVPI lässt sich die Auswirkung der Prämienentwicklung auf das Wachstum des verfügbaren Einkommens schätzen. Gemäss der KVPI-Modellrechnung beeinflussten die 2014 im Durchschnitt leicht sinkenden Prämien das Wachstum des verfügbaren Durchschnittseinkommens um 0,1 Prozentpunkte (www.bfs.admin.ch → Themen → 05 – Preise → Krankenversicherungsprämien).

Migration

EKM fordert einen neuen Schutzstatus für Vertriebene

Eine von der Eidgenössischen Kommission für Migrationsfragen (EKM) in Auftrag gegebene Studie zeigt, dass die Zahl jener Personen, die von ihrem Wohnort vertrieben wurden, die aber nicht Flüchtlinge im Sinne der Genfer Konvention sind, in den letzten Jahren stark gestiegen ist. Um den Schutzbedürfnissen dieser Vertriebenen besser gerecht zu werden, müsse die Schweiz ihr Schutzkonzept anpassen. Die EKM schlägt unter anderem vor, einen neuen komplementären Schutzstatus einzuführen (www.ekm.admin.ch → Publika-

tionen → Empfehlungen → Schutzgewährung, PDF, 15.1.2015).

Sozialpolitik

Adoptionsrecht soll neuen Familienformen Rechnung tragen

Der Bundesrat will das Adoptionsrecht den gewandelten gesellschaftlichen Wertvorstellungen anpassen. Er hat dazu die entsprechende Botschaft verabschiedet. Insbesondere soll die Stiefkindadoption einem weiteren Kreis von Paaren geöffnet werden: In Zukunft soll diese Möglichkeit nicht nur Ehepaaren, sondern auch Paaren in einer eingetragenen Partnerschaft oder in faktischen Lebensgemeinschaften offenstehen. Zudem schlägt er die Flexibilisierung der Adoptionsvoraussetzungen und die Lockerung des Adoptionsgeheimnisses vor (www.ejpd.admin.ch).

Ergänzungsleistungen: höhere anrechenbare Mietzinse

Die Höchstbeträge für die anrechenbaren Mietzinse im Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung sollen angehoben werden, da die Mieten seit der letzten Anpassung deutlich gestiegen sind. Der Bundesrat sieht zudem vor, der unterschiedlichen Mietzinsbelastung in den Städten und auf dem Land sowie dem erhöhten Raumbedarf von Familien Rechnung zu tragen. Er hat die Botschaft ans Parlament überwiesen (www.bsv.admin.ch).¹

Familienergänzende Kinderbetreuung: Details der Programmverlängerung geregelt

Das Parlament hat am 26. September 2014 beschlossen, die Geltungsdauer des Bundesgesetzes über Finanzhilfen für familienergänzende

Kinderbetreuung um weitere vier Jahre zu verlängern. Der Bundesrat hat heute die entsprechende Verordnungsänderung verabschiedet. Die Verlängerung des Impulsprogramms tritt am 1. Februar 2015 in Kraft. Neue Gesuche um Finanzhilfen können von diesem Datum an beim Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) eingereicht werden (www.bsv.admin.ch).

Schweizerische Sozialhilfestatistik 2013: leichte Zunahme der Sozialhilfequote

2013 wurden in der Schweiz 257 192 Personen mit wirtschaftlicher Sozialhilfe unterstützt. Die Sozialhilfequote steigt gegenüber dem Vorjahr um 0,1 Prozentpunkte und beläuft sich auf 3,2 Prozent der Wohnbevölkerung. Damit setzt sich die seit 2008 festzustellende Zunahme von Sozialhilfefällen und -beziehenden fort. Kinder und Jugendliche besitzen nach wie vor das höchste Sozialhilferisiko. Mit einer Sozialhilfequote von 5,2 Prozent sind sie am stärksten vom Sozialhilfebezug betroffen. Das Sozialhilferisiko von Personen über 45 Jahren nimmt seit 2005 zu. Das sind einige der neuen Ergebnisse aus der Schweizerischen Sozialhilfestatistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) (www.bfs.admin.ch → Themen → 13 – Soziale Sicherheit).

Volksinitiative gegen den Sexualekundeunterricht: Bundesrat empfiehlt Ablehnung

Der Bundesrat hat die Botschaft zur Volksinitiative «Schutz vor Sexualisierung in Kindergarten und Primarschule» ans Parlament überwiesen. Aus übergeordnetem Interesse am Kindeswohl empfiehlt er, die Initiative abzulehnen. Für die geforderte neue Verfassungsbestimmung zum Sexualekundeunterricht und dem damit verbundenen Eingriff in die kantonale Schulhoheit sieht der Bundesrat keinen Anlass. Eine An-

¹ Vgl. auch Schubarth, Katharina, «Höhere anrechenbare Mietzinse in den Ergänzungsleistungen (EL)», in *Soziale Sicherheit CHSS* 2/2014, 97–99

nahme der Volksinitiative würde die Prävention behindern und die Chancengleichheit der Schülerinnen und Schüler vermindern. Ein generelles Verbot eines obligatorischen Sexualkundeunterrichts wäre mit dem Anspruch von Kindern und Jugendlichen auf besonderen Schutz ihrer Unversehrtheit nicht vereinbar (www.wbf.admin.ch).

Wiedergutmachungsinitiative: indirekter Gegenvorschlag

Der Bundesrat will der Wiedergutmachungsinitiative einen indirekten Gegenvorschlag gegenüberstellen. Dies hat er am Mittwoch in einer Aussprache entschieden. Das EJPD wird bis im Sommer 2015 eine Vernehmlassungsvorlage ausarbeiten. Damit können die Geschehnisse rascher als über eine Verfassungsänderung aufgearbeitet werden. Der indirekte Gegenvorschlag zur Volksinitiative soll auch finanzielle Leistungen bis zu 300 Millionen Franken zugunsten der Opfer von fürsorglichen

Zwangsmassnahmen ermöglichen (www.ejpd.admin.ch).

Wohlfahrtsmessung 2014: materielle und immaterielle Wohlfahrt auf gutem Niveau

Das Bundesamt für Statistik (BFS) veröffentlicht erstmals ein multithematisches Indikatorensystem zur Messung der Wohlfahrt. Dazu werden Informationen über Schaffung, Verteilung und Erhalt der Wohlfahrt aus verschiedenen statistischen Quellen zusammengestellt. Im Zentrum stehen die sozialen, wirtschaftlichen und ökologischen Dimensionen der Wohlfahrt, dabei werden neben materiellen auch nicht-materielle Aspekte untersucht. Zusammenfassend zeigt das Indikatorensystem, dass das materielle und immaterielle Wohlfahrtsniveau in der Schweiz gut ist und auch subjektiv positiv eingeschätzt wird. Allerdings partizipieren nicht alle Bevölkerungsgruppen in gleichem Masse an der Wohlfahrt (www.bfs.admin.ch → Themen → 00 – Grund-

lagen und Übersichten → Indikatorensystem Wohlfahrtsmessung).

Korrigendum

In der «Sozialen Sicherheit CHSS» Nr. 6/2014 haben wir auf Seite 332 Werner Reimann ein falsches Bild zugeordnet. Wir entschuldigen uns für die Verwechslung.



Werner Reimann, Institut DemoSCOPE

Der optimierte Mensch



Oscar Pistorius im Vorlauf des 400-Meter-Sprints an den Olympischen Spielen in London 2012. Als Zweiter qualifizierte er sich direkt für das Halbfinale (Franck Robichon/Keystone).

Wer kennt sie nicht, die Bilder des unterschenkelamputierten, südafrikanischen Sprinters Oscar Pistorius, der sich in Überwindung seiner körperlichen Einschränkungen auf futuristisch anmutenden Karbonprothesen mit den Schnellsten seiner Zunft misst. In die Bewunderung für das technische Meisterwerk und die erbrachte Willensleistung mischten sich bald auch Stimmen, die in den Prothesen eine unfaire Befähigung des Sportlers zur Sprengung seiner naturgegebenen Leistungsgrenzen sahen. Die Auseinandersetzung um Pistorius' Prothesen steht sinnbildlich für viele individuelle und gesellschaftliche Fragestellungen, welche das Human Enhancement aufwirft und denen die Artikel im nachfolgenden Schwerpunkt aus wissenschaftlicher, aber auch gesellschaftlicher, juristischer und ethischer Perspektive nachspüren.

Die Beiträge kreisen letztlich um zwei Grundfragen. Zum einen begegnen wir einem von ethischen Überlegungen geprägten Diskurs rund um den Fortschritt und das technisch Machbare und deren normativ begründete Begrenzung. Zum anderen stoßen wir auch auf Überlegungen, die rund um die Rechte des Einzelnen im Rahmen des Gesellschaftsvertrags kreisen: Wie frei ist die Einzelne, für sich selbst zu entscheiden, inwiefern und wie stark sie das vorhandene gesundheitliche Heilungs- und Optimierungspotenzial nutzen will? Inwiefern soll die individuelle Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf der Basis von Art. 41 der Bundesverfassung solidarisch getragen und finanziert werden und wo stößt sie an ihre Grenzen?

Grundsätzlich lassen sich zwei Entwicklungen vorstellen. Zum einen kann die Verschiebung des Gesundheits- und Leistungsverständnisses, das sich am Puls des wissenschaftlichen Fortschritts dem Human Enhancement verschreibt, gesamtgesellschaftlich akzeptiert und mitfinanziert werden. Zum anderen ist es aber auch möglich, dass die finanziellen Grenzen der öffentlichen Hand, unterfüttert mit normativ-ethischen Überlegungen das Auseinanderdriften in eine kurative, solidarisch finanzierte Gesundheits-sicherung und eine optimierende, von der individuellen Finanzkraft abhängige Versorgung befördern.

Überlegungen zum Verhältnis zwischen Wissenschaft und Behinderung

Am 26. November 2014 fand an der ETH Lausanne ein von Pro Infirmis organisiertes Kolloquium zum Thema Heilung und Human Enhancement statt. Die Veranstaltung regte zum Nachdenken über grundlegende Fragen zum Begriff Behinderung an, über den Einfluss des wissenschaftlichen Fortschritts auf die Auffassung von Behinderung und schliesslich auch darüber, wie sich die Enhancementmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen auf Einzelpersonen und Gesellschaft auswirken können.



Adriano Previtali
Pro Infirmis

Lange wurden Behinderungen mit rein körperlichen, geistigen oder psychischen Gebrechen gleichgesetzt. Man sprach deshalb auch von *Behinderten*. In der modernen Auslegung hingegen wird eine Behinderung als Wechselwirkung zwischen den Einschränkungen einer Person und ihrem Umfeld verstanden. Sie ist somit nicht nur personen-, sondern auch situationsbezogen, weshalb heute von *Menschen mit Behinderungen* gesprochen wird. Die beiden Ansätze wirken sich unweigerlich auf die Sozialpolitik aus. Beim ersten Konzept geht es eher darum, Leistungen zu entwickeln, um das individuelle Defizit zu kompensieren, das heisst dieses zumindest so zu korrigieren, dass die betroffenen Person ein «normales Leben» führen können. Sehr stark vereinfacht kann die Mehrheit der Leistungen der Invalidenversicherung auf diese Auslegung zurückgeführt werden. Beim zweiten Konzept ist die Sichtweise eine andere. Hier reichen personenzentrierte Massnahmen in der Regel nicht aus. Eines der Ziele – und auch das wichtigste – besteht darin, die behindernden Umweltfaktoren aus dem Weg zu räumen. Bei Paraplegikerinnen und Paraplegikern bei-

spielsweise liegt der Fokus auf dem barrierefreien Zugang zu Gebäuden und Infrastrukturen. Die Bestrebungen und finanziellen Mittel müssen so ausgerichtet sein, dass ihnen ein Recht auf Mobilität und auf Teilhabe am sozialen und wirtschaftlichen Leben zugesichert werden kann. In der Praxis widersprechen sich die beiden Konzepte nicht zwingendermassen und kommen manchmal sogar gemeinsam zur Anwendung. Sie basieren jedoch auf grundlegend anderen Auffassungen von Behinderung, entsprechend unterscheidet sich auch die Behindertenpolitik.

Die Wissenschaft ist diesbezüglich nicht neutral. Die Hoffnung, die durch die Wissenschaft geschürt wird, und die Faszination, die sie auslöst, können sich paradoxerweise negativ auf die Fortschritte auswirken, die in den vergangenen Jahrzehnten hinsichtlich eines besseren Verständnisses von Behinderung erreicht wurden. Entsprechend gross ist die Gefahr, dass das personen- und defizitbezogene Verständnis von Behinderung wieder in den Vordergrund rückt und die Bedeutung der Umweltfaktoren verdrängt wird. Es handelt sich hier jedoch nicht um einen Diskurs gegen moderne Technologien, im Gegenteil! Den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die zur Verbesserung der Lebensumstände von Menschen mit Behinderungen beitragen, gebührt Dank. Die Aufgabe der wissenschaftlichen Forschung besteht in der Ergründung neuer Bereiche. Es ist somit normal und sogar wünschenswert, Ziele zu stecken, die manchmal unrealisierbar scheinen. Nehmen wir als Beispiel die Forschung, die es Personen mit einer Rückenmarksverletzung ermöglichen soll, wieder zu gehen – oder zumindest wieder eine gewisse Mobilität zu erlangen. Hier muss die Wissenschaft darauf achten, dass die hochgesteckten intellektuellen und technologischen Ziele nicht den Interessen der Menschen mit Behinderungen zuwiderlaufen.

Die intellektuellen und technologischen Herausforderungen, die mit der Lösung immer komplexerer Problemstellungen einhergehen, führen dazu, dass sich die Wissenschaft immer genauer mit einer Behinderung befasst. Hier lauert jedoch die Gefahr, dass die Forschenden sich so sehr auf die Komplexität der Maschine Mensch konzentrieren, dass sie das Wesentliche – die Person und ihre Bedürfnisse – aus den Augen verlieren. Was wollen Menschen mit Behinderungen wirklich? Wollen Querschnittsgelähmte tatsächlich wieder gehen können? Dies sieht jede betroffene Person anders. Ich habe den Eindruck, dass die meisten Menschen – zumindest gilt das für mich – es vorziehen würden, wenn die ohne-

hin bereits eingeschränkten Ressourcen auf die Entwicklung von einfacheren und alltagstauglicheren technischen und medizinischen Hilfsmitteln ausgerichtet würden. Anstatt von Heilungen zu träumen, zu denen Wissenschaft und Medizin nicht verhelfen können, sollte auf ein Modell gesetzt werden, bei dem die Betroffenen in die Gesellschaft integriert werden, mit ihren Einschränkungen akzeptiert sind und bei dem auf eine Beseitigung der behindernden Umweltfaktoren, die ihre Rechte einschränken, hingearbeitet wird.

Diese Überlegungen richten sich selbstverständlich nicht nur an die Wissenschaft, sondern an die Gesellschaft ganz allgemein und insbesondere an die Organisationen, die sich für die Rechte von Menschen mit Behinderungen einsetzen, sowie an die Politik. Meines Erachtens dürfen durch den wissenschaftlichen Fortschritt die folgenden zwei grundlegenden Ziele nicht vergessen gehen:

- **Die Umsetzung einer integrativen Gesellschaft.** Dieser neugeschaffene Begriff geht über die reine Gleichbehandlung und das Diskriminierungsverbot hinaus. Die Integration hängt eng mit der zuvor genannten modernen Auslegung des Begriffs Behinderung zusammen. Einschränkende Situationen können einzig dadurch verhindert werden, dass die Bedürfnisse der Menschen mit Behinderungen im sozialen Umfeld berücksichtigt werden.¹

- **Die Umsetzung der UNO-Behindertenrechtskonvention**, die von der Schweiz kürzlich ratifiziert wurde. Obwohl auch ihr Grenzen gesetzt sind, ist diese Konvention ein wichtiger Schritt hin zur Schaffung eines international anerkannten Mindeststandards der Rechte von Menschen mit Behinderungen². Es gilt, den Inhalt dieser Konvention zu verbreiten. Ausserdem sollten die Behörden und Gerichte aufgefordert werden, dieses neue Rechtsinstrument zu nutzen.

Damit all diese Bemühungen tatsächlich etwas bringen, müssen sie jedoch in einen grösseren Zusammenhang gebracht werden, was die Umsetzung einer *nationalen Behindertenpolitik* voraussetzt. Es soll eine Plattform geschaffen werden, auf der Gemeinwesen, Menschen mit Behinderungen und deren Organisationen sowie Wirtschaft und Wissenschaft über Behinderung diskutieren können. Ein Ort, an dem Strategien zur Erkennung der Herausforderungen im Zusammenhang mit der Integration, der Anwendung der UNO-Behindertenrechtskonvention und der Bevölkerungsalterung entwickelt werden können. Die Förderung dieser Austauschplattform muss eine Priorität der nationalen Politik darstellen. Wie andere in diesem Bereich tätige Organisationen ist Pro Infirmis bereit, konstruktiv mit dem Bund und den anderen Partnern zusammenzuarbeiten.

1 Für detailliertere Informationen vgl. Adriano Previtali, «Pour la reconnaissance d'un nouveau droit fondamental. Le droit à l'inclusion», in *L'homme et son droit, Mélanges en l'honneur du Professeur Marco Borghi*, hg. von Jean-Baptiste Zufferey, Jacques Dubey, Adriano Previtali, Zürich 2012, S. 415 ff. (deutsch/französisch).

2 Für eine grobe Darstellung vgl. Adriano Previtali, «La Convention relative aux droits des personnes handicapées», in *Introduction aux droits de l'homme*, hg. von Maya Hertig Randall, Michel Hottelier, Genf/Zürich/Basel 2014, S. 361 ff. (nur Französisch).

Adriano Previtali, Rechtsanwalt und Ass. Prof. am Lehrstuhl für Arbeits- und Sozialversicherungsrecht der Universität Freiburg, Präsident von Pro Infirmis
E-Mail: adriano.previtali@unifr.ch



Inklusion am Arbeitsplatz (Kommunikation, BSV)

Hilfsmittel der Invalidenversicherung

Hilfsmittel der Invalidenversicherung (IV) sind ein wichtiger Teil der Eingliederungsmassnahmen. Unter der Bedingung, dass bei der Beurteilung von entscheidenden Gesuchen die geltenden Grundsätze der Einfachheit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit ebenso berücksichtigt werden wie die Schadensminderungspflicht der Antragssteller, sollen sie eine ausfallende Körperfunktion ausreichend, wenn auch nicht in jeder Hinsicht bestmöglich, kompensieren.



Ursula Schneiter
Bundesamt für Sozialversicherungen

Was ist ein Hilfsmittel der IV?

Ein Hilfsmittel wird wie folgt definiert:¹

«Unter Hilfsmittel [...] ist [...] ein Gegenstand zu verstehen, dessen Gebrauch den Ausfall gewisser Teile oder Funktionen des menschlichen Körpers zu ersetzen vermag. Daraus ist zu schliessen, dass der Gegenstand ohne strukturelle Änderung ablegbar und wieder verwendbar sein muss. Dieses Erfordernis bezieht sich jedoch nicht nur auf den Gegenstand selbst, sondern auch auf den menschlichen Körper und dessen Integrität.»

Alles, was einen medizinischen Eingriff bedingt, erfüllt also den Hilfsmittelbegriff nicht (zum Beispiel Implantate). Ebenso sind Therapiegeräte keine Hilfsmittel. Ein Hilfsmittel soll die versicherte Person befähigen, ein im Gesetz vorgeschriebenes Ziel zu erreichen. Es besteht Anspruch auf Hilfsmittel in einfacher, zweckmässiger und wirtschaftlicher Ausführung.

Als Hilfsmittel gelten somit beispielsweise Rollstühle, Hörgeräte, Gesichtersatzteile (abnehmbare), behindertengerechte Autoumbauten, Prothesen oder Blindenlangstöcke. Gemessen an den Gesamtausgaben der

IV ist der finanzielle Aufwand mit zwei Prozent (2013 knapp 200 Mio. Franken) verhältnismässig klein. Das bedeutet jedoch nicht, dass Hilfsmittelanträge weniger sorgfältig geprüft werden sollen, schliesslich handelt es sich um Ausgaben von öffentlichen Geldern.

Was ist das Ziel einer Abgabe von Hilfsmitteln?

Die Ziele der Abgabe von Hilfsmitteln definieren sich durch den Eingliederungszweck. Sie sind in Art. 21 Abs. 1 und 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG)² festgelegt und betreffen folgende Bereiche:

1. Ausübung, Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbstätigkeit, der Tätigkeit im Aufgabenbereich (z. B. Haushaltsführung), der Schulung, Aus- und Weiterbildung sowie zum Zweck der funktionellen Angewöhnung
2. Fortbewegung
3. Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt
4. Selbstsorge

Punkte zwei bis vier setzen keine Erwerbstätigkeit voraus.

Um diese Eingliederungsziele zu erreichen, finanziert die IV ungefähr 50 Hilfsmittel. Diese sind in einer Liste im Anhang zur Verordnung des EDI über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI)³ aufgeführt.

Was kann die IV bezahlen?

Die IV-Stellen und das BSV sind allen versicherten Personen gegenüber verpflichtet: denjenigen, die die IV finanzieren, und denjenigen, die Leistungen beziehen. Das bedeutet, dass die Gelder wirtschaftlich eingesetzt und gleichzeitig die gesetzlichen Ansprüche der Bezüger gewahrt werden müssen. Aus diesem Grund besteht für Eingliederungsmassnahmen der IV der Grundsatz «einfach, zweckmässig, wirtschaftlich».

Für Hilfsmittel bedeutet das:

Der Ausgleich der Behinderung soll soweit erfolgen, dass die versicherte Person mit dem Hilfsmittel eines der Eingliederungsziele erreichen kann. Die Hilfsmittel sol-

1 Vgl. etwa BGE 101 V 267, Erw. 1b)

2 SR 831.20

3 SR 831.232.51

len dem aktuellen Stand der Technik entsprechen, hingegen besteht kein Anspruch auf die neueste Technologie. Der Nutzen und die Kosten des Hilfsmittels müssen verhältnismässig sein. Kommen neue Hilfsmittel auf den Markt (z.B. neue elektronisch gesteuerte Kniegelenke für Prothesenträger oder neue Hörgeräte), so sind diese häufig teurer als eine gute Standardversorgung. Die Mehrkosten gegenüber der bisherigen Versorgung entsprechen jedoch nicht einem äquivalenten Mehrnutzen. In solchen Fällen kann nicht von einer signifikanten Verbesserung im Hinblick auf das Erreichen des Eingliederungsziels gesprochen werden. Die Mehrkosten gegenüber einer Standardversorgung sind deshalb nicht von der Versicherung zu übernehmen.

Vergütungsarten

Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) hat nach Art. 21^{quater} IVG folgende Instrumente zur Verfügung, um die Vergütung von Hilfsmitteln zu regeln: Tarifverträge, Höchstvergütungsbeträge, Pauschalen und Ausschreibungen. Höchstvergütungsbeträge und Pauschalen sind in der HVI aufgeführt. Die Möglichkeit von Ausschreibungen wurde erst per 1. Januar 2012 ins Gesetz aufgenommen und bisher noch in keinem Bereich durchgeführt. Da die Abgabe von Hilfsmitteln häufig sehr individuell erfolgt und mit einem hohen Anteil variierender Dienstleistungen verbunden ist, kämen nur wenige Hilfsmittel überhaupt für Ausschreibungen infrage.

In Tarifverhandlungen versucht das BSV, mit den Leistungserbringern möglichst wirtschaftliche Vergütungen auszuhandeln. Allerdings ist das einvernehmliche Verhandeln von kostengünstigen Versorgungsmöglichkeiten aufgrund der Wissensasymmetrie zwischen Leistungserbringern und Versicherung sowie teilweise fehlender Transparenz und teuren Strukturen seitens der Leistungserbringer eine schwierige Angelegenheit. Die Strukturen im Hilfsmittelmarkt sind gegeben. Da eine Sozialversicherung weder die Aufgabe noch die Möglichkeit einer Marktregulierung hat, führt dies – wie vielerorts im Gesundheitswesen – dazu, dass festgelegte Tarife im Vergleich zu einer wirtschaftlich effizienten Leistungserbringung tendenziell zu hoch ausfallen. Umso wichtiger ist daher die sorgfältige individuelle Prüfung der Anträge.

«Luxusversorgung»

In der Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zum Entwurf eines Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [...] vom 24. Oktober 1958⁴ wurde bezüglich Hilfsmittel Folgendes festgehalten: «Um aber

eine übermässige finanzielle Belastung zu vermeiden, vertritt sie [die Expertenkommission] die Ansicht, dass nur die Kosten für die im Einzelfall einfachste und zweckmässigste Ausführung zu berücksichtigen seien.»

Ursprünglich wurden nur Hilfsmittel zur beruflichen Eingliederung finanziert. Hilfsmittel, die lediglich der Verbesserung der körperlichen Integrität dienen, wurden nicht als Eingliederungsmassnahme betrachtet.

Im Verlaufe der Zeit wurde der Hilfsmittelanspruch auch auf Nichterwerbstätige ausgeweitet, die Liste der durch die IV finanzierbaren Hilfsmittel erweitert und den technologischen Möglichkeiten angepasst. Nach wie vor gilt jedoch das Einfachheitsprinzip, welches insbesondere mit Blick auf einen wirtschaftlichen Umgang mit öffentlichen Geldern durch die IV durchzusetzen ist. Dies bedeutet, dass alle Ausführungen von Hilfsmitteln, welche über die Zweckgebundenheit hinausgehen, nicht durch die IV finanziert werden können. Ebenso darf die IV keine Besserstellung von Behinderten gegenüber Nichtbehinderten finanzieren: So können Geräte, welche heute als Grundausstattung eines Haushaltes gelten (z.B. Computer), nicht von der IV bezahlt werden. Das Bundesgericht hat denn auch in mehreren Urteilen⁵ bestätigt, dass kein Anspruch auf eine bestmögliche Versorgung besteht. Der Wunsch danach ist aus Sicht der Betroffenen verständlich, liegt jedoch nicht im Zuständigkeitsbereich einer Grundversicherung, wie sie die IV ist.

Das Thema Luxusversorgung tangiert auch die Leistungserbringer von Hilfsmitteln. Diese sind bestrebt, ihren Kunden das bestmögliche Hilfsmittel zu verkaufen. Motivation dafür ist neben dem finanziellen Anreiz der Berufsstolz, was zuweilen zu einer eigenen Interpretation von einfach und zweckmässig führt. In bestimmten Hilfsmittelbranchen hat sich neben dem IV-Markt ein teurerer Privatmarkt etabliert, der Produkte und Ausführungen anbietet, die die IV nicht finanzieren kann und darf. Ein anschauliches Beispiel hierfür ist der Hörgerätemarkt, in dem Premiumhörgeräte und -dienstleistungspakete verkauft werden, welche zu einem grossen Teil von den Versicherten selbst finanziert werden müssen. Eine kürzlich erstellte Studie zu den Preisen im Hörgerätemarkt⁶ lässt darauf schliessen, dass bei Schweizer Kunden eine grosse Bereitschaft zu privaten Zuzahlungen besteht. Allerdings ist die Motivation hierfür nicht bekannt – etwa, ob dies aus freiem Willen geschieht oder die Hilfsmittelieferanten die Wissensasymmetrie nutzen, um den Versicherten eine möglichst teure Versorgung zu verkaufen. Eine Folgeuntersuchung hierzu ist im Bereich der Hörgeräte geplant.

Die Verantwortung der Leistungsbezüger

Jede versicherte Person, welche Leistungen der IV beantragt, unterliegt der Schadensminderungspflicht. Das

4 BBl 1958 II 1137

5 Vgl. anstelle vieler BGE 121 V 258 Erw. 2c (mit Hinweisen)

6 Veröffentlichung erfolgt im ersten Quartal 2015.

bedeutet, dass sie im Sinne einer Selbsteingliederung vor der Beanspruchung von IV-Leistungen alles ihr Zumutbare vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich selbst zu mildern.⁷

Im Verlaufe der letzten Jahrzehnte scheint aus vielerlei Gründen (z.B. gesellschaftliche Veränderungen, Zunahme von Versichertenanwälten, Präsenz von Organisationen der privaten Invalidenhilfe, Prüfverhalten der IV-Stellen und des BSV) die Anspruchshaltung gegenüber der IV zugenommen zu haben. Dabei scheint die Eigenverantwortung in den Hintergrund zu rücken und von der IV wird die Finanzierung von Massnahmen verlangt, die weit über ihren gesetzlichen Auftrag hinausgehen. Es ist daher erforderlich, dass sich alle betroffenen Akteure wieder der eigentlichen Aufgabe der IV und ihrer Möglichkeiten bewusst werden: Die IV ist keine umfassende Versicherung, welche sämtliche durch die Invalidität verursachten Kosten abdecken kann; das Gesetz will die Eingliederung lediglich soweit sicherstellen, als diese im Einzelfall notwendig und genügend ist und der voraussichtliche Erfolg der Massnahme in einem vernünftigen Verhältnis zu ihren Kosten steht.⁸

Beurteilung von Hilfsmittelgesuchen

Die Beurteilung von Hilfsmittelgesuchen erfolgt durch die kantonalen IV-Stellen, kann sehr komplex sein und setzt Kenntnisse der verschiedenen Behelfe voraus. In gewissen Bereichen (z.B. bei Rollstuhlversorgungen, Auto- oder Wohnungsumbauten) haben die IV-Stellen allerdings die Möglichkeit, eine externe Fachstelle (Hilfsmittelberatung für Behinderte SAHB) beizuziehen. Die SAHB prüft im Auftrag der IV-Stellen die eingegangenen Gesuche auf Notwendigkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Viele Hilfsmittelgesuche beurteilen die IV-Stellen jedoch selbst.

Das BSV erteilt in Kreisschreiben Weisungen zur Beurteilung von Hilfsmittelansprüchen. Die Einzelfallbeurteilung durch die IV-Stellen muss also im Sinne einer schweizweit möglichst einheitlichen Praxis im Rahmen dieser Weisungen erfolgen. Da es sich um individuelle Einzelfälle handelt, besteht bei der Anspruchsbeurteilung jedoch ein gewisser Ermessensspielraum.

Zwei Beispiele zum Umfang der Leistungspflicht der IV

Hörgeräte

Die IV finanziert für Hörgeräteversorgungen eine fixe Pauschale, welche in der HVI als Beitrag für eine einfache, zweckmässige und wirtschaftliche Hörgeräteversorgung definiert ist.

Eine versicherte Person geht zum Akustiker und entscheidet sich für ein sehr teures Gerät mit einem Sorglosdienstleistungspaket des Akustikers (inkl. Versicherung bei Verlust). Die Kosten liegen knapp 4000 Franken über der Pauschale der IV. Die versicherte Person hat diese Mehrkosten selbst zu bezahlen, da die IV lediglich für den Teil der Versorgung zuständig ist, welcher den Zweck des besseren Hörens erfüllt («Kontakt mit der Umwelt»). Sie ist weder für Bluetooth-Verbindungen am Hörgerät, noch für die quasi unsichtbare Miniaturbauform, auch nicht für die Versicherung des Hörgerätes (welches dem Hörgeräteträger gehört) oder andere Zusatzleistungen des Anbieters zuständig.

Lese- und Schreibsysteme

Einem blinden Anwalt werden von der IV Hilfsmittel (Braillezeile, Scanner, Software) zugesprochen. Er beantragt zusätzlich die Kostenübernahme von 53000 Franken für Übertragungen von Gesetzestexten in Brailleschrift. Diese Leistung kann von der IV jedoch nicht finanziert werden. Der Versicherte verfügt bereits über ein Hilfsmittel, das es ihm ermöglicht, Gesetzestexte online über die Braillezeile oder die Sprachausgabe zu lesen. In einem Bundesgerichtsurteil wurde dies wie folgt begründet: «Der Ausfall des Sehvermögens [...] bei Blinden und hochgradig Sehschwachen kann (nur) auf akustischem Weg (Hören) und/oder mit Hilfe des Tastsinnes kompensiert werden. Hilfsmittel mit Bezug auf das Lesen von in Normalschrift geschriebener Texte sind somit Geräte, welche einen allenfalls auf dem Bildschirm visualisierten Text vorlesen oder Zeichen für Zeichen in mit den Fingerkuppen abtastbare Punktschrift übertragen. Die vom Beschwerdeführer gewünschte Möglichkeit, selbstständig ohne irgendwelche Hilfen und zu jeder Zeit Gesetzestexte durchzusehen und die einzelnen Bestimmungen im Gesamtzusammenhang zu überblicken, geht über den Hilfscharakter eines Hilfsmittels [...] hinaus.»

Die Technologie im Bereich der Hilfsmittel hat grosse Fortschritte gemacht. Die neuesten Geräte sind jedoch im Vergleich zu ihrem Nutzen häufig unverhältnismässig teuer. Die IV kann daher nicht jede technologische Neuheit finanzieren. Das Ziel einer zweckmässigen Eingliederung steht im Sinne eines wirtschaftlichen Umgangs mit öffentlichen Geldern vor dem Wunsch einer bestmöglichen Versorgung.

Ursula Schneiter, Produktverantwortliche Hilfsmittel IV und AHV, Geschäftsfeld IV, BSV
E-Mail: ursula.schneiter@bsv.admin.ch

7 Vgl. etwa BGE 113 V 22 Erw. 4a

8 Vgl. Urteil 9C_916/2010 vom 20. Juni 2011 Erw. 2.1 (mit Hinweisen)

9 Vgl. Urteil 9C_493/2009 vom 18. September 2009 Erw. 5.2.2.2

Finanzierung von Gesundheitsleistungen: zwischen Wunsch und Machbarkeit

Der materielle Wohlstand und mit ihm der medizinisch-technische Fortschritt führen dazu, dass die Schweizer Bevölkerung länger gesund bleibt und immer älter wird. Mehr Leistungen werden erbracht und der Finanzierungsbedarf steigt. Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Eine Rationierung von Leistungen ist keine Option. Das Ziel ist ein effizienter Einsatz der vorhandenen Ressourcen.



Jörg Indermitte
Bundesamt für Gesundheit



Stefan Otto

Mit der Zunahme der Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) werden der Solidargedanke und der wachsende, kollektiv zu finanzierende Leistungsumfang zu direkten Gegenspielern. Es gilt Lösungen zu finden. Der Bundesrat hat deshalb seine gesundheitspolitischen Prioritäten mit «Gesundheit 2020» vorgegeben. Er will die Finanzierungsgerechtigkeit und den Zugang zu medizinischen Leistungen stärken. Alle Bevölkerungsgruppen sollen die gleichen Chancen auf ein gesundes Leben und auf eine optimale Lebenserwartung haben. Gleichzeitig soll jedoch Gesundheit durch Effizienzsteigerungen bezahlbar bleiben.¹

Vorliegend gehen wir auf einzelne Aspekte im Bereich der Steuerung und Finanzierung von Leistungen der OKP ein. Neben dem Leistungsumfang und den Preisen spielt

auch der angemessene Einsatz der Leistungen eine wichtige Rolle (Stichworte Überversorgung, Doppelspurigkeiten). Internationale Experten orten in diesem Zusammenhang Effizienzreserven im Umfang von 20 bis 30 Prozent.

Bei den Arzneimitteln wird eine Weiterentwicklung des Systems der Preisfestsetzung, die Förderung der Generika und die Beseitigung der Fehlanreize bei der Medikamentenabgabe angestrebt, um das Kostenwachstum im Medikamentenbereich zu stabilisieren – ohne dabei die Forschung zu behindern und den Standort Schweiz zu schwächen.

Damit Arzneimittel von der OKP vergütet werden, ist ihre Aufnahme in die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) herausgegebene Spezialitätenliste (SL) erforderlich. Vor der Aufnahme in die SL prüft das BAG, ob ein Arzneimittel die im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) festgehaltenen Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) erfüllt. Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit eines Arzneimittels werden der Auslandpreisvergleich und der therapeutische Quervergleich mit Arzneimitteln gleicher Indikation oder ähnlicher Wirkungsweise berücksichtigt. Beim Auslandpreisvergleich werden in der Regel Preise über dem Durchschnitt des Länderkorbs Dänemark, Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Niederlande und Österreich nicht akzeptiert. Die Aufnahme eines Arzneimittels in die SL kann mit Bedingungen und Auflagen verknüpft werden. Die Bedingung einer Limitierung kann sich insbesondere auf die Menge oder die medizinischen Indikationen beziehen. Eine Limitierung wird stets unter Berücksichtigung der WZW-Kriterien festgelegt. So sind zum Beispiel gewisse Schlaf- und Beruhigungsmittel aufgrund ihres Missbrauchspotenzials so limitiert, dass nur die Mengen von der OKP vergütet werden, die gemäss der vom Heilmittelinstitut Swissmedic zugelassenen Fachinformation zur Therapie vorgesehen sind. Neuere, teure oral einzunehmende Antidiabetika mit geringem Zusatznutzen sind so limitiert, dass zunächst patentabgelaufene, kostengünstigere Antidiabetika mit aufgezeigtem grösserem Nutzen eingesetzt werden müssen, bevor ein neues Arzneimittel verschrieben werden kann.

Obwohl die SL seit dem Jahr 1955 existiert und mittlerweile ein Viertel der darauf aufgeführten Arzneimittel limitiert ist, wird das Thema der Limitierung von Arzneimitteln aus Anlass der aktuellen Diskussion um die SL-Aufnahme neuer Therapien zur Behandlung der chronischen Hepatitis C (CHC) derzeit intensiv diskutiert.

Per 1. August 2014 hat das BAG das Arzneimittel Sovaldi® (Sofosbuvir) zur Behandlung von CHC mit einer Li-

¹ EDI, BAG, Bericht Gesundheit 2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates (23.1.2013): www.bag.admin.ch → Themen → Gesundheit2020 → Bericht Gesundheit2020 (PDF, 29.12.2014)

mitierung in die SL aufgenommen. Sovaldi® wird durch die OKP nur vergütet, wenn es durch Ärzte mit Erfahrung in der Therapie von CHC verschrieben wird und eine fortgeschrittene Lebererkrankung (Fibrosegrad F3 oder F4 nach Metavir-Score) oder durch die Infektion verursachte Symptome der Erkrankung ausserhalb der Leber vorliegen.²

Sovaldi® ist eines der ersten neuen, direkt wirksamen Arzneimittel zur Therapie von CHC. Es kann als Durchbruch bei der CHC-Therapie bezeichnet werden. BAG-Direktor Pascal Strupler hat zu der kontrovers diskutierten Limitierung und zu den überrissenen Preisen der neuen CHC-Therapien in einem Gastkommentar zur Rationierung in der NZZ klar Stellung bezogen.³ Die Therapie mit Sovaldi, kombiniert mit den Arzneimitteln Ribavirin und Peginterferon alpha, kostet für eine 12-wöchige Behandlung 62818 Franken. Gewisse Patienten benötigen eine 24-wöchige Therapie. Würde Sovaldi unlimitiert bei allen Hepatitis-C-Infizierten eingesetzt werden, müsste man davon ausgehen, dass pro Jahr bis zu 10000 der gegen 60000 Infizierten in der Schweiz, welche eine CHC entwickeln, behandelt würden. Dies würde Kosten von 628 Millionen Franken pro Jahr verursachen. Hepatitis C ist eine schleichende Infektion. Von der Infektion bis zur Entwicklung einer fortgeschrittenen Leberfibrose mit dem Risiko schwerwiegender Krankheitsfolgen wie irreversibler Leberschäden in Form von Leberzirrhose, Leberversagen oder Leberkrebs kann es bis zu 30 Jahren dauern. Das BAG hat deshalb entschieden, dass die Therapie in Übereinstimmung mit den europäischen Leitlinien der European Association for Study of the Liver (EASL)⁴ prioritär bei Patienten mit fortgeschrittener Fibrose F3 und F4 zu vergüten ist. Entsprechende Patienten mit fortgeschrittener Fibrose, welche mit den bisherigen Therapien eine Heilung erreichten, weisen dieselben Heilungschancen auf wie die durchschnittliche Bevölkerung. Mit dieser Entscheidung bestätigt das BAG den Grundsatz, dass in Bezug auf das Kriterium der Wirtschaftlichkeit auch eine Priorisierung des Ressourceneinsatzes notwendig ist, wenn aufgrund medizinischer Kriterien zugewartet werden kann. Auch andere Länder wie Österreich und die Niederlande haben die Vergütung entsprechend eingeschränkt, damit die Finanzierbarkeit ihres Gesundheitssystems nicht gefährdet wird. Bei weiteren neuen, noch wirksameren und nebenwirkungsärmeren Therapien zur Behandlung von CHC müssen die Zulassungsinhaberinnen bereit sein, ihre Preisvorstellungen zu überdenken. Ansonsten muss der vom BAG gewählte Weg der limitierten Vergütung auf Patienten mit dem höchsten medizinischen Bedarf aufrechterhalten werden.

Die ärztlichen Leistungen, welche kostenmässig den Hauptanteil der zulasten der OKP erbrachten Leistungen ausmachen, sind (mit gewissen Ausnahmen) grundsätzlich

nicht abschliessend geregelt. Nur Leistungen, deren Leistungspflicht von einem Akteur des Gesundheitswesens als umstritten erachtet werden, werden in Bezug auf die WZW-Kriterien geprüft und die Voraussetzungen deren Vergütung in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) geregelt. Im Zusammenhang mit der Anwendung der WZW-Kriterien kann bisher nicht von einer Rationierung gesprochen werden, in dem Sinne, dass wirksame und zweckmässige Leistungen allein aus Kostengründen nicht aufgenommen oder nur einem eingeschränkten Patientenkollektiv zugänglich gemacht werden und anderen Patientinnen und Patienten, welche ebenfalls einen klaren Nutzen davon hätten, vorenthalten wurden. Die personalisierte Medizin wird zukünftig eine besondere Herausforderung in der WZW-Beurteilung darstellen, insbesondere bei zahlenmässig kleinen Subgruppen und teuren Therapien. Ein verstärkter Ausbau von sogenannten Health-Technology-Assessments (HTA)⁵ ist vorgesehen, um die WZW-Prüfung vermehrt gezielter zu unterstützen. Mit dem Gesetzgebungsprojekt zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit, welches von Mai bis September 2014 in der Vernehmlassung war, sollen die dazu notwendigen nationalen Strukturen und Ressourcen geschaffen werden.

Für Entscheide hinsichtlich Leistungspflicht und Festlegung der Vergütungsbeträge sind die im KVG festgehaltenen Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit massgebend. Leistungen können darauf basierend abgelehnt oder nur eingeschränkt vergütet werden. Eine Rationierung von Leistungen ist keine Option. Dies schliesst jedoch Einschränkungen nach medizinischen Kriterien auf Bereiche mit angemessenem Nutzen nicht aus. Das Ziel ist ein effizienter Einsatz der vorhandenen Ressourcen.

Jörg Indermitte, Dr. phil. II, Co-Leiter Sektion Medikamente BAG
E-Mail: joerg.indermitte@bag.admin.ch

Stefan Otto, Dr. med., Co-Leiter Sektion Medizinische Leistungen BAG
E-Mail: stefan.otto@bag.admin.ch

2 Limitation von Sovaldi® gemäss Spezialitätenliste: www.spezialitaetenliste.ch (29.12.2014)

3 *Neue Zürcher Zeitung*, 30.10.2014

4 *EASL Clinical Practice Guidelines: management of hepatitis C virus infection*. Erratum. *J Hepatol.* 2014; 61: 183–184

5 Health-Technology-Assessments (HTA): systematische Beurteilung der Eigenschaften und Auswirkungen einer Gesundheitstechnologie, die sich den direkten und beabsichtigten Auswirkungen dieser Technologie sowie auch ihren indirekten und unbeabsichtigten Konsequenzen widmet und in erster Linie dazu dient, zu einer informierten Entscheidungsfindung im Hinblick auf Gesundheitstechnologien beizutragen.

Chancen und Risiken der vorgeburtlichen Diagnostik

Die vorgeburtliche Diagnostik hat sich in den letzten Jahren dank neuer molekulargenetischer Techniken, aber auch erweiterter Kenntnisse über genetische Krankheiten und deren molekulare Basis exponentiell erweitert. Dadurch lassen sich schwere Krankheiten eines Kindes bereits früh im Mutterleib erkennen. Es ergeben sich jedoch auch schwierige ethische Fragen, denen sich Gesellschaft und Gesetzgeber stellen müssen.



Daniel Surbek
Universitätsklinik für Frauenheilkunde,
Inselspital Bern

Forschung, technische Entwicklung und Innovation bringen in der Medizin laufend verbesserte Möglichkeiten der Früherkennung von Krankheiten, deren Ursachen und deren Behandlung. In keinem Bereich der Medizin allerdings bringen die neuen Möglichkeiten zur Diagnose ähnlich viele ethische und mitunter auch gesellschaftliche Problematiken mit sich wie im Bereich der vorgeburtlichen Diagnostik und der Präimplantationsdiagnostik. In den letzten Jahren sind die Entwicklungen so rasant, dass sie den rechtlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen vorauslaufen. Deren Anpassung bedingt immer auch intensive Diskussionen und einen politischen Meinungsbildungsprozess, die ihre Zeit benötigen. Im Folgenden soll kurz auf die neuen Entwicklungen im Bereich der vorgeburtlichen Diagnostik eingegangen werden und deren ethischen Implikationen dargelegt werden.

Möglichkeiten der vorgeburtlichen Diagnostik

Grundsätzlich lässt sich zwischen drei verschiedenen Krankheitsgruppen unterscheiden, bei welchen die vorgeburtliche (pränatale) Diagnostik Anwendung findet.

Zum ersten sind dies die *Chromosomenanomalien*. Typisches Beispiel dafür ist die Trisomie 21, also das Downsyndrom. Dabei kommt es zu geistiger und körperlicher Behinderung unterschiedlicher Ausprägung, und eine Behandlung ist nicht oder nur sehr begrenzt möglich. Zum zweiten geht es um die sogenannten *monogenetischen Krankheiten*. Bei diesen handelt es sich um teilweise schwere vererbte Erkrankungen, welche durch einen einzelnen Gendefekt verursacht sind. Zum dritten gibt es eine grosse Anzahl *Fehlbildungen und Entwicklungsstörungen*, welche nicht auf einen einzelnen Gendefekt oder auf eine Chromosomenanomalie zurückzuführen sind, sondern deren Ursache meist unbekannt ist. Es wird dabei eine multifaktorielle Ursache (mehrere Gendefekte und/oder Einflüsse während der frühesten embryonalen Entwicklung) angenommen.

Bei den Chromosomenanomalien und monogenetischen Krankheiten ist eine vorgeburtliche Diagnostik möglich, indem Zellen des Fetus aus dem Fruchtwasser oder aus dem Mutterkuchen mittels Punktion in der frühen Schwangerschaft gewonnen und dann im Labor untersucht werden. Diese Technik ist prinzipiell nicht neu, sie existiert schon seit über 40 Jahren. Da sie jedoch mit einer Komplikationsrate behaftet ist (ungefähr bei einer von 100 Punktionen kommt es zur Fehlgeburt), wurde nach Methoden gesucht, die schwangeren Frauen mit erhöhtem Risiko korrekt zu identifizieren und die Punktionen nur bei diesen durchzuführen. Klassisches Beispiel für diese Risikoidentifikation ist der sogenannte Ersttrimestertest. Dabei werden das Alter der schwangeren Frau, die Ultraschalluntersuchung (unter anderem mit Nackentransparenzmessung) und bestimmte mütterliche Blutwerte kombiniert und das Risiko für Chromosomenanomalien mittels eines Algorithmus berechnet. Diese Methode erreicht heute in erfahrenen Händen eine Entdeckungsrate von maximal 92 Prozent. Ergibt die Berechnung ein niedriges Risiko, wird in Abwägung gegen das Punktionsrisiko generell von einer Punktion abgeraten. Findet sich jedoch ein hohes Risiko für Chromosomenanomalien, wird in der Regel die Punktion angeboten. Wird dabei und bei der Chromosomenuntersuchung beispielsweise eine Trisomie 21 entdeckt, bestehen für die schwangere Frau die Optionen, die Schwangerschaft auszutragen oder abzubrechen.

Bei den monogenetischen Krankheiten ist in der Regel ein erster Fall in der Familie bekannt; bei einer Schwangerschaft kann dann mittels Punktion und Genanalyse nachgewiesen werden, ob der Fetus ebenfalls von dieser bestimmten genetischen Krankheit betroffen ist oder nicht. Ist der Fetus betroffen, sind die weiteren Massnahmen

abhängig von der Art und dem Schweregrad der Erkrankung. Je nachdem besteht die Möglichkeit der Behandlung nach der Geburt oder teilweise sogar noch während der Schwangerschaft und – bei besonders schweren Krankheiten mit fehlender Therapiemöglichkeit – letztlich auch die Option Schwangerschaftsabbruch. Bei den monogenetischen Krankheiten spielt die *Präimplantationsdiagnostik* eine besondere Rolle: Bei einem von einer Erbkrankheit in der Familie betroffenen Paar können mittels künstlicher Befruchtung mehrere Embryonen im Reagenzglas erzeugt werden. Danach erfolgt mittels Embryodiagnostik im Reagenzglas die Selektion eines gesunden Embryos, welcher dann in die Gebärmutter eingebracht wird.

Bei der grossen dritten Gruppe von Erkrankungen, nämlich den fetalen Fehlbildungen und Entwicklungsstörungen, spielt die Ultraschalluntersuchung die Hauptrolle. Die Diagnose kann hier weder mittels Chromosomenanalyse noch mittels genetischer Untersuchung erfolgen, sondern lediglich mittels detaillierter Ultraschalluntersuchung des Fetus. Die Untersuchung zur Erkennung einer allfälligen Fehlbildung findet erstmals zirka in der 12. Schwangerschaftswoche statt. In der 20. Schwangerschaftswoche können dann die wichtigsten Fehlbildungen wie Herzfehlbildungen, Spina bifida oder Zwerchfellbruch mit relativ guter Sicherheit nachgewiesen werden. Je nach Art und Schweregrad der Fehlbildung bestehen die Optionen der Behandlung unmittelbar nach der Geburt (z. B. Herzoperation) oder im Falle einer nicht behandelbaren schweren Fehlbildung mit lebenslanger schwerer Behinderung auch der Abbruch der Schwangerschaft.

Nebst diesen drei verschiedenen Krankheitsgruppen gibt es noch weitere Erkrankungen, bei welchen eine vorgeburtliche Diagnose und je nachdem eine Behandlung möglich sind, z. B. mittels Bluttransfusionen, Medikamenten oder Lasertherapie. Bei diesen stellt sich jedoch die Frage des Schwangerschaftsabbruchs meistens nicht, weswegen auch die ethischen Implikationen nicht vergleichbar sind.

Ziele der vorgeburtlichen Diagnostik

Grundsätzlich ist es das Ziel einer Diagnosestellung in der Medizin, immer die für den Patienten *bestmögliche Behandlung* durchführen zu können. Dies gilt als Prinzip auch für die vorgeburtliche Diagnostik. Da jedoch bei schweren angeborenen Krankheiten eine Behandlung teilweise nicht möglich ist und eine solche zu einer schwersten lebenslangen Behinderung und grossem Leiden führen kann, besteht je nach Situation auch die Option eines Schwangerschaftsabbruchs. Gemäss der gesetzlichen Regelung in der Schweiz basiert ein solcher auf dem Befund einer schweren körperlichen, psychischen oder seelischen Belastung der schwangeren Frau. Somit ist das Ziel der vorgeburtlichen Diagnose nicht immer die Heilung oder Linderung. Vielmehr kann diese teilweise auch die *Ver-*

meidung eines Lebens mit schwerem Leiden durch einen Schwangerschaftsabbruch bedeuten. Implizit heisst dies aus ethischer Sicht, dass mit der Weiterentwicklung der vorgeburtlichen Diagnostik gleichzeitig auch die Entwicklung der vor- und nachgeburtlichen Behandlungsmöglichkeiten gefördert werden müssen. Damit steht der ethische Grundsatz im Vordergrund, dass die vorgeburtliche Diagnostik nicht nur eine *search and destroy mission* sein kann, sondern dass es letztlich ihr Ziel sein muss, die von einer schweren angeborenen Krankheit betroffenen Individuen zu heilen oder zumindest deren Leiden stark zu vermindern.

Beratung

Die Beratung über die Möglichkeiten der vorgeburtlichen Diagnostik ist anspruchsvoll. Sie verlangt nicht nur detaillierte Kenntnisse der einzelnen Krankheitsbilder und deren langfristiger Konsequenzen, sondern auch der verschiedenen Methoden der vorgeburtlichen Diagnostik und derer Limitationen. Insbesondere jedoch ist die *hohe kommunikative Kompetenz* Voraussetzung, beispielsweise wenn es um die Darlegung und Relativierung verschiedener Risiken geht. Die beiden obersten Prinzipien der Beratung über die vorgeburtliche Diagnostik umfassen einerseits das *Recht auf Nichtwissen*, andererseits die *nicht direktive Beratung*. Das Recht auf Nichtwissen bedeutet, dass jeder Schwangeren auch explizit die freie Wahlmöglichkeit gelassen werden muss, auf sämtliche Möglichkeiten der vorgeburtlichen Diagnostik zu verzichten und das Kind so annehmen zu dürfen, wie es geboren wird. Der zweite wichtige Punkt, die nicht direktive Beratung, ist ebenfalls ausserordentlich wichtig, wenn auch in der Praxis zuweilen nicht immer einfach umsetzbar. Das Prinzip bedeutet, dass der Beratende selbst die schwangere Frau nicht in die eine oder andere Richtung der vorgeburtlichen Diagnostik führen darf, sondern lediglich neutral die möglichen Optionen und deren Handlungskonsequenzen aufzeichnet. Mit zunehmender Komplexität der Möglichkeiten der vorgeburtlichen Diagnostik steigen die Ansprüche an die Beratung stark an, weshalb bei jeder Einführung einer neuen Möglichkeit im Bereich der vorgeburtlichen Diagnostik parallel dazu sichergestellt werden muss, dass eine erweiterte Fortbildung der beratenden Personen erfolgt.

Neue Entwicklungen

Die vorgeburtliche Diagnostik erlebt zurzeit einen noch nie dagewesenen Entwicklungsschub, bedingt durch die neue Technologie der *automatisierten Hochgeschwindigkeits-Gensequenzierung und Bioinformatik*. Diese Entwicklung hat dazu geführt, dass es bereits heute routinemässig möglich ist, Chromosomenanomalien des

Fetus wie zum Beispiel die Trisomie 21 im mütterlichen Blut zu erkennen. Diese neuen nicht invasiven Tests haben schon heute eine derartige Qualität erreicht, dass sie die bisherigen Risikoberechnungen mittels Ersttrimestertest ersetzen können. Die Entwicklung bleibt jedoch nicht bei der Entdeckung von Chromosomenanomalien stehen: Demnächst werden auch Gensequenzanomalien des Fetus aus dem mütterlichen Blut entdeckt und so viele monogene Krankheiten diagnostiziert werden können. In baldiger Zukunft werden diese nicht invasiven Tests die vorgeburtlichen Punktionen zur Chromosomenanalyse weitgehend ersetzen und langfristig dazu führen, dass jede Schwangere die Möglichkeit hat, aus ihrem Blut eine Untersuchung zum Ausschluss einer grossen Anzahl genetischer Krankheiten des Fetus durchführen zu lassen.

Die *Präimplantationsdiagnostik* wurde ebenfalls in den letzten Jahren stark weiterentwickelt. Mittlerweile ist die Diagnose einer grossen Anzahl monogenetischer Krankheiten am Embryo nach künstlicher Befruchtung gut möglich. Zukünftig wird sie auch dazu führen, dass bei einer künstlichen Befruchtung nur die Embryonen mit normalen Chromosomen in die Gebärmutter eingeführt werden, was die vorgeburtliche Chromosomendiagnostik überflüssig macht und zudem die Effizienz der künstlichen Befruchtung steigert.

Ethische und gesellschaftliche Fragen

Einer der wichtigsten ethischen Aspekte ist die Frage, welches Leben mit welcher Krankheit lebenswert ist und welches nicht, und wer darüber entscheiden soll und darf. Der Betroffene, nämlich der Embryo respektive der Fetus, kann es nicht! Umgekehrt formuliert, stellt sich die Frage, nach welchen Krankheiten, bei deren Diagnose als einzige Interventionsoption der Schwangerschaftsabbruch besteht, im Rahmen der vorgeburtlichen Diagnostik gesucht werden soll oder darf. Vorderhand sind dies schwere Krankheiten mit lebenslanger Behinderung. In Zukunft könnten hier aber auch mehr und mehr mildere Erkrankungen hinzukommen oder Krankheiten, welche sich erst im späteren Leben manifestieren. Letztlich ist auch denkbar, dass im Rahmen der vorgeburtlichen Diagnostik auch Eigenschaften ohne eigentlichen Krankheitswert festgestellt werden und entsprechende Konsequenzen gezogen würden.

Mit der Präimplantationsdiagnostik wird die Möglichkeit der Selektion von Embryonen geschaffen. Die Selektion gesunder Embryonen ohne genetische oder chromosomale Anomalien impliziert aber auch das künstliche Herstellen (durch Befruchtung) und wieder Vernichten von Embryonen, was in die Waagschale geworfen werden muss als Gegenstück zu dem prinzipiell guten Anliegen «Leiden im späteren Leben» zu vermeiden. Auch bei der Präimplantationsdiagnostik stellt sich die Frage, welche Kriterien zur Selektion von Embryonen angewendet

werden sollen und dürfen. Werden es lediglich Krankheiten sein, welche später zur schweren Behinderung führen oder werden es mitunter auch Eigenschaften sein bis hin zur Geschlechtsselektion?

Letztlich resultieren wichtige Fragen, welche die Gesellschaft als solche mit ihren sozialen Institutionen betreffen. Wird auch in Zukunft einzig und allein die schwangere Frau die Entscheidung über die Durchführung einer vorgeburtlichen Diagnostik und über einen allfälligen Schwangerschaftsabbruch treffen? Wird weiterhin die Gesellschaft im Rahmen der Sozialversicherungen die hohen Kosten tragen, welche ein Kind mit schwerer Behinderung oft lebenslang bewirkt? Oder kann die Solidargemeinschaft die Kostenübernahme in bestimmten Fällen einschränken, in denen beispielsweise eine schwangere Frau die Möglichkeit der vorgeburtlichen Diagnostik nicht wahrnehmen möchte oder sich nach der Diagnose einer schweren Krankheit des Fetus zum Austragen der Schwangerschaft entscheidet? Wenn ja, welche Folgen hätte dies für das ethische Primat der freien Entscheidung einer schwangeren Frau, die Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik wahrzunehmen? Wäre dies der Beginn einer durch den Staat resp. die Solidargemeinschaft durch finanziellen Druck herbeigeführten Selektion ihrer Nachkommen zum Zweck der finanziellen Entlastung der Gemeinschaft? Wie würde sich eine solche Selektion mit grundlegenden in der Verfassung festgeschriebenen Menschenrechten vereinigen lassen? Diese Fragen mögen auf den ersten Blick übertrieben und unrealistisch scheinen. Die technischen Entwicklungen führen jedoch dazu, dass sie immer relevanter werden und dass die Gesellschaft und letztlich der Gesetzgeber hier klare Antworten geben müssen. Dies wird keineswegs einfach sein und stellt uns alle vor die wichtige Herausforderung, hier Verantwortung mitzutragen.

Schlussfolgerungen

Die rasante Entwicklung im Bereich der vorgeburtlichen Diagnostik ist eine zweifache Herausforderung. Einerseits besteht sie in der Notwendigkeit und Dringlichkeit der Entwicklung effizienter Behandlungen schwerer angeborener Krankheiten. Andererseits ergibt sich die dringende Erfordernis des ethischen und gesellschaftlichen Dialogs und letztlich der klaren Festlegung gesetzlicher Rahmenbedingungen. Wenn wir in Zukunft diesen beiden Herausforderungen gerecht werden, sind die Chancen dieser Entwicklung um ein Vielfaches grösser als deren Risiken.

Prof. Dr. med. Daniel Surbek, Ordinarius und Chefarzt, Geschäftsführender Co-Klinikdirektor Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern
E-Mail: daniel.surbek@insel.ch

Human Enhancement verlangt die Auseinandersetzung mit Fähigkeitserwartungen

Es bieten sich immer mehr Möglichkeiten, den menschlichen Körper so zu optimieren, dass er – entweder durch Hilfsmittel oder genetische Manipulation – Fähigkeiten besitzt, die er normalerweise nicht hätte. Wird für therapeutische Eingriffe demzufolge künftig noch stärker zwischen einer Grund- und einer optimierten Versorgung differenziert? Und wer übernimmt welche Kosten? Wodurch wird die Nachfrage beeinflusst und in welche Richtung steuert das Ganze?



Gregor Wolbring
University of Calgary

Die Weichen werden gestellt

Wissenschaft und Technik stellen sich oft in den Dienst von Gesundheit und Wohlbefinden. Bisher waren das Gesundheitsverständnis und entsprechend auch die medizinische Behandlung und Rehabilitierung auf den normalen, artspezifischen Körper ausgerichtet. Für die Ausgestaltung der Kranken-, Invaliden- und Sozialversicherungssysteme war diese Norm ebenfalls handlungsleitend. Die rasante Entwicklung von Wissenschaft und Technik, die ständig neue Verfahren hervorbringen, mit denen sich die Körperfunktionen über bestehende Normen und artspezifische Grenzen hinaus verändern lassen, stellt die Gesundheitspolitik konstant vor neue Herausforderungen. Künstliche Arme, künstliches Blut, künstliche Blutgefäße, künstliche Ohren, künstliche Augen, künstliche Därme, künstliche Herzen, künstliche Beine, künstliche Netzhäute, künstliche Haut, bionische Kniegelenke, Rückenmarkprothesen, kraniale, neurale und andere Implantate, künstliche Gelenke, künstliche Muskeln, künstliche Nasen und Zungen, digitale Nasen, bioartifizielle

Nieren, künstliche Lebern, künstliche Lungen, künstliche Platten und diagnostische Sensoren existieren oder sind in der Entwicklung. Derzeit sind auch Chips in der Entwicklung, die fähig sein werden, Erinnerungen zu speichern, und als künstliche Hippocampi unter den Schädel eingesetzt werden sollen. Gehirn-Computer-Schnittstellen erlauben die gedankliche Steuerung von Objekten, die an einen Computer angeschlossen sind. Computer wandeln Gedanken in Gesprochenes um, während bestimmte Medikamente unsere Wahrnehmung und Gefühle zu verändern vermögen. All diese Produkte haben das Potenzial, artspezifische körperliche Fähigkeiten zu verändern. Noch etwas weiter weg lauern direkte Eingriffe in das menschliche Erbgut.

Die Rolle der Gesundheitskonsumenten

Für das immer stärker verbreitete Human Enhancement lassen sich grundsätzlich zwei Nutzergruppen ausmachen. Zur einen zählen jene Menschen, die als beeinträchtigt gelten, weil ihnen artspezifische Fähigkeiten fehlen. Sie erfahren Enhancement als Teil eines therapeutischen Eingriffs (therapeutisches Enhancement). Sie waren die ersten, die entsprechende Angebote in Anspruch genommen haben, und sie spielten eine Schlüsselrolle bei der Etablierung und Erhöhung der Akzeptanz von körperlichen Enhancements, die über das Artspezifische hinausgehen.¹ In die zweite Gruppe fallen Menschen, die nach artspezifischem Verständnis gesund sind. Auch landläufig gesunde Menschen² wünschen sich aus der aufkommenden sozialen Dynamik heraus zunehmend Enhancements, welche die natürlichen Beschränkungen des Einzelnen überwinden. Mitgeprägt ist dieses Bedürfnis durch eine lange Geschichte von auch rituell eingesetzten Formen der Körpermodifikation, wie dem Piercen oder Tätowieren, oder anderen Spielarten des Schönheits- und Körperkults. Folgendes Zitat unterstreicht diesen Trend:

«Werkzeuge und Maschinen sind eine Art Organe. Und Organe sind eine Art Werkzeuge und Maschinen.»³

Experten gehen davon aus, dass eine neue Kategorie von Gesundheitskonsumentinnen und -konsumenten

1 Hughes, James, *Citizen Cyborg. Why Democratic Societies Must Respond to the Redesigned Human of the Future*, Boulder, CO 2004

2 Wolbring, Gregor, «Hearing Beyond the Normal Enabled by Therapeutic Devices: The Role of the Recipient and the Hearing Profession», in *Neuroethics* 3/2013, S. 607–616 und Wolbring, Gregor, «Therapeutic Enhancements and the view of Rehabilitation Educators», in *Dilemma International Journal of Applied Ethics* 8/2012, S. 169–183

3 Canguilhem, Georges, *La Connaissance de la vie*, Paris 1952

entstehen wird, die, mit dem Recht auf freie Wahl argumentierend, die Inanspruchnahme von Enhancements vorantreibt.⁴ Obschon Sie sich selbst bisher als gesund bezeichnet haben, stufen sie sich nun jedoch auf einer nichtoptimierten Ebene und beeinflusst durch einen gewandelten Gesundheitsbegriff möglicherweise als krank ein. Die neue Auffassung von Gesundheit und medizinischer Behandlung beinhaltet, akzeptiert, ja erwartet sogar, dass der menschliche Körper und sein Leistungsvermögen über die artspezifischen Grenzen hinaus optimiert werden. Nur so gilt man noch als «gesund».

Wer hat Zugang? Wer übernimmt die Kosten?

Der Begriff der morphologischen Freiheit wurde von Anders Sandberg geprägt. Seine Verfechter beanspruchen das Recht, Veränderungen ganz allgemein und Enhancements im Besonderen an sich vornehmen zu dürfen. Wie aber eröffnet der Anspruch auf morphologische Freiheit dem Einzelnen den Zugang zu Enhancements und wie erfolgt dieser?

Sandberg sieht die morphologische Freiheit als Erweiterung des Rechts auf den eigenen Körper, wobei man über seinen eigenen Körper nicht nur selbst verfügen, sondern ihn nach den eigenen Wünschen auch verändern darf. Natürlich kann die morphologische Freiheit auch als Teil des Rechts am eigenen Körper betrachtet werden. Sie geht jedoch darüber hinaus, den Körper lediglich passiv auf dem bestehenden Niveau zu erhalten und angeborenes Potenzial zu nutzen. Vielmehr kann dieses Potenzial mithilfe verschiedener Mittel erweitert oder verändert werden. Morphologische Freiheit hängt stark mit den Prinzipien der Eigenverfügung und Selbstbestimmung zusammen und ist wie diese ein negatives Recht. Ein Recht also, bestimmte Dinge zu tun, ohne dass Dritte dabei moralisch verpflichtet wären, diese zu unterstützen. So wäre es diesbezüglich unangebracht, von anderen zu verlangen, Veränderungen an seinem Körper zu unterstützen, die sie selbst nicht als nutzbringend erachten oder nicht mit ihren persönlichen Moralvorstellungen vereinbaren können. Wer sich eine grüne Haut wünscht, soll dies mit sich alleine vereinbaren. Niemand hat das moralische Recht, jemanden anderen von einem solchen Wunsch abzubringen, ist aber auch nicht dazu verpflichtet, das Bestreben zu unterstützen. Natürlich würden andere ethische Grundsätze, wie beispielsweise das Mitgefühl, eine moralische Verpflichtung implizieren.

Auf diese geht Sandberg in seinen Ausführungen aber nicht ein.⁵

Die Definition der morphologischen Freiheit als negatives Recht wirft die Frage auf, ob auch Human Enhancement als negatives Recht verstanden und umgesetzt wird und welche Konsequenzen dies auf die weitere Entwicklung der Gesundheitssysteme und der sozialen Sicherheit haben wird, insbesondere in Bezug auf die Kostenübernahme. Sollen Enhancement-Produkte in die Mechanismen des Gesundheitswesens und der sozialen Sicherheit integriert werden? Wäre es beispielsweise zulässig, sich im nichtoptimierten Stadium als krank zu bezeichnen? Und wie würde es um meine morphologische Freiheit zum Enhancement stehen? Müsste ich mir dieses im Sinn eines negativen Rechts eigenverantwortlich finanzieren oder soll das Gesundheitssystem dafür aufkommen? Wie steht es dann mit Menschen, die als eingeschränkt gelten, weil sie nicht den artspezifischen Normen entsprechen, und die optimierten Fähigkeiten als Nebeneffekt eines therapeutischen Hilfsmittels erlangen? Wird das Gesundheitssystem die Kosten für den Zugang zu diesem Hilfsmittel übernehmen oder es als negatives Recht bzw. Luxus abbuchen und weiterhin nur für das Grundmodell bezahlen, das nicht zu optimierten Fähigkeiten führt?

Und wenn das Gesundheitssystem die Kosten nicht übernimmt, entsteht dann ein Zweiklassensystem, in dem sich Personen mit genügend finanziellen Mitteln optimieren und damit Vorteile in der Wettbewerbsfähigkeit verschaffen können, während jene ohne Geld nichtoptimiert bleiben und noch weniger Chancen auf einen Arbeitsplatz haben?

Ability Expectation Governance, wenn Fähigkeiten erwartet werden

Die leistungs- und nutzenorientierte Steuerung der wissenschaftlichen und technologischen Entwicklung ist ein bekanntes Unterfangen, an dem verschiedene Akteure mit unterschiedlichen Fragestellungen und Lösungsansätzen beteiligt sind. Gemeinhin setzt sich die Auffassung, dass die menschliche Spezies durch genetische und körperunterstützende Hilfsmittel verbessert werden muss, immer mehr durch. Dabei stellt sich also die Frage, mit welchen Argumenten Human Enhancement verkauft, wie die Benutzerinnen und Benutzer definiert werden und welche Erwartungen es vorantreiben. Im US-amerikanischen Wissenschaftsbericht «Converging Technologies for Improving Human Performance: Nanotechnology, Biotechnology, Information Technology and Cognitive Science» aus dem Jahr 2001 wurde zur Vermarktung der darin enthaltenen Botschaft 60-mal der Begriff «Produktivität» verwendet, «Effizienz» kam 54-mal vor und «Wettbewerbsfähigkeit» 29-mal.⁶ Im Bericht

4 Bostrom, Nick; Sandberg, Anders, «Cognitive enhancement: Methods, ethics, regulatory challenges», in *Science and Engineering Ethics* 3/2009, S. 311–341

5 Ins Deutsche übertragen aus Sandberg, Anders, «Morphological Freedom – Why We not just Want it, but Need it», o.O. 2001; elektronischer Artikel: www.aleph.se/Nada/Texts/MorphologicalFreedom.htm (28.12.2014)

6 Wolbring, Gregor, «Why NBIC? Why Human Performance Enhancement?», in *Innovation. The European Journal of Social Science Research* 1/2008, S. 25–40

zu einem Workshop der American Association for the Advancement of Science aus dem Jahr 2006 ging es um die Dynamik von Human Enhancement. Dabei wurde der Wunsch nach folgenden Fähigkeiten als Hauptantrieb für Human Enhancement identifiziert: 1) den eigenen lokalen und globalen Wettbewerbsvorteil wahren; 2) sicher leben; 3) die eigene Lebensqualität und die Konsumgewohnheiten aufrechterhalten. In diesem Bericht wurde auch festgehalten, dass die persönliche Einstellung zu Human-Enhancement-Technologien von der Wahrnehmung des eigenen gesellschaftlichen Status abhängt und von der Einschätzung, wie Human Enhancement den eigenen Wettbewerbsvorteil beeinflussen würde.⁷ Ein weiterer Faktor ist der Gruppenzwang.⁸ Eine Studie, die sich mit der Akzeptanz von leistungssteigernden Medikamenten im Sport befasste, kam zum Schluss, dass diese am ehesten eingenommen werden, wenn a) die Gefahr schädlicher Nebenwirkungen als gering eingeschätzt wird, b) der Nutzen als hoch eingestuft wird, c) die persönliche moralische Einstellung dazu neutral ist (z.B. «Es handelt sich um eine persönliche Entscheidung ohne Opfer»), d) die Legitimität der Gesetze und der Strafverfolgungsbehörde gering geschätzt wird, e) die relevanten Referenzgruppen Doping nicht ablehnen und f) individuelle Faktoren die Anfälligkeit beeinflussen (z.B. niedriges Selbstwertgefühl, Risikofreudigkeit, pessimistische Grundhaltung).⁹

Schlussfolgerung

Bei den Ability Studies handelt es sich um eine interdisziplinäre Forschungsrichtung,¹⁰ die untersucht, wie unterschiedliche Fähigkeitserwartungen das Verständnis des Selbst, seiner Wahrnehmung, seiner gesellschaftlichen Beziehungen und seiner Umgebung prägen, wie das eine das andere beeinflusst und wie sie gewichtet werden.

Alle Individuen, Haushalte, Gemeinschaften, Gruppen, Sektoren, Regionen und Länder schätzen und fördern gewisse Fähigkeiten und halten andere für unbedeutend. So gibt es Menschen, welche die Fähigkeit, ein

Ableism beruht auf einer Bevorzugung von bestimmten Fähigkeiten, die als essentiell projiziert werden, während gleichzeitig das reale bzw. wahrgenommene Abweichen oder Fehlen von diesen essentiellen Fähigkeiten als Problem angesehen wird. Dies wiederum ist oft begleitet von «Disablism», dem diskriminierenden, unterdrückenden oder beleidigenden Verhalten gegenüber denjenigen, die diese «essentiellen» Fähigkeiten nicht haben.



«Cyborg-Baby» (piqs)

bestimmtes Produkt zu kaufen, für wichtig halten, andere hingegen nicht. Genauso legen einige Personen Wert darauf, in einer gerechten, ausgeglichenen Gesellschaft zu leben, andere nicht. Es werden auch Fähigkeiten zwischen Ländern verglichen, beispielsweise die Bildungsqualität oder die Erwerbstätigenquoten. Einige Fähigkeiten, die als Ansporn für Human Enhancement gelten, wie Wettbewerbsfähigkeit, Sicherheit und Lebensqualität, wurden bereits genannt. Fähigkeitserwartungen existieren in zwei Formen, eine, bei der das Haben einer Fähigkeit zwar gewollt ist, aber als nicht existenziell betrachtet wird, und eine andere, bei der diese Fähigkeit als existenziell angesehen wird (Ableism). Fähigkeitserwartungen werden häufig als Instrument dafür benutzt, die negative Behandlung anderer aufgrund einer Abweichung von als essenziell verstandenen Fähigkeiten zu rechtfertigen (Behinderung/Disablism). Die Behindertenrechtsbewegung prägte dieses Begriffspaar, um auf die kulturellen Präferenzen für artspezifische körperliche, geistige, neurologische und kognitive Fähigkeiten hinzuweisen, aufgrund derer sich Personen, die als körperlich, geistig, neurolo-

- 7 Williams, Enita A., Good, Better, Best: *The Human Quest for Enhancement*. Summary Report of an Invitational Workshop Convened by the Scientific Freedom, Responsibility and Law Program American Association for the Advancement of Science, o.O. 1.–2. Juni 2006: www.aaas.org/sites/default/files/migrate/uploads/HESummaryReport1.pdf (28.12.2014)
- 8 Maher, Brendan, «Poll results: look who's doping», in *Nature* 452/2008, S. 674–675 und Ball, Natalie; Wolbring, Gregor, «Cognitive Enhancement: Perceptions Among Parents of Children with Disabilities», in *Neuroethics*, o.O. 2014: www.link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs12152-014-9201-8.pdf → Journal → Biomedical Science → Neuroethics → Cognitive Enhancement (PDF, Open access, 28.12.2014)
- 9 Donovan, Robert J. et al., «A Conceptual Framework for Achieving Performance Enhancing Drug Compliance in Sport», in *Sports Medicine* 4/2002, S. 269–284
- 10 Wolbring, Gregor, Op.cit., Fussnote 6 und ders., «Expanding Ableism: Taking down the Ghettoization of Impact of Disability Studies Scholars», in *Societies* 3/2012, S. 75–83, www.mdpi.com/2075-4698/2/3/75/pdf (PDF, Open access, 28.12.2014) sowie ders., «Ecohealth through an ability studies and disability studies lens», in *Ecological Health: Society, Ecology and Health*, hg. von Magnus Kjartan Gislason, London 2013, S. 91–107

gisch oder kognitiv beeinträchtigt gelten, behindert (im sozialen Sinne) fühlen.

Im Zusammenhang mit der rasanten Entwicklung der Wissenschaft und Technik rund um das Human Enhancement kann man sich die Frage stellen, ob dereinst auch die Optimierte die Nichtoptimierten behindern werden, indem sie ihnen das Gefühl vermitteln, nicht gut genug zu sein und optimiert werden zu müssen? Oder anders gefragt: Werden die Optimierte die Macht haben, die Fähigkeitserwartungen bestimmter Teile der Gesellschaft so zu verändern, dass beispielsweise den Nichtoptimierten der Zugang zu Bildung oder zu gutbezahlten Anstellungen erschwert wird? Werden die Optimierte einen besseren Zugang zu den verschiedenen Aspekten der menschlichen Sicherheit haben, die unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation WHO¹¹ als Garantie einer wirtschaftlichen, ernährungsbezogenen, gesundheitlichen, umweltbedingten, persönlichen, gemeinschaftlichen und politischen Sicherung möglichst allen Gesellschaften zustehen sollte?¹² Wird sich in einem Umfeld, in dem Enhancement dem Einzelnen Vorteile verschafft, die Bedeutung verschiedener Gesundheitsbegriffe – und damit auch der öffentlichen Gesundheit – verändern? Wird das Recht auf Gesundheit auch das Recht auf Enhancement beinhalten? Welche Fähigkeitserwartungen schädigen die Beziehungen der Bürgerinnen und Bürger untereinander und sind mit dem Gesellschaftsverständnis eines Landes nicht zu vereinbaren? Wer regelt die Fähigkeitserwartungen? Und wie? Es lohnt sich, darüber nachzudenken. Meines Erachtens müssen diese Fragen in einem breiten Dialog beantwortet werden, in dem jedes einzelne Mitglied der Gesellschaft eingebunden ist. Dazu gehören auch jene, die mehr als andere auf ein funktionierendes und umfassendes System der sozialen Sicherung angewiesen sind.

Abschließen möchte ich mit einem Dialog aus dem Spiel «Deus Ex: Invisible War», in dem es um die Bedeu-

Gespräch zwischen den Spielcharakteren Alex D und Paul Denton:

Paul Denton: Wenn du die soziale Ordnung ausgleichen willst, musst du die Wesenszüge der Macht selbst verändern. Stimmt's? Und wodurch entsteht Macht? Durch Reichtum, körperliche Stärke oder das Gesetz vielleicht. Aber nichts davon ist wirklich der Schlüssel zur Macht.

Alex D: Ich höre ...

Paul Denton: Fähigkeit ist ein Ideal, das den modernen Staat lenkt. Es ist ein Synonym für den eigenen Wert, den sozialen Einfluss, das Auserwähltsein im biblischen Sinne. Genau dieses Ideal muss verändert werden, wenn die Menschen endlich gleichwertig sein sollen.

Alex D: Und du glaubst, dass du die Menschen durch Biomodifizierung gleichwertig machen kannst?

Paul Denton: Die Kommodifizierung von Fähigkeiten – durch Bildung natürlich, aber zunehmend auch durch genetische Behandlungen, kybernetische Protokolle oder jetzt durch Biomodifizierung – hat dazu geführt, dass in allen fortschrittlichen Gesellschaften eine selbstvermehrnde Aristokratie entstanden ist. Wenn Fähigkeit zur öffentlichen Ressource wird, ist das, was die Menschen noch voneinander unterscheidet, was sie damit anfangen. Bestreben. Hingabe. Integrität. Die Eigenschaften, die wir als Fundament der gesellschaftlichen Ordnung wählen würden. («Deus Ex: Invisible War»)¹³

tung von Ability Expectation Governance geht – um die Notwendigkeit, sich als Gesellschaft umfassend und stets wieder aufs Neue mit den vorhandenen Fähigkeitserwartungen auseinanderzusetzen:

11 United Nations Trust Fund for Human Security «Human Security Now», o.O. 2003: www.unocha.org/humansecurity → Resources → Publications and products → Human Security Now (28.12.2014)

12 <http://hdr.undp.org/en> → Library → Human Development Report 1994: New Dimensions of Human Security (PDF, 28.12.2014)

13 Wolbring, Gregor, «Is there an end to out-able? Is there an end to the rat race for abilities?», in *M/C Journal: A Journal of Media and Culture* 3/2008

Dr. Gregor Wolbring, a.o. Prof. für Community Rehabilitation and Disability Studies am Department of Community Health Sciences, University of Calgary
E-Mail: gwolbrin@ucalgary.ca

Leben lernen an den Grenzen des Lebens zwischen Machbarkeit und Endlichkeit

Unsere Gesellschaft hat Effizienz zum Kult und den Tod zu einer Aufgabe gemacht, die es zu managen gilt. Gebrechlichkeit und Abhängigkeit werden zu gesellschaftlich stigmatisierten Defiziterscheinungen; sie ermöglichen aber oftmals zuvor ungeahnte Einsichten. Palliative Care wertet gebrechliches und leistungsbegrenztes Leben auf und versucht, Leben bis zuletzt zu ermöglichen.



Patrizia Kalbermatten-Casarotti Rudolf Joss
Palliativ Luzern

«Es sind die Lebenden, die den Toten die Augen schliessen. Es sind die Toten, die den Lebenden die Augen öffnen.»
(Slawisches Sprichwort)

Unsere leistungsorientierte Gesellschaft hat das Sterben an Fachleute und Institutionen des Gesundheitswesens delegiert. Krankheit und Abhängigkeit sind immer weniger Teil unseres Bewusstseins. Demgegenüber verlangt unsere auf Effizienz getrimmte Gesellschaft immer fittere, konzentriertere und effizientere Menschen. Die Medizin bietet Hand, Körper und Geist zu optimieren. Ausgehend von der Tatsache, dass Tod unüberwindbar ist, kann Optimierung am Lebensende ein Thema sein?

Sterben und Tod gehören nicht mehr zu unserem Alltag

Die enormen Fortschritte der Medizin in den letzten Jahrzehnten einerseits sowie die zunehmende Delegati-

on der Betreuung Schwerkranker und Sterbender an Fachpersonen in Institutionen des Gesundheitswesens andererseits haben Krankheit, Sterben und Tod weitgehend aus der sozialen Wahrnehmung entfernt. Obwohl die meisten von uns sich wünschen, zu Hause im Beisein der Angehörigen zu sterben, erfolgen rund 80 Prozent der Todesfälle in der Schweiz in Spitälern, Pflege- oder Altersheimen. Kranksein, Leiden, Sterben und Tod sind nur mehr selten Teil unseres Alltags. So ist die Situation heute paradox: Noch nie haben wir in den Medien mehr Leute sterben sehen als heute; trotzdem sind Sterben und Tod im realen Alltag meist ein Tabuthema. Demgegenüber ist das Thema in der Philosophie aktueller denn je;¹ dies ist wohl symptomatisch für das Unbehagen unserer Gesellschaft im Umgang mit dieser Frage.

Effizienz macht vor Sterben und Tod nicht Halt

Parallel zu dieser Entwicklung hat unsere leistungsorientierte Gesellschaft Effizienz zum Kult gemacht. Dabei entzieht sich das Lebensende ebenso wenig diesem Trend wie der Lebensanfang. Leben und Sterben sind zu Aufgaben geworden, die es erfolgreich zu managen gilt. In diesem Sinne entspricht etwa Suizidbeihilfe dem heutigen Zeitgeist, nach dem alles rasch und effizient zu erfolgen hat. Suizidbeihilfe-Organisationen plädieren für Selbstbestimmung am Lebensende. Dabei wird oftmals übersehen, dass damit die Selbstbestimmung am Lebensende darauf reduziert ist, den Todeszeitpunkt bei einer schweren Erkrankung oder bei Hochaltrigkeit selbst zu bestimmen.²

Entsolidarisierung der Gesellschaft

Die Selbsttötung ist ein gewaltsamer Akt einer urteilsfähigen Person, die das eigene Leben selbst beendet, weil der Tod aus ihrer Sicht die bessere Option als ein Weiterleben darstellt. Als Beweggrund werden meistens die Angst vor unerträglichen Schmerzen sowie die Absicht, anderen nicht zur Last zu fallen, angegeben. Es ist eine Handlung, die zu bedauern ist, obwohl sie als persönlicher Freiheitsentscheid respektiert werden muss. Nicht weniger schwerwiegend sind die Auswirkungen, welche die Suizidbeihilfe auf gesamtgesellschaftlicher Ebene hat.

1 Wils, Jean-Pierre, «Gibt es eine (ars moriendi nova)?» in *Bioethica Forum* 2014, Vol. 7, No. 4

2 Borasio, Gian Domenico, *Selbstbestimmt sterben*, München 2014, S. 9

Indem die Gesellschaft zulässt, dass ein Individuum sich umbringt, um die Solidarität seiner Mitmenschen zu entlasten, entledigt sich die Gesellschaft ihrer normativen Verantwortung, Verhältnisse zu schaffen, die auch gebrechliches Leben bis zum Schluss ermöglichen. Der Suizid schwerkranker und älterer Menschen stellt eine offene Wunde der Gesellschaft dar, die nicht verheilt, obwohl die Handlung von einer urteilsfähigen Person autonom durchgeführt wurde.³

Palliative Care stellt Gebrechlichkeit ins Zentrum ihres Wirkens

Parallel zu den technischen Entwicklungen der Medizin der 1960er-Jahre hat sich von England und Kanada aus die Palliativmedizin, Palliative Care, entwickelt. Der Begriff leitet sich aus dem lateinischen *pallium* ab, was so viel heisst wie schwerstkranken Personen mit einem Mantel der Fürsorge zu umhüllen. Dieser Ansatz bietet Menschen mit unheilbaren Krankheiten eine auf ihre Bedürfnisse abgestimmte, ganzheitliche Behandlung und Betreuung. Ziel ist es, Patientinnen und Patienten eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu gewährleisten. Palliative Care ist nicht defizitorientiert, ausgerichtet auf eine organische Beschränkung körperlicher Leistungsfähigkeit. Vielmehr ist sie ressourcenorientiert: Sie orientiert sich am Bedürfnis der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen, nach dem Motto «Wenn nichts mehr zu machen ist, gibt es noch viel zu tun». Palliative Care umfasst ärztliche und pflegerische Behandlung und Betreuung sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung. Dabei geht es nicht mehr darum, eine Krankheit zu besiegen, sondern die Symptome der Krankheit zu lindern. Palliative Care anerkennt Alter, Krankheit, Sterben und Tod als existenziell mit dem menschlichen Leben verbunden und Sterben und den Tod als Teil der menschlichen Existenz.

Da der kranke Mensch sein Leiden als ganze Person trägt, ist ihm mit Achtung vor seiner Integrität und Lebensgeschichte, seiner Autonomie und seiner Schutzbedürftigkeit zu begegnen.⁴ Bestimmend für seine Behandlung und Betreuung ist eine über jeder Gebrechlichkeit und Abhängigkeit stehende, unverlierbare Menschenwürde. Sie ist jedem Menschen, unabhängig von seinem Gesundheitszustand und seiner Funktionstüchtigkeit bis

zum letzten Atemzug und über den Tod hinaus normativ gegeben.

Haben Alt- und Kranksein einen eigenen Wert?

In unserer leistungsorientierten Gesellschaft definieren sich Menschen meistens über das, was sie zu leisten vermögen. Gesundheit wird oftmals mit «alles machen zu können» gleichgesetzt. Demgegenüber gehören Gebrechlichkeit und Angewiesensein nicht zum heutigen Zeitgeist. Alter, Gebrechlichkeit und Kranksein werden in unserer Gesellschaft als Störfaktoren wahrgenommen, die es als Defiziterscheinungen zu beseitigen gilt. Indem wir über Alter und Kranksein hinwegsehen, lassen wir grundlegende Aspekte menschlichen Lebens unbeachtet. «Damit wird aber in fataler Weise verkannt, dass auch und gerade krankes Leben nicht nur Sinn ermöglicht, sondern in vielen Fällen sogar Sinn erst eröffnet.»⁵ Wie Schwerkranken oftmals berichten, gehört es zum Geheimnis des Menschseins, dass gutes Leben sich oftmals in Zeiten von Krankheit, Sterben und Tod ereignet.

Sinn und Sinnhaftigkeit der Medizin

Seit der Antike ist ärztliches Tun davon geprägt und geleitet, Krankheiten zu heilen und, wenn dies nicht mehr möglich ist, Leiden zu lindern. Ist das Sterben unausweichlich, sind die Ärztin, der Arzt dazu aufgerufen, der sterbenden Person beizustehen. Medizin ist von der Motivation zur Hilfe getragen, eine in Not geratene Person, unabhängig von ihrer Erkrankung, beizustehen. In diesem Sinn hat Theda Rehbock die Medizin als eine «Grundform der menschlichen Praxis» definiert, weil diese eine «elementare Form der personalen Beziehung und Zuwendung zum Anderen» darstellt.⁶

Getragen von diesem Geist wendet sich Palliative Care Schwerkranken und Sterbenden zu und steht ihnen bei. Indem Palliative Care sich der Angewiesensein und Bedürftigkeit unheilbar kranker Patientinnen und Patienten annimmt, wertet sie gebrechliches und eingeschränkt leistungsfähiges Leben auf. Palliative Care erinnert uns, dass Sterben und Tod untrennbar mit dem Leben verbunden sind, und dass es die Begrenztheit biologischen Lebens ist, die jede Stunde unseres Lebens kostbar macht.

Praktische Auswirkungen von Palliative Care

Neben ihrer philanthropischen Zielsetzung hat Palliative Care auch praktische Auswirkungen. Sie verbessert die Lebensqualität am Lebensende und kann in gewissen Situationen sogar die Überlebenszeit der Betroffenen verlängern, wie dies eine Studie bei Patientinnen und

3 Maio, Giovanni, «Der Tod als Problemlöser» in *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2014, Nr. 139: 2415–2416

4 Siegmann-Würth, Lea, *Ethik in der Palliative Care*, Bern 2011, S. 94

5 Maio, Giovanni, «Dienst am Menschen oder Kundendienst? Ethische Grundreflexion zur sich wandelnden ärztlichen Identität» in *Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert*, hg. von Christian Katzenmeier, Klaus Bergdolt, Berlin 2009, S. 25

6 Rehbock, Theda, *Personensein in Grenzsituationen. Zur Kritik der Ethik medizinischen Handelns*, Paderborn 2005, S. 325

Patienten im fortgeschrittenen Stadium von Lungenkrebs gezeigt hat.⁷ Palliative Care kann auch die Behandlungskosten reduzieren. In einer Untersuchung mit 627 Patientinnen und Patienten mit einem fortgeschrittenen Tumorleiden wurde die Gestaltung des Lebensendes mit knapp einem Drittel der Betroffenen eingehend diskutiert. Bei diesen Patienten waren die Behandlungskosten 35 Prozent niedriger als bei anderen, mit denen diese Diskussion nicht geführt wurde.⁸ Schliesslich erhöht eine optimale Palliativversorgung den Anteil Betroffener, die zu Hause sterben können, wie es sich rund vier Fünftel aller Patientinnen und Patienten wünschen.⁹ Einschränkend muss allerdings gesagt werden, dass diese Untersuchungen aus dem angelsächsischen Raum stammen und nicht unbedenken auf schweizerische Verhältnisse übertragen werden dürfen.

Kommende Herausforderungen

Unsere Gesellschaft und die Medizin stehen in den kommenden Jahren vor grossen Herausforderungen. Dank medizinischer Fortschritte können chronisch fortschreitende, lebensbedrohliche Krankheiten besser behandelt werden. Dies verursacht eine längere und komplexere Betreuungsphase am Lebensende. Demographische Veränderungen führen zu einer Überalterung mit einer Zunahme von unheilbaren, chronisch fortschreitenden Erkrankungen. Gesellschaftliche Entwicklungen führen dazu, dass die Pflege und Betreuung im Rahmen der Familie immer seltener möglich sind und damit an professionelle Anbieter delegiert werden müssen. All diese Entwicklungen werden in den kommenden Jahren zu einem drastisch zunehmenden Bedarf an medizinischen Leistungen inklusive Palliative Care führen und schaffen entsprechenden Handlungsbedarf auf gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Ebene.

«... auf dass wir klug werden.»

Eine historische Sichtweise kann uns oftmals helfen, die Gesellschaft, in der wir leben, besser zu verstehen. Aufschlussreich dabei ist, dass der Platz, den eine Gesellschaft dem Tod zuweist, von zentraler Bedeutung ist, um die Gesellschaft zu verstehen.

Sterben und Tod lagen ursprünglich im Kompetenzbereich der Religion. Zu dieser Zeit wurde Leben retten mit Seelen retten gleichgesetzt. Mit der Säkularisierung der Gesellschaft und der Vorherrschaft der Wissenschaft wurde Religion in den privaten Bereich verbannt. Leben zu retten bedeutete nun den Körper zu retten. In Kontext der medizinischen Allmacht wurde Sterben meist auf ein physisches und technisches Problem reduziert. Das Sterben an Maschinen und Schläuchen, das zu dieser Zeit zum Albtraum vieler Menschen wurde, und die Verlagerung von Sterben und Tod in Institutionen des Gesundheitswesens führten zur Dehumanisierung und Desozialisierung der letzten Phase des Lebens.¹⁰

Weder die Rettung der Seele noch die Rettung des Körpers stehen im Zentrum des Wirkens der Palliative Care. Sie zielt vielmehr darauf ab, Schwerkranken am Lebensende umfassend in ihrer Existenz zu begleiten. Mit ihrem Tun bringt Palliative Care die Medizin zu ihrer Kernaufgabe zurück. Nicht die optimale Leistungsfähigkeit steht im Zentrum ihres Wirkens, sondern vielmehr die Sorge um die umfassende menschliche Existenz.

Palliative Care ist eine Erhebung gegen die Moderne.¹¹ Sie ist optimierte Medizin für optimierte Menschen – ein menschliches Sein, das sich weit über menschliche Funktionalität hinaus definiert.

Patrizia Kalbermatten-Casarotti, lic. phil., Geschäftsstellenleiterin
Palliativ Luzern
E-Mail: info@palliativ-luzern.ch

Rudolf Joss, Prof. Dr. med., Präsident Palliativ Luzern
E-Mail: r.a.joss@bluewin.ch

7 Temel, J.S. et al., «Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer» in *N Engl J Med* 2010; 363: 733–742

8 Zhang B. et al., «Health care costs in the last week of life. Associations with End-of-Life Conversations», in *Arch Intern Med* 2009, 169: 480–488

9 Gomes B. et al., *Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers – Review*, Cochrane Collaboration 2013

10 Elias, Norbert, *Über die Einsamkeit der Sterbenden*, Frankfurt am Main 2002

11 Châtel, Tanguy, *Se préparer à la mort: quelles voies dans la société contemporaine?*, Referat am Nationalen Palliative-Care-Kongress, Biel 2014, eigene Notizen

Human Enhancement: Forschung und Patentrecht

Stellt die Technologie verlorene Fähigkeiten wieder her, wird sie akzeptiert; verbessert sie Leistungen jedoch über die natürlichen Fähigkeiten hinaus, wirft sie Fragen auf. Die Abgrenzung zwischen Wiederherstellung und Verbesserung ist nicht neu, verlangt aufgrund der rasant fortschreitenden Technologien aber nach neuen Überlegungen. Können diese Entwicklungen das Menschliche im Menschen beeinflussen? Der folgende Beitrag lotet die rechtlichen Grenzen im Bereich Humanforschung und geistiges Eigentum aus.



Charles Joye
Universität Lausanne / Eidgenössische
Technische Hochschule Lausanne

Die Entwicklung von Human-Enhancement-Technologien erfordert eine vertiefte Auseinandersetzung mit den rechtlichen Rahmenbedingungen der Forschung und dem Schutz der zur ihrer Finanzierung nötigen Investitionen. Hintergrund der Überlegungen sind eine «Gleichung», eine Erkenntnis und eine Grundsatzfrage.¹

Die *Gleichung* lautet: ohne Forschung keine technologische Entwicklung, ohne Investitionen keine Forschung und ohne Schutz der Investitionen mithilfe des geistigen Eigentums keine Investitionen.

Die *Erkenntnis* lautet: Die Technologie wird akzeptiert, solange sie durch Krankheit oder Unfall verlorene Fähigkeiten wiederherstellt. Geht sie hingegen über die Wiederherstellung und Heilung hinaus und steigert,

verbessert oder optimiert auf künstliche Weise körperliche und kognitive Fähigkeiten des «normalen» Menschen, sodass er über Kapazitäten verfügt, die er naturgemäss nicht oder nicht in diesem Ausmass hätte, wirft sie Fragen auf.

Damit stellt sich die *Grundsatzfrage*, ob diese Entwicklungen unser innerstes Wesen, unsere Persönlichkeit, unsere Identität verändern und letztlich das Menschliche im Menschen beeinflussen, das heisst die Menschenwürde beeinträchtigen können.

Zur Beantwortung dieser Frage muss untersucht werden, inwieweit die Rechtsnormen der Humanforschung Experimente zur Leistungssteigerung des Menschen einschränken. Parallel dazu ist abzuklären, ob im Bereich des geistigen Eigentums ähnliche Grenzen vorhanden sind und welche Sanktionen bei Regelverstössen zur Anwendung kommen.

Enhancement-Technologien

Die Abgrenzung zwischen Wiederherstellung und Verbesserung ist nicht neu. Durch die Konvergenz der neuen Technologien, die neue Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Mensch und Maschine über direkt im Gehirn integrierte Verbindungen zu erschliessen suchen, entstehen jedoch Herausforderungen, die nach neuen Überlegungen verlangen.

Diese hybridisierten Verbindungen schaffen eine Synergie zwischen Bio-, Nano- und Informationstechnologien und Kognitionswissenschaften und verwischen so die Grenzen zwischen den biologischen und technologischen Systemen. Behandlungen und das Zusammenspiel von Informationen und Materialien erfolgen in immer kleineren Massstäben, in immer grösseren Mengen und in immer höherer Geschwindigkeit. Einige sehen hier ein neues Paradigma: das der «Nano-Bio-Info-Cogno»-Technologien.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob diese Entwicklungen unser innerstes Wesen, unsere Persönlichkeit und unsere Identität verändern und letztlich das Menschliche im Menschen beeinflussen könnten.

Die Sterblichkeit des Menschen wird bereits jetzt durch die Heilkraft der Medizin beeinflusst. Sie verlängert die Lebensdauer und lindert Leiden. Kann und muss der Mensch durch rechtliche Schranken daran gehindert werden, Forschung zu betreiben und Erfindungen zu schützen, die darauf abzielen, genetisches Material in Roboter einzusetzen, um unsterblich zu werden?

¹ Dieser Beitrag ist ein Auszug aus dem Referat des Autors an der von Pro Infirmis Waadt am 26. November 2014 an der ETH Lausanne organisierten interdisziplinären Konferenz zum Thema Human Enhancement. Der Autor war Initiant und wissenschaftlicher Leiter der Tagung. Die Beiträge der Tagung werden demnächst beim Verlag Médecine & Hygiène veröffentlicht.

Patentrecht

Patente sollen die Investitionen der Erfinderinnen und Erfinder schützen. Sie erhalten als Gegenleistung für den erzielten technischen Fortschritt ein Patent, das ihnen das Monopol zur Nutzung ihrer Erfindung zusichert. Damit eine Erfindung geschützt werden kann, muss sie nicht nur die gesetzlichen Anforderungen erfüllen, sondern sie darf auch nicht gegen die öffentliche Ordnung und die guten Sitten verstossen.

Erfindungen, deren Verwertung die Menschenwürde verletzen und gegen die öffentliche Ordnung oder die guten Sitten verstossen, sind von der Patentierung ausgeschlossen. Gemäss Bundesgesetz über die Erfindungspatente (PatG) werden insbesondere für Verfahren zum Klonen menschlicher Lebewesen und zur Bildung von Mischwesen unter Verwendung menschlicher Keimzellen keine Patente erteilt (vgl. Art. 2, Abs. 1, Bst. a und b PatG).

Menschenwürde

Der Begriff der Menschenwürde wurde Mitte des 20. Jahrhunderts ins geschriebene Recht aufgenommen und erlangte um die Jahrtausendwende einen immer grösseren Stellenwert. Seine zunehmende Bedeutung steht in Zusammenhang mit den Gräueltaten des Nationalsozialismus und der von ihm geprägten Entmenschlichung sowie mit dem wissenschaftlichen Fortschritt, der die Gefahr birgt, dass er den Mensch für eigene Zwecke missbraucht.

Als Kern und Ausgangspunkt der Grundrechte ist die Menschenwürde der Eckpfeiler des Grundrechtsschutzes. Als Rechtsbegriff steht sie für den Selbstwert jedes einzelnen und damit das Menschliche im Menschen.

Öffentliche Ordnung und gute Sitten

Die Normen der öffentlichen Ordnung und der guten Sitten setzen die Leitprinzipien der Rechtsordnung um, die das Leben der Menschen in der Gesellschaft regeln. Sie haben dafür gesorgt, dass Ethik und Moral als Werte ins Recht aufgenommen wurden und dass sie bei der Anwendung des Rechts berücksichtigt werden müssen.

Forschung am Menschen

Die freie Entfaltung des Menschen wird durch die Freiheiten gewährleistet, die in der Bundesverfassung und in der Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) als Fundament und Rückgrat der Grundrechte in Europa verankert sind.

Angesichts der Entwicklungen bei der Anwendung von Biologie und Medizin wurden die in der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten festgeschriebenen Rechte im Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin präzisiert. Das Übereinkom-

men wurde durch Zusatzprotokolle ergänzt, insbesondere durch dasjenige über das Verbot des Klonens menschlicher Lebewesen.

Eckpfeiler und Grundprinzip des Übereinkommens über Menschenrechte und Biomedizin ist der Vorrang des menschlichen Lebens nach Artikel 2. Er hält fest: «Das Interesse und das Wohl des menschlichen Lebens haben Vorrang gegenüber dem blossen Interesse der Gesellschaft oder der Wissenschaft».

Bundesverfassung (BV)

Die BV gewährleistet die Freiheit der wissenschaftlichen Lehre. Volk und Stände haben am 7. März 2010 Artikel 118b über die Forschung am Menschen angenommen. Auf dieser Verfassungsgrundlage verabschiedete der Gesetzgeber am 30. September 2011 das Humanforschungsgesetz (HFG), das am 1. Januar 2014 in Kraft trat.

Die Bundesverfassung sieht vor, dass der Bund «Vorschriften über die Forschung am Menschen» erlässt, «so weit der Schutz seiner Würde und seiner Persönlichkeit es erfordert. Er wahrt dabei die Forschungsfreiheit und trägt der Bedeutung der Forschung für Gesundheit und Gesellschaft Rechnung.»

Sie legt zudem die Grundsätze fest, die «für die Forschung in Biologie und Medizin mit Personen» beachtet werden müssen. Dazu gehören die Voraussetzung, dass die Betroffenen nach hinreichender Aufklärung ihre Einwilligung erteilt haben und dass die Risiken und Belastungen für die teilnehmenden Personen nicht in einem Missverhältnis zum Nutzen des Forschungsvorhabens stehen dürfen.

Humanforschungsgesetz

Der Zweck des HSG liegt in erster Linie im Schutz der «Würde, Persönlichkeit und Gesundheit des Menschen in der Forschung. Daraus leiten sich die Grundsätze ab, welche die Biologie und Medizin bei der Forschung mit Personen unter anderen zu beachten hat:

- der Vorrang der Interessen des Menschen
- das Vorliegen einer wissenschaftlich relevanten Fragestellung
- die Einhaltung der Regelungen über wissenschaftliche Integrität und der Regeln der guten Praxis

Dabei ist nicht nur zu berücksichtigen, dass sich die an einem Forschungsprojekt teilnehmenden Personen Risiken aussetzen. Auch die Gemeinschaft hat ein Interesse, die Entwicklung von Technologien, die diesen Grundprinzipien, insbesondere dem ersten und obersten Grundsatz der Menschenwürde, widersprechen, zu untersagen.

Hierzu muss abgeklärt werden, ob die im Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin des Europarats oder in der Bundesverfassung festgelegten Grenzen Verbote oder Einschränkungen biomedizinischer Forschung enthalten, die in keinem direkten Bezug zu einer Krankheit oder zur Gesundheit stehen und darauf aus-

gerichtet sind, künstlich Eigenschaften oder Fähigkeiten zu erzeugen, die der Mensch naturgemäss nicht hat.

Einschränkung der Forschung ohne direkten Bezug zu einer Krankheit

Wie im Patentrecht sind auch im HFG bestimmte Normen zur genetischen Forschung am Menschen zu finden, die sich an Art. 13 Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin und Art. 119 BV orientieren. So sind gemäss Art. 25 HFG «Forschungsprojekte, die eine Änderung von Eigenschaften des Embryos oder des Fötus ohne Bezug zu einer Krankheit zum Ziel haben, unzulässig».

Kann von diesen spezifisch auf die Genetik bezogenen Normen eine allgemeine Ausnahme abgeleitet werden, die jede Forschung zur künstlichen Erzeugung von nicht artspezifischen Eigenschaften und Fähigkeiten oder nicht gesundheitlich angezeigten Veränderungen oder Verbesserungen der menschlichen Eigenschaften untersagt?

Eine solche Schlussfolgerung scheint angesichts der für grundrechtliche Einschränkungen geltenden Grundsätze sowie der Auslegung der Ausnahmen insofern kaum vertretbar, als Art. 25 HFG zwar eine Einschränkung der Forschungsfreiheit begründet, diese aber vordergründig nur einen spezifisch genannten Bereich, das heisst die Forschung an Embryonen und Föten *in vivo*, betrifft.

Die Zulässigkeit eines Forschungsprojekts muss aber im Einzelfall insbesondere hinsichtlich seiner wissenschaftlichen Relevanz, seiner Achtung der Menschenwürde und des Vorrangs des menschlichen Lebens überprüft werden. Dementsprechend ist es durchaus möglich, dass die allgemeinen Grundprinzipien für ein solches Projekt ein Hindernis sein könnten.

Schlussfolgerung

Zur Wahrung der Kohärenz in der Rechtsordnung, der Schutzfunktion der Humanforschungsnormen und der im Patentrecht vorgesehenen Ausnahmen kann und darf der Staat Forschung am Menschen, die gegen den Persönlichkeitsschutz und die Menschenwürde verstösst, nicht erlauben und auch keine Patente für Erfindungen aus solcher Forschung vergeben.

Forschung zu erlauben, deren Zweck oder Wirkung den Menschen als Individuum oder in seiner Zugehörigkeit zur menschlichen Gattung gefährden könnten, und Erfindungen aus solcher Forschung zu schützen, würde bedeuten, dass der Staat Tätigkeiten fördert und unterstützt, die seinen Grundprinzipien widersprechen.

Die in den Bestimmungen zur Forschung am Menschen vorgesehenen Einschränkungen finden somit eine Entsprechung im Patentrecht. Ein Verstoß gegen diese eigentlich gemeinsamen Einschränkungen kann folglich mit der Verweigerung des Patentschutzes sanktioniert werden.

Wie bereits oben erwähnt, ist die Abgrenzung zwischen Wiederherstellung und Verbesserung nicht neu. Die rasante Entwicklung und das Ausmass des technischen Fortschritts werfen aber die Frage auf, ob sie die Persönlichkeit und die Identität eines Menschen verletzen oder sogar das Wesen und die Würde des Menschen beeinträchtigen können.

Auch wenn die Erzeugung von menschlichen Lebewesen, die mit einem anderen lebenden oder toten menschlichen Lebewesen genetisch identisch sind, gesetzlich verboten ist und für Verfahren zum Klonen menschlicher Lebewesen oder zur Bildung von Mischwesen kein Patent erteilt wird, gilt es, wachsam zu bleiben. Der Wunsch des Menschen nach Unsterblichkeit könnte bald dazu führen, dass er einen Weg findet, Grenzen zu überschreiten, die im Namen der Menschenwürde eigentlich nicht überschritten werden dürfen.

Der Schutz des Menschlichen im Menschen erfordert zudem, dass der mit der Entwicklung von Enhancement-Technologien einhergehenden Diskriminierungsgefahr Rechnung getragen und vorgebeugt wird. Den Menschen mit Fähigkeiten auszustatten, die er von Natur aus nicht hätte, birgt die Gefahr von Diskriminierung. Es könnten neue Formen von Behinderungen entstehen, die einzig darin begründet wären, dass bestimmte Personen aus Überzeugung oder ethischen Gründen auf eine «Verbesserung» verzichten würden.

Dr. iur. Charles Joye, Anwalt, stellvertretender Professor UNIL/EPFL
E-Mail: charles@rodondi-joye.ch

No-Body is Perfect!?

Zur bioethischen Diskussion über die Verbesserung des Menschen

Aktuell gilt Human Enhancement als eine der grossen biotechnologischen Herausforderungen. Niemals zuvor konnten Menschen so präzise und folgenreiche Eingriffe an der eigenen Gattung vornehmen. Hinter den neuen Technologien stehen ganz ursprüngliche Ideen vom Menschen selbst. Die Enhancement-Technologien bestätigen die alte anthropologische Einsicht, dass Menschen nicht auf ihr aktuelles Sosein festgelegt sind. Das wirft allerdings die sehr weitreichende Frage auf, wer die Menschen sein wollen.



Frank Mathwig
Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund

Von der Chance des Mangels

Die Chance der Spezies Mensch besteht in ihrer biologischen Mangelhaftigkeit. «Nackt, unbeschützt, unbedeckt, unbewaffnet», wie Platon im Dialog Protagoras feststellt, ist der Mensch ein «Mängelwesen» (Johann Gottfried Herder), der um seines eigenen Überlebens willen lernen muss, «Hand und Wort» (André Leroi-Gourhan) kreativ einzusetzen. Der Vorteil des vernunftbegabten Tieres – «*zoon logon echon*» (Aristoteles) – gegenüber der übrigen Natur besteht darin, nicht auf die eigene Natur festgelegt zu sein. Es kann sich nicht nur entwickeln, sondern auch *selbst weiterentwickeln*. Mit der Übergabe des Feuers durch Prometheus war das menschliche Schicksal als «Homo faber» (Max Scheler), als schöpferischer und herstellender Mensch besiegelt, der Techniken zur «Organentlastung», «-verstärkung» und zum «Organersatz» (Arnold Gehlen) erfindet und einsetzt. Im Lauf ihrer Geschichte entpuppten sich die Menschen als Kompensationsgenies, die immer erfolg-

reicher lernten, ihre natürlichen Beschränkungen zu überlisten. Die flexible Konstruktion von «Homo compensator» (Odo Marquard) hat aber ihre Schattenseite: «das was im Kampf mit den Thieren dem Menschen seinen Sieg errang, hat zugleich die schwierige und gefährliche krankhafte Entwicklung des Menschen mit sich gebracht. Er ist das noch nicht festgestellte Thier.»¹ Die Idee menschlicher Verbesserung zielte zunächst vor allem auf innermenschliche Vervollkommnung. Dazu dienten die körperliche und geistige Erziehung oder das philosophische und mönchische Ideal der *vita contemplativa*, das im Streben nach passiv-apathischer Schau, Wahrnehmung, Introspektion und Erkenntnis bestand.

So antiquiert diese Reminiszenzen klingen, so sehr haben die Herausforderungen dahinter – in neuen technologischen Zusammenhängen und mit anderen Sprachspielen – Hochkonjunktur. Ein aktueller Titel lautet «Human Enhancement» und steht für heterogene und ethisch umstrittene biotechnologische Optimierungs- und Perfektionierungsstrategien. Auf den ersten Blick geht es dabei auch um das uralte Streben nach Verbesserung. Die Arbeitsgruppe «Human Enhancement» der Akademien der Wissenschaften Schweiz fasst darunter solche medizinischen oder biotechnologischen Interventionen, «deren Zielsetzung nicht primär therapeutischer oder präventiver Art ist und die darauf abzielen, Menschen in ihren Fähigkeiten oder in ihrer Gestalt in einer Weise zu verändern, die in den jeweiligen soziokulturellen Kontexten als Verbesserung wahrgenommen werden».²

Die ethische Enhancement-Diskussion differenziert grob zwischen 1. Body-Enhancement (Sport-Doping, Schönheitschirurgie), 2. Neuro- und Cognitive Enhancement (Psychopharmakologie), 3. Enhancement am Nachwuchs (Gentechnik, Medikamente), 4. Enhancement im Alter (Anti-Aging, Unsterblichkeit).³ Drei Typen biotechnologischer Interventionen stehen im Mittelpunkt: 1. technische Eingriffe oder Erweiterungen des menschlichen Organismus (Hirnimplantate, Brain-Machine-Interfaces, «Cyborgisierung»), 2. genetisches Engineering zur Verbesserung des menschlichen Erbgutes (etwa bei Hämophilie, zystischer Fibrose, Krebs), 3. Biologische

1 Nietzsche, Friedrich, «Nachgelassene Fragmente Frühjahr 1884, 25», in *Kritische Studienausgabe*, hg. von Giorgio Colli und Mazzino Montinari, Bd. 11, München 2009, 125

2 Biller-Andorno, Nikola, Salathé, Michelle, «Human Enhancement: Einführung und Definition», in *Medizin für Gesunde? Analysen und Empfehlungen zum Umgang mit Human Enhancement*, hg. von Akademien der Wissenschaften Schweiz, Bern 2012, 14

3 *Enhancement. Die ethische Debatte*, hg. von Bettina Schöne-Seifert, Davinia Talbot, Paderborn 2009

Prozessoptimierung im Organismus, besonders im Gehirn («*smart drugs*», «*happy pills*», z.B. Ritalin®, Prozac®, Viagra®).⁴ Enhancement-Ideen bewegen sich typischerweise zwischen Science und Fiction, prominent in den Diskussionen um Cyborgs (Nathan S. Kline, Donna Haraway) und Trans- bzw. Posthumanismus (Fereidoun M. Esfandiary, Nick Bostrom).

Enhancement zwischen Kompensation, Veränderung und Verbesserung

Human Enhancement ist auf den menschlichen Organismus gerichtet. Anders als Techniken, die das menschliche Leben erleichtern (Hammer, Fahrstuhl), optimieren (Kaffeemaschine, Auto) oder Menschenunmögliches möglich machen (Röntgengerät, Flugzeug), zielen biotechnologische Enhancement-Technologien nicht auf die menschliche *Aussenwelt*, sondern das *Innenleben*. Sie können deshalb zu jenen Praktiken und Strategien gezählt werden, die Michel Foucault als «Selbsttechnologien» bezeichnet hat: «Darunter sind gewusste und gewollte Praktiken zu verstehen, mit denen die Menschen nicht nur die Regeln ihres Verhaltens festlegen, sondern sich selber zu transformieren, sich in ihrem besonderen Sein zu modifizieren und aus ihrem Leben ein Werk zu machen suchen, das gewisse ästhetische Werte trägt und gewissen Stilkriterien entspricht.»⁵ Der Begriff der Selbsttechnologie nimmt Aspekte der Enhancement-Definitionen auf, geht aber über sie hinaus. Er betont 1. die Intentionalität und Zweckgerichtetheit von Enhancement-Strategien, 2. ihren poetisch-technischen Charakter, 3. den evaluativen Kontext und ihre sozial normierende Funktion, 4. die ontologische Dimension ihrer Folgen und Wirkungen und 5. die mit Enhancement verbundenen ikonographischen Aspekte der Ästhetisierung, Stilisierung und Symbolisierung. Gegenüber den in der Bioethik gebräuchlichen Enhancement-Definitionen umgeht die Foucault'sche Kategorie einerseits die notorischen Abgrenzungsprobleme zwischen medizinisch induzierten Eingriffen, Enhancement und Lifestyle und bezieht andererseits die politische Dimension von Human Enhancement konstitutiv mit ein.

Die ethischen Debatten fokussieren vor allem auf die Absichten und Zielsetzungen von Enhancement. Jede Verbesserung oder Veränderung am Menschen setzt *erstens* Vorstellungen von leiblichen – körperlichen, geistigen oder seelischen – Zuständen voraus, die entweder als

nicht normal im Sinne einer Normabweichung und deshalb als kompensationsbedürftig, als defizitär im Blick auf eine Funktionsweise und deshalb als verbesserungsbedürftig oder als suboptimal hinsichtlich einer nicht vorhandenen, angestrebten Fähigkeit und deshalb als perfektionierungsbedürftig eingestuft werden. Enhancement setzt Selbstobjektivierung voraus, das heisst das Vermögen, zu sich selbst in ein poetisch-manipulatives Verhältnis zu treten und sich selbst zum Objekt technologischer Zurichtung zu machen. Die Idee der Verbesserung respektive Veränderung impliziert *zweitens* eine evaluative Dimension. «Verbesserung», «Optimierung» und «Perfektionierung» sind Relationsbegriffe, die auf graduelle Wertvorstellungen bezogen sind: schwächer vs. stärker, fragiler vs. belastbarer, langsamer vs. schneller, abhängiger vs. souveräner, hässlicher vs. schöner etc.

Auf der Schnittstelle von Medizin und Enhancement begegnen ganz alltägliche Phänomene: die Abhängigkeit der Diabetikerin von der Insulindosis oder des schweren niereninsuffizienten Patienten von der Dialyse, das ganze Prothesenarsenal von künstlichen Gliedmassen, Hör-, Seh- und Gehhilfen bis hin zu Organ- und Zahnimplantaten oder der grosse Bereich der Psychopharmakologie. Wo aber verlaufen die Grenzen zwischen medizinischen Massnahmen zur Lebensrettung und -erhaltung, Lebensqualitätssicherung und -steigerung oder Befähigung zu einem selbstbestimmten, sozial integrierten Leben einerseits und Body-, Neuro- und Cognitive Enhancement andererseits? Die übliche Verortung von Enhancement jenseits medizinischer Therapie und Prävention ist weniger klar als sie auf den ersten Blick erscheint. Eine Herztransplantation ist eine medizinisch indizierte Massnahme, aber auch bei einer 85-jährigen Patientin? Fortpflanzungsmedizinische Eingriffe sind bei unfruchtbaren Frauen und Männern angemessen, aber auch im Falle von Kinderwünschen im weit fortgeschrittenen Alter? Wann schlägt die therapeutisch-rehabilitative Gabe von nahrungsergänzenden Präparaten in verbotenes Doping um? Ist Schüchternheit eine zu therapierende Krankheit oder ein menschlicher Charakterzug? Was macht das Aussehen zu einem psychologisch-medizinischen Problem, das einen chirurgischen Eingriff rechtfertigt? Kompensieren die Cheetah-Prothesen von Oskar Pistorius seine Unterschenkelamputationen oder machen sie aus einem benachteiligten «*disabled*» Sportler einen unfairen «*superabled*» Läufer?⁶

Das Gegebene und das Gemachte

Die Enhancement-Debatten bieten ein Konzentrat aller aktuellen bioethischen Themen: gerechte Ressourcenverteilung, gesundheitsökonomische Kosten-Nutzen-Überlegungen oder die Unterscheidung zwischen *benefit*, *utility* und *futility* medizinischer Massnahmen. Zu-

4 Nach Heilinger, Jan-Christoph, *Anthropologie und Ethik des Enhancements*, Berlin, New York 2010, 24–32

5 Foucault, Michel, *Der Gebrauch der Lüste. Sexualität und Wahrheit 2*, Frankfurt/Main 1993, 18

6 Vgl. Harrasser, Karin, *Körper 2.0. Über die technische Erweiterbarkeit des Menschen*, Bielefeld 2013

gleich führen sie die grundsätzliche Schwierigkeit eindeutiger medizinischer Klassifizierungen vor Augen. Die Abgrenzung von Enhancement gegenüber medizinisch gebotenen Interventionen setzt präzise Krankheitsdefinitionen voraus. Denn die Unterscheidung betrifft nicht die medizinischen Eingriffe selbst, sondern die damit intendierten bzw. angestrebten Zwecke und Ziele. Eine Organtransplantation bleibt eine Organtransplantation unabhängig davon, ob sie an einer Patientin mit einer nicht therapierbaren Organschädigung vorgenommen wird oder an einem hochaltrigen Patienten mit biologisch bedingter Organinsuffizienz. Alt ist nicht krank, auch wenn die medizinischen Symptome die gleichen sein können. Aber wann werden aus Krankheitssymptomen Alterserscheinungen und inwiefern rechtfertigt diese Differenzierung unterschiedliche medizinische Interventionen?

Eine analoge Schwierigkeit begegnet bei der Bezugnahme auf «natürliche» biologische Zustände und Entwicklungen. Die Faustregel «If it ain't broke, don't fix it»⁷ richtet sich gegen Verbesserungen dort, wo es nichts zu reparieren gibt und beruht auf einer mechanistischen Unterscheidung zwischen «natürlichen» Normalzuständen und «nicht natürlichen» Abweichungen. Die Unterscheidung verbindet den Gedanken von einer objektiven, beobachtbaren «Natur» mit dem normativen Massstab von «Normalität». Dahinter steht die irrtümliche Ansicht, dass die Medizin nur Abweichungen von einem natürlichen *Functioning* korrigiere. Tatsächlich beruht Medizin viel eher – wie Vladimir Jankélévitch bemerkt hat – auf der umgekehrten Idee, der Natur Gewalt anzutun.⁸ Hinweise auf eine – wie immer geartete – menschliche «Natur» sind normativ aufgeladene Metaphern, die keine medizinischen Entscheidungskriterien liefern.

Enhancement-Debatten dekonstruieren die scheinbare «Objektivität» einer naturwissenschaftlich basierten Medizin und lenken den Blick auf die anthropologisch-normativen Prämissen ihres Handelns. Die Abgrenzungsprobleme zwischen Medizin und Enhancement werfen die Frage nach den Selbstverständnissen und Menschenbildern hinter dem funktionalistischen Medizinmodell

auf. In diesem Zusammenhang hat der US-amerikanische President's Council on Bioethics in seiner wegweisenden Studie zu Human Enhancement von 2003 vier «essential sources of concern» diskutiert: 1. «Respect for <the Given>», 2. «Dignity of Human Activity», 3. «Identity and Individuality» 4. «Partial Ends, Full Flourishing».⁹ Die vier Grundsätze stehen quer in der bioethischen Landschaft, weil sie – von der Kritik regelmässig missverstanden – keine Prinzipien oder Handlungsregeln formulieren, sondern eine Art Hintergrundtheorie oder Wahrnehmungsethik des Humanen. Die Studie skizziert einen Horizont, vor dem die «Objekte» und Ziele von Medizin und Enhancement und ihre Begründungen diskutiert werden müssen. Die Plädoyers für den Respekt für das Gegebene, die Einheit von biologischer Konstitution und Biographie oder die sich daraus ergebenden Lebensperspektiven und -chancen präsentieren eine normativ verdichtete Kultur- und Traditionsgeschichte des Humanen, die immer auf dem Spiel steht, sobald Menschen mit den Zielen und Strategien medizinischen Handelns konfrontiert sind. Deshalb spricht einiges für die These: Human Enhancement produziert keine Probleme gegenüber denen sich die Medizin abgrenzen müsste. Unter Enhancement firmieren vielmehr die definitorisch outgesourceten Herausforderungen einer biotechnologischen Medizin selbst.

Prof. Dr. Frank Mathwig, Beauftragter für Theologie und Ethik, Institut für Theologie und Ethik ITE, Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund SEK
E-Mail: Frank.Mathwig@sek-feps.ch

7 Ad Hoc Committee on Growth Hormone Usage, The Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society, and Committee on Drugs, «Growth Hormone in the Treatment of Children with Short Stature», in *Pediatrics* 72/1983, 891–894 (894)

8 Vgl. Jankélévitch, Vladimir, «Zur Euthanasie. Gespräch mit Pascal Dupont», in *Kann man den Tod denken?*, hg. von Jürgen Brankel, Wien 2003, 49–85 (57)

9 Vgl. President's Council on Bioethics, *Beyond Therapy. Biotechnology and the Pursuit of Happiness*, New York 2003, 284–299

Demenz: Gemeinsam die Zukunft gestalten

Modernste technische Hilfsmittel sorgfältig einsetzen und mit feinfühligster Zuwendung sowie fachlich vertiefter Pflegeexpertise verbinden – diese anspruchsvolle Kombination war ein Fokus des 2. St. Galler Demenz-Kongresses Ende November 2014.

Diana Staudacher

Fachhochschule St. Gallen

Kann sich Herr Mohler, mittelgradig an Demenz erkrankt, mit seinen beiden neuen «Mitbewohnern» anfreunden? Sie heissen Zeno und Double. Es handelt sich um einen «sozialen Roboter» und ein mobiles Telepräsenzsystem. Dank ihnen ist Herr Mohler ausserhalb der Spitex-Besuche nicht mehr allein. Seine Schwester kann mithilfe von Double via Skype-Funktion rund um die Uhr in der Wohnung präsent sein oder Herrn Mohler beim Einkaufen begleiten. Double erfasst auch Gesundheitsdaten, dokumentiert die Medikamenteneinnahme, bietet Gedächtnis- und Fitnessstraining an. Doch wie wirkt es auf Herrn Mohler, 24 Stunden lang technologisch «betreut» zu sein? Dieses Zukunftsszenario haben die über tausend Kongressteilnehmenden hautnah miterlebt – dank den Schauspielenden des Ensembles Hirntheater.

Als «befremdlich» und «gewöhnungsbedürftig» schätzte das Publikum die technischen Assistenzsysteme ein. Prüfen wir sorgfältig die Chancen und Risiken des technologisch Möglichen – so lautete eine der wichtigsten

Botschaften des Kongresses, den der Fachbereich Gesundheit der FHS St. Gallen organisierte. Bedenken wir auch, dass Technologie menschliche Zuwendung nie ersetzen, sondern stets nur ergänzen kann. Die achtzehn Referate und Workshops führten dem Publikum vor Augen, wie menschlich-pflegerische und technische Hilfe zukünftig zu einer sinnvollen Kombination zusammenfinden könnten.

Anspruchsvoller Übergang zwischen Häuslichkeit und Heim

Wann ist der Wechsel in eine stationäre Wohneinrichtung für Menschen mit Demenz sinnvoll? Diese wichtige Frage klärte die «RightTimePlaceCare»-Studie.¹ Acht EU-Länder und insgesamt 2014 Menschen mit Demenz in häuslicher oder stationärer Betreuung waren beteiligt. Prof. Dr. Gabriele Meyer, Universität Halle-Wittenberg, stellte die wesentlichen Ergebnisse vor. Mehrere Zahlen überraschten und waren alarmierend. Wer hätte erwartet, dass in bestimmten Teilnehmerstaaten 90 Prozent der Menschen mit Demenz Psychopharmaka erhalten und 80 Prozent freiheitsentziehenden Massnahmen ausgesetzt sind?

Das Ziel der Studie war, Empfehlungen für den Übergang von der

Häuslichkeit ins Heim zu erarbeiten. Als wichtige pflegebezogene Faktoren für einen gelingenden Übergang erweisen sich beispielsweise die professionelle Haltung, das Zugewandtsein, die Beziehungsebene, Vertrauen und Empathie sowie fachliche Expertise, klare Bezugspersonen und eine bedürfnisorientierte Pflege mit familienzentriertem Ansatz. Besonderes Augenmerk sollte der Kommunikation zwischen ambulanter und stationärer Betreuung gelten. Der enge Austausch von Informationen zwischen professionell Helfenden, ehrenamtlich Mitarbeitenden und pflegenden Angehörigen ist ebenfalls wesentlich.

Ein Blick in die Zukunft

Eine demenzfreundliche Gesellschaft – ist das ein Wunschtraum oder können wir ihr tatsächlich Realität verleihen? Auf diese Frage antwortet die Zukunftsforschung mit verschiedenen Szenarien, die Dr. Horst Christian Vollmer, Universität Düsseldorf, vorstellte. Er zeigte eine hoffnungsvolle Alternative auf zur düsteren Vorhersage einer Versorgungskatastrophe: Demenz meistern durch die gesellschaftliche Integration der Betroffenen. Wie dies konkret aussehen könnte, machten Workshops zu innovativen Betreuungsformen deutlich. Zu den international wichtigsten Vorbildern kann das Silviahemmet-Konzept gelten. Dr. Jochen Gerd Hoffmann, Malteser Krankenhaus St. Hildegardis, Köln, berichtete, wie es sich im Akutspital verwirklichen lässt. Denn es ist wichtig, dass bewährte demenzspezifische Betreuungsformen auch den Weg in die Akutpflege finden. Eine vertrauensvolle, sicherheitsgebende Atmosphäre gehört zu den Kernprinzipien der Silviahemmet-Philosophie. Zum Sicherheits-

¹ Afram, Baema et al., «RightTimePlaceCare Consortium (2014). Reasons for Institutionalization of People With Dementia: Informal Caregiver Reports From 8 European Countries», in *J Am Med Dir Assoc*, 15: 108–116

empfinden trägt massgeblich ein orientierungsförderndes Farbkonzept in der Raumgestaltung bei.

Wodurch zeichnen sich demenzfreundliche Gebäude und Wohnräume aus? Dieser Frage war der Workshop von Dr.-Ing. Gesine Marquardt, Technische Universität Dresden, gewidmet. Die Teilnehmenden konnten sich ein Bild machen, wie «intelligente» Wohnungen für Menschen mit Demenz aussehen könnten und wie sich höchstmögliche Sicherheit im häuslichen Bereich mit technischer Hilfe gewährleisten lässt.

Best Practice – heute und morgen

«Gegenwart und Zukunft: Was ist und was kann Best Practice sein?» – unter diesem Motto kamen vielfältige Aspekte einer bedürfnisorientierten Pflege von Menschen mit Demenz zur Sprache. Das Spektrum reichte von der Körperpflege über kognitives Training und Kinaesthetics bis zur palliativen Betreuung am Lebensende.

«Pflegerisches Fachwissen kann einen entscheidenden Beitrag leisten zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz», so das Fazit von Prof. Dr. Susi Saxer, FHS St. Gallen. Sie berichtete von einem Projekt, in dem Pflegenden sich in Fallbesprechungen und Schulungen spezialisiertes Wissen aneignen, um auf die persönliche Lebenssituation von Bewohnenden mit Inkontinenz genau einzugehen und individuell passende Lösungen zu gestalten.

«Über Erfahrungen mit aggressivem Verhalten von Bewohnenden zu sprechen, ist ein starkes Bedürfnis von Pflegenden», berichtet Prof. Dr. Heidi Zeller, FHS St. Gallen. Sie stellte ein Pflegeheimkonzept vor, in dem die professionelle Haltung einen hohen Stellenwert hat: Nach einem aggressiven Geschehen ist es wichtig, in den Bewohnenden nicht Täterinnen und Täter zu sehen, sondern ihnen weiterhin wertschätzend zu begegnen. Besonders bedeutsam ist es, möglichst

früh Warnzeichen für aggressives Verhalten zu erkennen.

«Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FBM) in Pflegeheimen ist ein sensibles Thema, mit dem wir uns kritisch auseinandersetzen sollten», so Prof. Hedi Hofmann Checchini, FHS St. Gallen. Wie ihre Studie² zeigt, sind 26,8 Prozent der Bewohnenden in Pflegeheimen der Kantone St. Gallen und Freiburg von freiheitsentziehenden Massnahmen betroffen. Die höchste FBM-Rate beträgt 61,2 Prozent, die geringste 2,6 Prozent. Umso wichtiger ist es, gewaltfreie Heime anzustreben, wobei Leitungspersonen in hoher Verantwortung stehen.

Erlebnisse am Ende des Lebens

«Ihre Augen schauen in eine Welt hinein, sie schauen voraus» – mit diesen Worten beschrieb eine Spitalpflegende den Abschied von einer sterbenden Patientin mit Demenz. Regula Steiner, MSc, Spital Grabs und Spitalregion Werdenberg Sarganserland, hat im Rahmen einer Studie untersucht, wie Pflegenden die letzte Lebensphase von Menschen mit Demenz im Spital erleben. «Trotz langer Erfahrung ist es jedes Mal eine neue Suche... So individuell der Mensch ist, so individuell ist auch sein Tod», fasste eine Pflegenden zusammen. Ein allgemeingültiges Konzept für bedürfnisgerechte End-of-Life-Care kann der Einzigartigkeit der Patientinnen und Patienten somit nicht gerecht werden. Nach wie vor sind Spitaleinweisungen von Menschen mit Demenz kurz vor dem Sterben belastend und eine Herausforderung für alle Beteiligten. Umso bedeutsamer sind Schmerzlinderung und symptomorientierte, palliative Betreuung. Gelingt dies, erleben Pflegenden bei den sterbenden Menschen sogar ein Aufleuchten von Freude über die «Erlösung». Für Menschen mit Demenz eine bedürfnisorientierte Palliativpflege in den letzten Lebensstunden zu gestalten,

wird auch in Zukunft sehr anspruchsvoll bleiben.

Ein wertvolles Zusammenleben

«Annette soll am Leben so oft wie möglich teilnehmen können», so der Wunsch von Karl Baumann. Vor sieben Jahren erhielt seine Frau die Diagnose Demenz. Seine Erzählungen eröffneten dem Publikum tiefe Einblicke in die Perspektive des Angehörigen und die gesellschaftliche Dimension von Demenz. Zusammensein, gemeinsam einkaufen, unter Menschen sein und «dazugehören» – dieser weltzugewandte Alltag ist Karl Baumann wichtig. Seine Haltung ist ein Gegenentwurf zu sozialem Rückzug, Isolation und Ausgrenzung. Demenz darf kein Grund sein, sich aus dem Leben zurückzuziehen. Sobald Karl Baumann seine Umwelt darüber aufklärt, warum sich seine Frau so aussergewöhnlich temperamentvoll verhält, findet er fast immer grosses Verständnis. Diese Akzeptanz in der Öffentlichkeit ist eine wichtige soziale Botschaft. Denn momentan kann sich jede sechste Person in der Schweiz nicht vorstellen, mit der Diagnose Demenz weiterleben zu wollen.

«Auch mit der Krankheit kann das Zusammenleben wertvoll und beglückend sein», vermittelte Karl Baumann. Doch er erwähnt auch den tiefen persönlichen Verlust: Er hat jetzt «kein Gegenüber mehr», muss alles erraten, kann keine Gespräche mehr mit Annette führen – was er jahrzehntelang so sehr schätzte. An den Pflegenden, die seine Frau betreuen, würdigte er vor allem «persönliche Motivation, gepaart mit fachlichem Wissen und verbunden mit einem offenen Herzen».

² Publikation in Vorb.: *Journal of Advanced Nursing*, 2015

Menschen mit Demenz in unsere Mitte nehmen

Um den «Zukunftsvorstellungen für den Umgang mit Demenz ein Stück näherzukommen», ist die «Nationale Demenzstrategie 2014–2017» entstanden. Der 2. St. Galler Demenzkongress konnte anhand vielfältiger Beispiele vor Augen führen, was wir tun können, um gemeinsam mit den Betroffenen die Zukunft verantwortungsvoll zu gestalten. Wie sich in den Diskussionen zwischen Publikum und Referierenden zeigte, gehört dazu auch ein Umdenken in der Gesellschaft. Menschen mit Demenz und ihre Familien sollen in der Mitte unserer Gemeinschaft leben

können. Wir dürfen sie nicht ausgrenzen und stigmatisieren. Dies erfordert die Bereitschaft, das soziale Miteinander und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stärker an den Bedürfnissen der Betroffenen auszurichten. «Es ist wichtig, dass wir als professionell Helfende genau hinhören, was Betroffene uns zu sagen haben. Sie sind die Experten», betonte Prof. Martina Merz-Staerke, die Initiatorin des Kongresses.

Diana Staudacher, Dr. phil., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Fachbereich Gesundheit, FHS St. Gallen
E-Mail: diana.staudacher@fhsg.ch

Hinweise

Der 3. St. Galler Demenzkongress findet am 25. November 2015 in den Olma Messen St. Gallen statt: www.demenzkongress.ch

Die neu gegründete Fachstelle Demenz an der Fachhochschule St. Gallen bietet Forschungs- und Dienstleistungsprojekte sowie Beratungen an für Gesundheitsinstitutionen, Gemeinden, Unternehmungen, professionell Pflegende, pflegende Angehörige und Betroffene: www.fhsg.ch/fachstelle-demenz



Die Schauspielenden des Ensembles Hirntheater mit dem Roboter Zeno.

Psychisch erkrankt am Arbeitsplatz – was hilft?

Psychisch belastete Arbeitnehmende bilden in der Schweiz ein relevantes, volkswirtschaftliches Problem. Arbeitgeber, Ärzte, Juristen, Vertreter von Versicherungen und der IV finden sich mit den Betroffenen in einem komplexen oft konflikthafter Kontext wieder. Der frühe Einsatz von Coachings unterstützt die Klärung der Interessen der Beteiligten und beschleunigt die nachhaltige Wiedereingliederung der Betroffenen in den ersten Arbeitsmarkt.



Lucien Schoppig
Institut für systemische Psychologie, Basel

In den letzten 10 bis 15 Jahren hat das Thema psychische Belastung am Arbeitsplatz zunehmend an gesellschaftlicher Bedeutung gewonnen. Bereits 1994 hatte Nationalrat Hardi Bischof eine Motion (94.3332) zum Thema Mobbing am Arbeitsplatz eingereicht. Die Mobbingstudien des SECO¹ (2002) und des «Beobachters» (2007) gehen davon aus, dass zwischen 7 und 14 Prozent der Werkstätigen unter Mobbing leiden. In der Zwischenzeit hat das SECO verschiedene weitere Studien und Handlungsanweisungen zum Umgang mit Stress und psychischer Belastung am Arbeitsplatz veröffentlicht.

Eine grosse Bedeutung erhalten in diesem Zusammenhang die depressiven Erkrankungsbilder, welche nicht selten in Reaktion auf überhöhte Leistungsanforderungen und zwischenmenschliche Konflikte am Arbeitsplatz zu längerer Arbeitsunfähigkeit führen.

Gerade hier ist, wie Niklas Bär in seiner Studie zur Depression in der Schweizer Bevölkerung beschreibt,² neben der psychiatrischen Behandlung die Fokussierung auf das Thema Arbeitsplatz von zentraler Bedeutung. Eine weitere Studie zum Umgang mit «schwierigen Mitarbeitern»³ zeigt eine grosse Unsicherheit seitens der Vorgesetzten und Personalverantwortlichen im Umgang mit psychisch belasteten Personen.

Die Rolle der IV

Die IV versucht, im Rahmen der Frühinterventionsmassnahmen, erkrankte Mitarbeiter möglichst früh zu erfassen und deren Wiedereingliederung zu unterstützen. Im Kanton Basel Stadt waren es im Jahr 2012 zu 34 Prozent die Arbeitgeber bzw. die Betroffenen selbst (36%),

welche eine Meldung bei der IV machten.

Diese Zahlen lassen einigen Interpretationsspielraum offen. So war Stefan Ritler, Leiter der IV, noch etwas vorsichtig, wenn er im Vorwort des obgenannten Forschungsberichts Nr. 1/11 schrieb: «Die bisherigen Aktivitäten der IV-Stellen im Rahmen der Arbeitsvermittlung haben grundsätzlich zu einer Verbesserung der Wahrnehmung der IV durch die Unternehmen geführt, obwohl die Umfrage ergab, dass das bestehende Angebot für Arbeitgebende im Bereich der Früherfassung und Frühintervention noch zu wenig bekannt ist.» 2013 tönte es durchaus zuversichtlich: «Die vom Bundesamt für Sozialversicherungen in Auftrag gegebene und vom Schweizerischen Versicherungsverband mitfinanzierte Evaluation zeigt nun, dass die angestrebte verbindliche Koordination und Vernetzung zwischen Arbeitgebenden und Sozialversicherungsträgern in der gesundheitlichen Früherfassung und Reintegration erreicht wurde.»⁴

1 Seco, *Mobbing und andere psychosoziale Spannungen am Arbeitsplatz in der Schweiz*, Bern 2002: www.seco.admin.ch → Dokumentation → Publikationen und Formulare → Studien und Berichte → Arbeit → Mobbing und andere [...], (PDF, 7.1.2014)

2 Baer, Niklas et al., *Depressionen in der Schweizer Bevölkerung. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration*, Obsan Bericht 56, Neuenburg 2013, S. 19

3 Baer, Niklas et al., *«Schwierige» Mitarbeiter. Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 1/11: www.bsv.admin.ch → Praxis → Forschung → Forschungsberichte; vgl. auch *Soziale Sicherheit CHSS 4/2014*, S. 194–198

4 Kraft, Eliane et al. *Evaluation Pilotprojekt FER – «Gesundheitliche Früherkennung und berufliche Reintegration»*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 4/13: www.bsv.admin.ch → Praxis → Forschung → Forschungsberichte; vgl. auch *Soziale Sicherheit CHSS 4/2013*, S. 213–217

Bei den Unterstützungsangeboten, im Rahmen der Frühintervention, nehmen die so genannten Job-Coachings für psychisch belastete Personen eine wichtige Rolle ein. Die SVA Zürich beschreibt deren Aufgabe folgendermassen:

«Die Job-Coaches der SVA Zürich helfen Menschen mit psychischen Schwierigkeiten, aus der Krankheitsspirale herauszufinden. Sie orientieren sich an den Bedürfnissen der Betroffenen und beziehen bei der Suche nach Lösungen auch die behandelnden Fachleute, Psychiaterinnen und Psychotherapeuten mit ein. Innerhalb der IV-Stelle arbeiten Job-Coaches eng mit den andern Integrationspezialisten zusammen. Eine wichtige Aufgabe ist die Beratung von Arbeitgebenden. Die Job-Coaches informieren Vorgesetzte und Team über die Auswirkungen der Erkrankung, aber auch über die Fähigkeiten und Stärken der Betroffenen.»⁵

Die Wirksamkeit von Job-Coachings im Rahmen der Frühintervention wurde nach Wissen des Autors bislang nicht systematisch evaluiert. Dennoch darf davon ausgegangen werden, dass die individuelle Betreuung und die Koordination und Kommunikation mit anderen zentralen Kommunikationspartnern ihre Wirkungen entfalten. Das Zürcher Eingliederungsprojekt ZHEPP,⁶ welches mit Personen durchgeführt wurde, die maximal ein Jahr zuvor einen Rentenanspruch aufgrund psychischer Belastung zugesprochen erhalten hatten, ist zuversichtlich: «Die ersten Erfahrungen weisen auf die grosse Bedeutung einer zielgerichteten und engen Zusammenarbeit aller am Eingliederungsprozess beteiligten Akteure hin. Eine zentrale Funktion kommt dabei den Job-Coaches zu. Sie koordinieren die einzelnen Akteure und erbringen die nötigen Übersetzungs- und Vermittlungsleistungen, die ge-

genseitige Vorurteile frühzeitig erkennen lassen und abbauen helfen.»

Im Weiteren wird der Frage nachgegangen, zu welchem Zeitpunkt der Einsatz von Job-Coachings bei psychisch belasteten Mitarbeitenden sinnvoll ist.

Psychisch belastete Mitarbeitende

Wenn im Weiteren von psychisch belasteten Mitarbeitenden die Rede ist, ist die Gruppe der Patienten und Patientinnen gemeint, welche sehr oft mit den Diagnosen (ICD 10) der F32- und F33-Gruppen «depressive Episoden», F41 «Angststörungen» und F43 «Belastungen und Anpassungsstörungen» diagnostiziert und behandelt werden. Diese Diagnosen sind beschreibend und geben keine Auskunft über die Entstehung des psychiatrischen Zustandsbildes.

Die sehr lange praktische Erfahrung des Autors zeigt, dass den Erkrankungen in sehr vielen Fällen vergleichbare Interaktionsmuster zwischen Arbeitgebenden und Mitarbeitenden vorausgehen. Zwischenmenschliche Probleme entstehen häufig in der Beziehung zu Vorgesetzten. Wechsel in der Führung, oft einhergehend mit Veränderungen in der Unternehmenskultur, drücken sich nicht selten in Forderungen nach höherer Leistung, gekoppelt mit Abwertung des bisher individuell oder durch ganze Abteilungen Geleisteten aus. Oft beklagen die sehr engagierten Mitarbeitenden, dass «sie es der neuen Chefin nie recht machen können» oder dass sie «halt versuchen, mit Mehrarbeit am Samstag oder am Abend» die erwünschten Ergebnisse noch zu erreichen. Es fehlen richtungweisende Orientierungspunkte, es fehlt die Anerkennung für den Einsatz.

In der Folge entsteht oft ein Teufelskreis von unterdrückter Wut, Misstrauen, Ängsten, Vermeidung des Kontaktes zum Vorgesetzten (oder bei Problemen im Team, zum ver-

meintlichen «Aggressor») und sozialem Rückzug. Diese Sorgen können einhergehen mit Gedankenkreisen, Schlafstörungen und anderen psychosomatischen Beschwerden. Der Organismus der betroffenen Personen wird bis hin zur Erschöpfung geschwächt. Das jährliche Mitarbeitergespräch wird in vielen Fällen zum Anlass des psychischen Kollapses. Unerwartet negative Beurteilungen mit allgemein formulierten, nicht messbaren Auflagen (sich mehr ins Team einzubringen, offener zu kommunizieren, mehr Einsatz zu zeigen), werden auf Mitarbeiterseite als massive Kränkung empfunden. Der Gang zum Hausarzt und eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ermöglicht vorerst eine Verschnaufpause.

Macht – Ohnmacht und Krankheit

Mitarbeitende stehen den Geschehnissen oft ohnmächtig gegenüber und fühlen sich ausgeliefert. Diese subjektive Wahrnehmung teilen sie mit ihrem Arzt, der wiederum nur bedingt Hilfe leisten kann, da er nicht im Arbeitsalltag des Patienten intervenieren kann. Entsprechend pflanzt sich ein gewisses Gefühl der eingeschränkten (Behandlungs-) Möglichkeiten fort. Was bleibt, ist die ernsthafte Anerkennung der erkennbaren Symptome und allenfalls deren Bekämpfung. Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung dient der Vermeidung einer Zuspitzung der Symptomatik und dem Schutz der Patienten. Gewollt oder ungewollt wird der Arzt zum Verbündeten in einer Konfliktsituation am Arbeitsplatz des Patienten. Dem Mitarbeitenden bietet Krankheit Schutz, während Gesundheit Gefahren mit sich bringt. Sie sichert gleichzeitig durch den Versicherungsschutz der Krankentaggeldversicherung vorübergehend den Lebensunterhalt. In der weiteren Psycho-Logik der Konfliktwahrnehmung bedeutet mehr Krankheit mehr Schutz.

5 www.svazuerich.ch

6 Kawohl, Wolfram et al., «ZHEPP – Pilotprojekt nach Art. 68^{quater} IVG», in *Soziale Sicherheit CHSS 1/2014*, S. 41–43

Aus dieser Konstellation heraus ist der meist als erster Externer involvierte Hausarzt genötigt, eine Diagnose zu stellen, welche sowohl die Arbeitsunfähigkeit des Patienten als auch eine Versicherungsleistung begründet. Folglich werden in der Regel keine Z-Diagnosen (Z59 Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit; Z60.8 sonstige näher bezeichnete Probleme verbunden mit der sozialen Umgebung; Z73.0 Erschöpfungssyndrom) vergeben, weil die Chance sehr hoch ist, dass die Versicherung ihre Leistungspflicht verneint.

Wöchentliche Kontrolltermine beim Hausarzt bestätigen im besten Fall eine leichte Verbesserung der Befindlichkeit des Patienten, welche aber bei der Vorstellung, sich mit der Situation am Arbeitsplatz auseinandersetzen zu müssen, der Angst weicht. Oft erfolgt nach ein paar Wochen eine Überweisung an den Facharzt für Psychiatrie. Zu diesem Zeitpunkt hat sich eine Krankheit etabliert, welche ursprünglich aus einer Konfliktsituation am Arbeitsplatz entstanden ist.

Juristische Aspekte

Der Gesetzgeber regelt in vielen Bereichen die Beziehung zwischen Arbeitgebenden und Mitarbeitenden. Grundsätzlich ist der Arbeitnehmer verpflichtet, Arbeitsleistung zu erbringen (Art. 321 OR) und den Weisungen des Arbeitgebers Folge zu leisten. Letzterer ist seinerseits verpflichtet, diese Leistung zu entlohnen (Art. 322 OR). Sowohl für die Dauer der Beziehung als auch die Auflösung der Beziehung sind gesetzliche Regelungen vorgegeben.

Konflikte, welche aus der unterschiedlichen Wahrnehmung der Einhaltung dieser gesetzlichen Bestimmungen entstehen, können vor Gericht juristisch geklärt und geregelt werden.

Die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers nimmt bei der Lösung von zwi-

schenschlichen Konflikten, welche einhergehen mit (psychischen) Erkrankungen von Mitarbeitenden, einen hohen Stellenwert ein. In einem Entscheid des Kantonsgerichts St. Gallen vom 19. März 2008 wurden die zumutbaren Massnahmen zur Beilegung eines Konflikts seitens der Arbeitgeberin als unzureichend eingestuft und eine Entschädigung bejaht. Auch Burn-out als Folge dauernder Überbelastung, wie es häufig in Pflegeheimen und Spitälern vorkommt, wo eine unangemessene Arbeitsorganisation (Dienstpläne) erhöhten Stress produziert, kann eingeklagt werden.

Gehen Mitarbeitende trotz Krankheit aus Angst vor Sanktionen und Verlust des Arbeitsplatzes arbeiten, spricht man von Präsentismus. Pärli benennt, aus arbeitsrechtlicher Sicht, den Präsentismus und den Kündigungsschutz, die Fürsorge- und Weisungspflicht sowie, seitens des Arbeitnehmers, die Treuepflicht als relevante Themen.⁷

Komplexe juristische Fragen stellen sich auch bei ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, die aufgrund psychischer Belastungen in folge von Konflikten am Arbeitsplatz erstellt werden. Ist eine Person nur am bestehenden Arbeitsplatz psychisch belastet und könnte an einem anderen Arbeitsplatz gesund arbeiten, so müsste das Arbeitsunfähigkeitszeugnis dies streng genommen festhalten. Dies hätte dann aber zur Folge, dass die Krankentaggeldversicherung ihre Zahlungspflicht verneint, da keine allgemeine Arbeitsunfähigkeit bestünde.

In der Regel bestehen die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz über längere Zeit, bevor sie zu einer Arbeitsunfähigkeit führen. Die entsprechenden psychischen Krankheitsbilder können sich aber an einem anderen Arbeitsplatz oft sehr rasch verbessern.

Eine ausführliche Diskussion der juristischen Aspekte findet sich bei Luginbühl und Brühlmann.⁸

Konflikte am Arbeitsplatz mit begleitenden psychischen Belastungen

beim Arbeitnehmer könnten auch juristisch gelöst werden. Meist erfolgt die juristische Klärung aber nicht zu Beginn der Erkrankung, sondern erst, wenn die Kündigung erfolgt, wenn Unstimmigkeiten bezüglich des Arbeitszeugnisses auftreten oder wenn die Taggeldversicherung oder später die Sozialversicherung nicht bezahlen.

In den meisten Fällen erweist sich für Betroffene der Gang zum kantonalen Arbeitsinspektorat nur bei sehr groben Verstössen als unterstützend, weil die Macht dieser kantonalen Instanzen doch sehr eingeschränkt ist. Angestellte in öffentlich-rechtlichen Arbeitsverhältnissen haben dagegen mit den kantonalen Ombudsstellen vielerorts durchaus eine Möglichkeit, ihre Anliegen genauer prüfen zu lassen. Dennoch ist die Hürde für eine juristische Klärung des Konflikts für die psychisch belasteten Personen in der Regel zu hoch und nicht unmittelbar entlastend, sodass der Gang zum Hausarzt die einfachere Alternative zu sein scheint.

Systempsychologische Aspekte

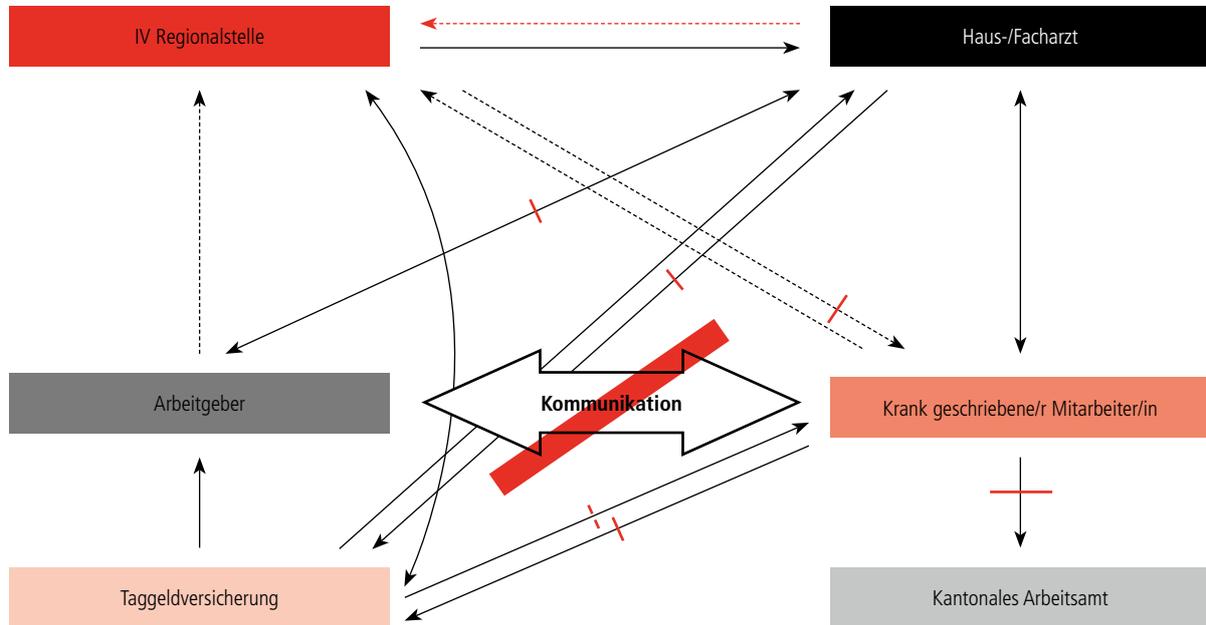
Gemäss den Gesetzmässigkeiten kommunizierender Systeme finden sich im erweiterten Kommunikationsraum ähnliche Muster und Abläufe wieder, wie sie in der ursprünglichen dyadischen, d.h. Konfliktsituation in einer Zweierkonstellation zu erkennen sind. Konflikte am Arbeitsplatz entstehen in der Regel dann, wenn durch eine personelle Veränderung des Teams (Zu- und Abgänge, neue Vorgesetzte bzw. Vorgesetzte in veränderten Strukturen) neue Konstellationen in einem System entstehen. Wenn dabei eine Person von einer anderen verlangen kann, dass diese

⁷ Pärli, Kurt, «Arbeitsrechtliche Fragen bei Präsentismus», in *Zeitschrift für Arbeitsrecht und Arbeitslosenversicherung*, 1/2012

⁸ Luginbühl, Jürg Oskar, Brühlmann, Toni, «Arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit – Eine Problematik an der Schnittstelle von Medizin und Recht», in *Jusletter*, 19. August 2013

Erweitertes Beziehungsdreieck mit wechselseitigen Kommunikationsabläufen

G1



Quelle: Institut für systemische Psychologie: Das Frühinterventionsprogramm «vorwärtszurück», Präsentation 2009

Die Darstellung verweist auf wechselseitige Kommunikationsabläufe unter den Akteuren im sozialen Kontext und auf ihre Erschwernisse (rot durchgestrichen).

ihr Verhalten im Bereich der Persönlichkeit oder der Leistung ändern muss, entstehen asymmetrische Beziehungsdefinitionen. Die einseitige Machtverteilung in der Beziehung kann bei Missbrauch zu Hilflosigkeit und Ohnmacht führen. Es bestehen aber auch die Optionen, aus der Beziehung durch Kündigung herauszutreten, den Versuch zu unternehmen sich zu wehren (Gespräche mit der nächsthöheren Ebene, Lobbying, juristische Schritte), oder, wenn die Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes und der Existenz zu gross ist, in der Beziehung zu bleiben und sich damit zu arrangieren.

Der letzte Lösungsansatz endet dann oft in der Erkrankung des (unterliegenden) Partners, was eine andere Form des Austretens aus der

Beziehung ist. Mit der ärztlich bescheinigten Erkrankung erfolgt eine Stärkung der unterlegenen Partei. Der Mitarbeitende verweigert seine weitere Präsenz, seine Arbeitskraft und seine Verletzbarkeit. Die Dynamik des Schutzes in der Krankheit stärkt zum einen die Persönlichkeit, zum anderen bedingt die Krankheit mit ihren Symptomen aber auch deren Schwächung.

Die dyadische Beziehung wird erweitert zum Beziehungsdreieck, bestehend aus einem «Machtinhaber», einem «Loser» und einer Krankheit (vgl. Grafik G1).⁹ Rund um dieses Beziehungsdreieck entstehen Koalitionen mit weiteren Involvierten im gemeinsamen sozialen Kontext. Auf der Arbeitgeberseite steht häufig die Krankentaggeldversicherung; aufseiten des Mitarbeiters die Krankheit und die behandelnden Ärzte. Dazu kommt die Invalidenversicherung und nicht direkt involviert, aber dennoch gegenwärtig die Arbeitslosenversicherung.

Innerhalb des erweiterten Beziehungsdreiecks sieht sich der Arzt meist als «Behandler der Krankheit» und schützt seinen Patienten. Anfragen seitens des Arbeitgebers an den behandelnden Arzt werden zurückgewiesen, weil sie oft gegen die Interessen des Patienten verstossen könnten. Im Unternehmen erfolgt meist eine Übergabe des «Problems» von der Linie zum Personalmanagement. Dieses veranlasst, im Sinne eines modernen Absenzenmanagements, eine Beurteilung durch den Vertrauensarzt und meldet den Mitarbeitenden bei der IV an. In anderen Fällen erfolgt dieser Schritt etwas später durch die involvierte Krankentaggeldversicherung. Das Hauptanliegen der IV ist die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person. Sie ist dabei bereit, den erkrankten Mitarbeitenden, der nun zur versicherten Person mutiert, zu unterstützen. Gleichzeitig kommt es auch zunehmend vor, dass sie bei verschiedenen

⁹ Anstelle der häufig verwendeten Termini «Täter» und «Opfer», wobei «Machtinhaber» nicht eine einseitige Schuldzuweisung ausdrücken soll.

Krankheiten eine daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit verneint (vgl. auch Diskussion über die PÄUSBONOGs).

Aus einer systempsychologischen Perspektive heraus zeigt sich die ursprünglich dyadische Konfliktsituation als ein sich wiederholendes Muster im erweiterten System. Je nach Vorliebe der Akteure zur Eskalation, beschäftigt das Thema dann nicht mehr nur die Arbeitsrechtler, sondern auch die Sozialversicherungsgerichte.

Konsequenzen

Aus den bisher beschriebenen Überlegungen ergeben sich Konsequenzen für den Umgang mit diesen Situationen. Es gilt, möglichst bei Beginn der oben beschriebenen Konfliktsituationen am Arbeitsplatz zu intervenieren, um das Entstehen eines vergrösserten und noch komplexeren Konfliktsystems zu vermeiden. Dabei kann zwischen eher präventiven und kurativen Ansätzen unterschieden werden.

Zu den Angeboten im präventiven Bereich gehören Schulungstools für Vorgesetzte, wie sie zum Beispiel die SWICA ihren Unternehmenskunden im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements anbietet. Sehr bekannt ist die Website des SECO stressnostress.ch, die auch Adressen von behandelnden Psychologen auflistet. Daneben bieten kommerzielle Beratungsinstitutionen teilweise auch Onlineberatungen. Die Wirksamkeit dieser Angebote ist noch zu wenig untersucht. Die teilweise hohen Kosten, welche von den hilfesuchenden Personen getragen werden müssen, stellen eine hohe Hürde dar.

Als sehr erfolgreiches Frühinterventionsprojekt erwies sich in der Region Basel die gemeinnützig getragene Beratungsstelle help, welche am Arbeitsplatz psychisch belasteten Personen eine niederschwellige Beratung anbot. Es zeigte sich in den zwölf Jahren des Bestehens dieser Institution, dass mit durchschnittlich zwei bis drei Sitzungen konfliktreduzierende Lösungen erzielt werden könnten. Nebst den Betroffenen wurde das Angebot von der Ärzteschaft

und amtlichen Stellen als grosse Entlastung sehr geschätzt. Etwa 4000 Personen nutzten dieses Angebot, welches aus Kostengründen leider wieder aufgegeben wurde.

Entsprechend erscheinen Projekte, welche in der Unterstützung der direkt betroffenen, erkrankten oder von Erkrankung bedrohten Mitarbeitenden ansetzen, ein hohes Erfolgspotenzial zu haben.¹⁰ Im kurativen Bereich sind am ehesten Coachings im Rahmen von IV-Frühinterventionsmassnahmen oder Interventionen im Rahmen der Case- und Caremanagementsysteme der Versicherer in der Lage, im bereits bestehenden erweiterten Konfliktsystem deeskalierende Strategien zu realisieren.

Die grösste Schwierigkeit liegt dabei in der Tatsache, dass von Beginn der Arbeitsunfähigkeit bis zum Erstgespräch in einem Coaching zu viel Zeit vergeht. Danach ist eine Rückkehr zum bestehenden Arbeitgeber kaum mehr möglich, die Krankheit ist

¹⁰ Projektideen wurden mit einer grossen Taggeldversicherung angedacht und liegen auch der IV vor.



Mit freundlicher Genehmigung von compasso (Berufliche Integration / Informationsportal für Arbeitgeber)

zu einer etablierten Realität geworden und die Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt aufwendig.

Inhaltliche Konsequenzen bei der Durchführung von Coachings

Coachings, welche im Rahmen von Frühinterventionen der IV stattfinden, sollten aus den vorherigen Ausführungen heraus versuchen, bestehende Kommunikationsblockaden im erweiterten Konfliktsystem aufzuweichen. Im Coaching kann eine vermittelnde «Übersetzerrolle» zwischen den involvierten Parteien eingenommen werden. Das kann zur Entspannung und zu konstruktiven Lösungen beitragen.

In der Beratung der Klienten und Klientinnen steht die Wiederherstellung eigenverantwortlicher Entscheidungskompetenzen im Vordergrund. Das meint, dass die gecoachte Person verstehen lernt, was es bedeutet, wenn ihr Kranksein in den Vordergrund rückt, und was es bedeutet, wenn die gesunden Ressourcen zur Verfügung stehen. Die gecoachte Person benötigt ebenso Informationen über das Zusammenspiel der Sozialversicherungen wie über ihre eigene Rolle in diesem erweiterten System. Sie soll verstehen, wer was macht und wer was von ihr erwartet. Dieses Wissen unterstützt die gecoachte Person bei der Suche nach den nächsten Schritten. Was ist der «Vorteil» von gesund oder krank sein? Welchen «Preis» hat die Gewichtung zur einen oder anderen Seite? Unter welchen Voraussetzungen können die IV oder die Arbeitslosenversicherung die nächsten beruflichen Schritte unterstützen?

Gleichzeitig geht es im erfolgreichen Coaching auch darum, die fachlichen und beruflichen Ressourcen wieder zu mobilisieren und sie für die weitere persönliche Entwicklung verfügbar zu machen. Hierzu werden verschiedene Techniken eingesetzt, mit dem Ziel der erneuten Wertschätzung des Vorhandenen und der Neugier auf neue Möglichkeiten in Bezug auf die weitere Erwerbstätigkeit. Im Coaching wird zwar eine Haltung der Würdigung der Einschränkungen durch die Krankheit eingenommen, gleichzeitig fokussiert das Coaching jedoch mehr auf die noch und wieder vorhandenen Handlungsspielräume, welche sich zunehmend auch in der Auseinandersetzung mit der zukünftigen beruflichen Tätigkeit zeigen. Die kontinuierliche Auseinandersetzung mit der Gegenwart und der Zukunft lässt die Bedeutung der ursprünglichen psychischen Belastungssituationen am Arbeitsplatz in den Hintergrund treten.

Zusammenfassung

Psychische Erkrankungen infolge von Stress und Belastung am Arbeitsplatz entstehen häufig im Kontext einer Macht-Ohnmacht-Thematik. In diesen Fällen kann festgestellt werden, dass bestehende Konflikte nicht oft mit den zur Verfügung stehenden juristischen Mitteln gelöst werden. Vielmehr stellt für die sich auf der schwächeren Seite wählenden Arbeitnehmenden die Reaktion des Organismus mit Erkrankung und ärztlich bescheinigter Arbeitsunfähigkeit die kleinere Hürde dar.

In der Folge entstehende Kommunikationsbarrieren zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmenden sowie

andere Beziehungsmuster widerspiegeln sich rasch in einem erweiterten sozialen Konfliktsystem, welches durch den Einbezug von Sozialversicherung, Krankentaggeldversicherung, Ärzten und anderen Parteien entstanden ist.

Idealerweise findet eine Intervention in Form eines vermittelnden Coachings unmittelbar vor oder kurz nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit statt. Diese Ausgangslage kann dazu verhelfen, dass die Anzahl der beteiligten Parteien gering gehalten wird und dass die rasche Konfliktlösung die Entstehung von Win-Win-Situationen unterstützt. In der Regel werden solche Beratungsangebote nicht durch die öffentliche Hand unterstützt und die Betroffenen müssen selber für die Kosten dieser Dienstleistungen aufkommen.

Im Rahmen der IV-Frühinterventionen werden Coachings angeboten, welche meist nur wenig Einfluss auf die ursprüngliche Konfliktsituation nehmen können, da sie zu spät zum Tragen kommen. In diesen Fällen hilft die Fokussierung auf die gesunden Persönlichkeitsanteile und Ressourcen, unter Würdigung der krankmachenden Erfahrungen, die eigenverantwortliche Entscheidungskompetenz erneut aufzubauen.

Coachings sollten in jedem Fall zum frühestmöglichen Zeitpunkt angeboten werden.

Lucien Schoppig, Dr. phil., Institut für systemische Psychologie, Basel

E-Mail: info@systemische-psychologie.ch

Diagnose und Behandlung junger psychisch kranker Personen

Ein neuer Forschungsbericht untersuchte nationale und internationale Trends in Diagnostik und Behandlung psychischer Gesundheitsstörungen bei Minderjährigen und jungen Erwachsenen und zeigte Forschungslücken auf. Die Resultate sind teilweise ernüchternd: Zwar gibt es international anerkannte Leitlinien ausländischer fachärztlicher Dachorganisationen, doch es fehlen entsprechende Empfehlungen in der Schweiz sowie der Nachweis der längerfristigen Wirksamkeit der Behandlungen.



Martin Wicki

Bundesamt für Sozialversicherungen



Inès Rajower

Mit der Thematik der psychisch bedingten Invalidität beschäftigt sich das Forschungsprogramm zur Invalidenversicherung (FoP-IV) schon länger. Zunehmend ins Zentrum des Interesses gerückt sind dabei die jüngeren Altersgruppen, d.h. jene der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (bis 25 Jahre). Bei jungen Erwachsenen mit psychischen Störungen ist die Anzahl der neuen Rentenbezüger stabil geblieben, obwohl die allgemeine Entwicklung der Neurentenzahlen in den letzten Jahren rückläufig war. Auch wenn diese Gruppe mit rund 4500 Rentenbeziehenden (Prävalenz) und rund 1000 Rentenzugängen pro Jahr (Inzidenz) verhältnismässig klein ist, so würde sich eine optimale medizinische Behandlung

zur Stärkung ihrer Integration in Schule, Berufsbildung und Erwerbsleben doppelt lohnen: Diese jungen Versicherten könnten vermutlich ein selbstbestimmteres Leben führen und die Invalidenversicherung würde von langjährigen Rentenzahlungen entlastet.

2013 wurde für das Forschungsprogramm eine Machbarkeitsstudie durchgeführt, welche die Datenlage zur Behandlungssituation von Personen mit psychischen Krankheiten analysierte.¹ Diese Studie zeigte auf, dass die medizinischen Behandlungen in den IV-Dossiers insgesamt nicht genügend dokumentiert sind. Es wurden jedoch klare Hinweise gefunden, dass gewisse Gruppen von psychisch erkrankten Personen unterversorgt

sind, ein Befund, der auch in der OECD-Länderstudie zu psychischer Gesundheit in der Schweiz aufgenommen wurde.² Es lag deshalb nahe, in einer nächsten Studie den Fokus auf die Frage zu richten, ob und wie psychische Erkrankungen erkannt und behandelt werden. Dabei sollte sich die Studie auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene konzentrieren.

Die Literaturstudie³ wurde fachlich begleitet von Vertreterinnen und Vertretern der Schweizerischen Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) und der Schweizerischen Vereinigung der Kinder- und Jugendpsychologie (SKJP) sowie von Fachleuten der IV-Stellen. Sie verfolgte folgende Zielsetzungen:

- Erstens eine Übersicht geben über auf wissenschaftlicher Evidenz basierende internationale Leitlinien für die Diagnose und Behandlung von typischen psychischen Störungen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter;
- Zweitens aufzuzeigen, welche empfohlenen Behandlungsmethoden in den verschiedenen Altersgruppen und den untersuchten psychischen Gesundheitsstörungen auch eingliederungswirksam sind und welches der optimale Zeitpunkt der

1 Ruesch, Peter; Bührlen, Bernhard; Altwicker, Szilvia; Juvalta, Sibylle und Silke Träbert, «Die Behandlung von Personen mit psychischen Krankheiten: Bestandsaufnahme der Behandlungssituation vor und während eines Rentenbezugs der Invalidenversicherung.» Machbarkeitsstudie: Schlussbericht, [Bern] 2013: www.bsv.admin.ch → Dokumentation → Publikationen → Studien, Gutachten; vgl. auch Soziale Sicherheit CHSS 2/2014, S. 86–90

2 OECD, *Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 12/13: www.bsv.admin.ch → Praxis → Forschung → Forschungsberichte; vgl. auch *Soziale Sicherheit CHSS 2/2014*, S. 70–75

3 Lit. Rüegg et al., 2015

Diagnosestellung und Behandlung ist;

- Drittens wird mittels Befragung von Expertinnen und Experten aus den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychologie und Pädiatrie erhoben, inwiefern anerkannte Leitlinien in der Praxis der schweizerischen Fachärztinnen und Fachärzte eine Rolle spielen.

In Abstimmung mit der Begleitgruppe wählten die Forschenden acht im internationalen Klassifikationssystem ICD klar umschriebene, bei jüngeren Altersgruppen typische psychische Störungsbilder aus, die bei der Literaturrecherche berücksichtigt wurden. Es waren dies Depression, Angststörungen, Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Sprachstörungen, Teilleistungsstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen sowie Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS).

Hoher internationaler Konsens in den Leitlinien, unterschiedlicher Detaillierungsgrad

Eine Übersicht über etablierte Praktiken von Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen in jüngeren Lebensaltern gewannen die Forschenden über eine Literaturrecherche zur einschlägigen praxisorientierten Fachliteratur einschliesslich Lehrbücher sowie über veröffentlichte Leitlinien medizinischer Dachorganisationen im deutsch-, französischsprachigen und angelsächsischen Raum.

Vorgesehen war eine Darstellung verschiedener nationaler Leitlinien, die über eine Internetrecherche in deutscher, französischer oder englischer Sprache zugänglich sind. Dies traf zu für die deutschen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), die französischen der Haute Autorité de Santé (HAS), die britischen des National Institute for Health and Care Excel-

lence (NICE) und die US-amerikanische American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Für die Niederlande und die skandinavischen Länder, welche die Begleitgruppe aus Vergleichsgründen eigentlich auch gerne beigezogen hätte, konnten keine in Englisch zugänglichen Leitlinien gefunden werden. Es zeigte sich jedoch rasch, dass die Leitlinien der untersuchten vier Gesellschaften eine sehr hohe Übereinstimmung haben, sodass von einem weitgehenden paradigmatischen Konsens in der internationalen Fachwelt ausgegangen werden kann. Hingegen unterscheiden sich die Leitlinien für die verschiedenen Störungsbilder nach Ausführlichkeit und Differenzierungsgrad. Nicht alle Leitlinien gelten noch als gültig im Sinne der höchsten Qualitätsstufe der Entwicklungsmethodik, was jedoch nicht heisst, dass sie inhaltlich nicht mehr dem State of the Art entsprechen, sondern nur, dass sie nicht in der vorgesehenen Periode überprüft worden sind.

Diagnostikleitlinien zu den meisten Störungsbildern, Lücken bei den Behandlungsleitlinien

Bezüglich der *Sprachentwicklungsstörungen* bei Kindern und Jugendlichen liegt eine gültige Leitlinie der deutschen Psychiatriegesellschaft vor, die Diagnostik und Erhebungsinstrumente sehr ausführlich dokumentiert und beurteilt. Französische, britische oder amerikanische Leitlinien existieren hingegen bei diesem Störungsbild derzeit nicht.

Ausführlich dokumentiert wird in den deutschen Leitlinien der AWMF die Diagnostik auch für *Angststörungen*, *Artikulationsstörungen*, tiefgreifende *Entwicklungsstörungen (Autismus)* und *ADHS*. Diese Leitlinien waren zum Zeitpunkt der Recherche nicht mehr aktuell, doch stimmten sie weitgehend mit den noch gültigen britischen und amerikanischen Leitlinien überein. Die britischen und

amerikanischen Leitlinien sind hinsichtlich der Diagnostik von *Zwangsstörungen* ebenfalls ausführlich dokumentiert, wogegen jene der deutschen Gesellschaft zwar ebenfalls ausführlich, aber nicht speziell auf Kinder und Jugendliche ausgerichtet sind.

Dass die Diagnostik von *Depressionen* im Kindes- und Jugendalter in allen Leitlinien nur begrenzt dargestellt wird, liegt vor allem daran, dass Depressionsdiagnosen in diesen Altersgruppen nach allgemeinem fachlichem Konsens schwierig sind. Dasselbe gilt auch für *Persönlichkeitsstörungen* bei Jugendlichen.

Aktuelle ausführliche Therapieleitlinien für *Zwangsstörungen* liegen von den deutschen, den britischen und den amerikanischen Fachgesellschaften vor, wobei die Empfehlungen für Kinder unter acht Jahren ausgenommen sind. Empfehlungen zu den *Angststörungen* sind in den britischen Leitlinien ausführlicher, aber spezifischer auf Soziophobien ausgerichtet als die deutschen und sie sind im Gegensatz zu Letzteren auch noch gültig.

Einigkeit bei den Therapieempfehlungen der deutschen und amerikanischen Leitlinien herrscht auch beim *Autismus*, wogegen die britischen und französischen davon leicht abweichen. *Artikulations- und Sprachentwicklungsstörungen* werden nur in den deutschen Leitlinien umfassend beschrieben, wobei diese zum Zeitpunkt der Recherche nicht mehr gültig waren.

Wenig differenzierte Behandlungsempfehlungen liegen für die *Persönlichkeitsstörungen* vor. Lediglich die britischen Leitlinien des NICE verfügen über umfassende Therapieleitlinien zur antisozialen Persönlichkeitsstörung und zum Borderline-Typ.

Studien zur Wirksamkeit von Therapien

Die Literaturstudie zeigt, dass sich die wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit der Interventionen je nach Störungsbild unterscheidet, dass aber eine breite Palette von Studien,

WIE GEHTS DIR?

**Konzerte.
Tattoos.
Panikattacke.**

**Wir reden über alles.
Auch über psychische Gesundheit.**

Gesprächstipps / Infos: www.wie-gehts-dir.ch

pro mente sana
und Kantone

Aus der Kampagne «Wie geht's Dir?», die von Pro Mente Sana, den Kantonen Zürich, Schwyz, Luzern und Bern sowie der Coordination Romande des Associations d'Action en Santé Psychique getragen wird.

am häufigsten zu psychotherapeutischen und pharmakotherapeutischen, aber auch zu psychosozialen Interventionen in Form von Monotherapien vorliegen. Dabei ist der Fokus der meisten wissenschaftlichen Untersuchungen überwiegend auf die *klinische Wirksamkeit* ausgerichtet. Es bestehen aber Forschungslücken bezüglich die für die Invalidenversicherung relevanten *psychosozialen*, d.h. langfristigen Wirkungen von Therapien auf die schulische und berufliche Leistungsfähigkeit. Dies führen die Autoren der Literaturstudie vor allem auf den hohen Aufwand zurück, den solche meist als Langzeitstudien angelegte Wirkungsmessungen verursachen.

Im Detail kann mit der Literaturstudie aufgezeigt werden, dass Psychotherapien und Pharmakotherapien in Form von Monotherapien bei *Depressionen* zu positiven Resultaten führen, aber die Kombination beider Behandlungsansätze noch besser ist. Dasselbe gilt weitgehend auch für *Angst- und Zwangsstörungen*. Bei den *Persönlichkeitsstörungen* wirkt sich vor allem die Psychotherapie nachweislich positiv aus, die Pharmakotherapien sind umstritten und bringen immer nur in Teilberei-

chen der Persönlichkeitsstörungssymptomatik Verbesserungen. Ähnliches gilt auch für den *Autismus*, wo die Wirksamkeit psychotherapeutischer Ansätze für Kinder bis zum Jugendalter gut belegt ist. Bei *ADHS* zeigen pharmakologische Einzeltherapien ebenso wie Kombinationstherapien mit psychotherapeutischen bei Schulkindern nachweislich Wirkungen. Für *Sprach- und Teilleistungsstörungen* ist die klinische Wirksamkeit für logopädische Behandlungen nachgewiesen.

Wie bereits erwähnt, sind die psychosozialen Wirkungen von Therapien bislang weit weniger intensiv untersucht worden als Veränderungen der Symptombelastung, d.h. die klinischen Outcomes. So fanden sich in der Fachliteratur im Bereich der psychosozialen Outcomes nur einfach zu messende Grössen, insbesondere die skalenbasierte (Fremd-)Einschätzung der sozialen Anpassung. Hingegen fand das Forscherteam nur in sehr wenigen Studien Ergebnisse von Interventionen auf die konkrete Performanz in der Schule (z.B. Schulleistungen, Schulnoten) oder in Beruf (z.B. Erwerbstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt, berufliche Position

etc.). In der Fachliteratur mangelt es insbesondere auch an Untersuchungen zu Diagnostik- und Behandlungsleitlinien für komorbide Gesundheitsstörungen, die bei jungen Menschen häufig auftreten. Ebenso fehlen Studien zur Beurteilung der langfristigen Eingliederungswirksamkeit der Therapien, die aber für die Eingliederungsstrategie der IV wichtig wären. Schliesslich wird dem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unverzichtbaren interdisziplinären Ansatz bisher in der wissenschaftlichen Literatur noch kaum Rechnung getragen.

Untersuchungen zum optimalen Behandlungszeitpunkt von psychischen Störungen, die unter den Aspekten der Prävention, der Früherkennung und der Frühintervention in der wissenschaftlichen Literatur behandelt werden, sind seltener als solche zur Wirksamkeit von Interventionen und sie fehlen etwa bei *Zwangs- und Sprachstörungen* ganz. Bei den *affektiven Störungen* fanden die Autoren der Literaturstudie am meisten Untersuchungen zur Wirksamkeit von Präventionsprogrammen bei Kindern und Jugendlichen auf der Basis der kognitiven Verhaltenstherapie, wobei sich deren Wirksamkeit aber nur teil-

weise belegen liess. Die Wirkung von Frühinterventionen bei *Angststörungen* wird in der Literatur positiv beurteilt und ebenso die auf diesen Therapieansätzen basierenden Frühinterventionsprogramme bei *Persönlichkeitsstörungen*. Bei *Autismus-Spektrum-Störungen* zeigen gemäss den Untersuchungen auf Elternt raining basierende Frühinterventionsprogramme gute Resultate.

Anwendung in der schweizerischen Praxis

Die Autoren der Literaturstudie befragten Fachleute sowohl aus dem institutionellen Kontext der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste als auch aus jenem der Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) zu ihrer Einschätzung und zur praktischen Nutzung von Leitlinien. Alle Befragten stimmten darin überein, dass die Diagnose von Störungen im jungen Alter sehr komplex ist und eine sehr hohe individuelle Variabilität der Symptomatik besteht. Daher kommt der breiten Erfahrung der Fachleute eine wichtige Bedeutung zu. Entsprechend ihrer Rolle unterscheiden sich aber die

Einschätzungen nach institutionellem Kontext: Während Leitlinien von den behandelnden Fachpersonen als zwar hilfreich, aber nicht bindend angesehen werden, orientieren sich RAD-Ärztinnen und -Ärzte stärker an ihnen, wenn es darum geht, die Zweckmässigkeit und Angemessenheit von Therapien bei spezifischen Störungen zu beurteilen. Die deutschen Leitlinien sind dabei in der Schweiz die bekanntesten. Gemäss der Untersuchung zeigen sich aber insbesondere bei den Interventionen sprachregionale Unterschiede, indem in der Westschweiz der klassische Ansatz der Psychoanalyse weiterhin dominiert, während in der deutschsprachigen Schweiz vermehrt verhaltenstherapeutische Ansätze praktiziert werden.

Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie die Behandlung und Betreuung der betroffenen Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht allein bewältigen kann, sondern auf die Mitwirkung oder gar vorrangige Betreuung seitens anderer Fachdisziplinen z. B. Lehrpersonen, Fachleute aus der Heilpädagogik, Logopädie, Ergotherapie oder der Sozialarbeit angewiesen ist. Ebenfalls betont wurde die Bedeutung der Prävention und der frühzeitigen Erkennung und Behandlung von pathogenen Entwicklungen. Nur ein rechtzeitiges Eingreifen kann eine Chronifizierung von psychischen Störungen und damit verbundenen Entwicklungsverzögerungen verhindern oder zumindest eine solche Entwicklung mildern. Dabei sind nicht nur die Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, sondern auch die pädagogischen Fachleute gefordert, die Erziehungsberechtigten und weitere Personen im persönlichen Umfeld der betroffenen jungen Person gebührend einzubeziehen.

Die schweizerischen Fachärztegesellschaften sind angesprochen, ihre Mitglieder zu einer einheitlichen Diagnostik und Therapie von jungen Menschen mit psychischen Störungen zu sensibilisieren und mit entsprechenden Empfehlungen zur Diagnosestellung und Behandlung einen Beitrag zur nachhaltigen schulischen und beruflichen Integration von jungen Erwachsenen mit psychischen Gesundheitsstörungen beizutragen.

Das Forschungsprogramm zur Invalidenversicherung (FoP-IV) ist mit einem weiteren laufenden Projekt daran, die Hintergründe von psychischen Erkrankungen und den möglichen Einfluss der Nutzung von Unterstützungsangeboten zu eruieren. Das Projekt «Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten» geht von Personen aus, die als Jugendliche in die Berentung gelangt sind, verfolgt in den persönlichen Akten ihren Leidens- und Behandlungsweg zurück und vergleicht diesen mit Personen, die ähnliche Schwierigkeiten hatten, später aber keine Rente in Anspruch nehmen mussten. Damit erhofft sich die IV, Aufschlüsse über eine verbesserte Früherkennung und Frühintervention durch verschiedene Akteure in dieser Altersgruppe zu gewinnen. Resultate sollen in der zweiten Jahreshälfte 2015 vorliegen.

Forschungsbericht

Rüesch, Peter; Altwicker-Hámori, Szilvia; Juvalta, Sibylle; *Literaturstudie zu evidenzbasierten, internationalen Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von psychischen Krankheiten bei Minderjährigen und jungen Erwachsenen*, [Bern] 2015. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 3/14: www.bsv.admin.ch → Praxis → Forschung → Forschungsberichte

Martin Wicki, lic. phil. I, Co-Leiter Forschungsprogramm zur Invalidenversicherung (FoP-IV), Geschäftsfeld Mathematik, Analysen, Statistik, BSV
E-Mail: martin.wicki@bsv.admin.ch

Inès Rajower, Dr. med., Ärztin Geschäftsfeld Invalidenversicherung, BSV
E-Mail: ines.rajower@bsv.admin.ch

Verfeinerung des Risikoausgleichs durch Berücksichtigung der Arzneimittelkosten

Bereits vor Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) wurde 1993 der schweizerische Risikoausgleich eingeführt, um den Anreiz zur Risikoselektion zu beseitigen oder zumindest zu verringern und die Belastungen der Versicherer aufgrund bestehender, unterschiedlicher Risikokollektive auszugleichen bzw. zu reduzieren. Ursprünglich zeitlich limitiert, ist der Risikoausgleich nun seit dem Parlamentsentscheid vom 21. März 2014 unbefristet.



Lennart Pirktl
Bundesamt für Gesundheit

terschiede im Gesundheitszustand innerhalb dieser Risikogruppen wurden nicht ausgeglichen. Seit 2012 wird zusätzlich berücksichtigt, ob die versicherte Person im Vorjahr eine stationäre Leistung bezogen hatte. Am 15. Oktober 2014 hat der Bundesrat beschlossen, den Risikoausgleich ab dem Ausgleichsjahr 2017 durch Einbezug der vergüteten Arzneimittel zu verfeinern: Ab 2017 wird ein Arzneimittelindikator die Ausgleichsgerechtigkeit weiter steigern. Vorerst soll der Einbezug der vergüteten Arzneimittelkosten (ohne Berücksichtigung von Franchise und Selbstbehalt) durch den zusätzlichen Morbiditätsindikator «Die versicherte Person hatte im Vorjahr einen hohen Medikamentenkonsum» abgebildet werden. In weiterer Zukunft ist geplant, aus den konsumierten Medikamenten pharmazeutische

Wer einen überdurchschnittlich hohen Anteil schlechter Risiken versichert, erhält im Risikoausgleich Ausgleichszahlungen zulasten der Versicherer mit überdurchschnittlich vielen guten Risiken. Kinder sind nicht Teil des Risikoausgleichs und bezahlen dadurch risikogerecht niedrige Prämien, da keine Solidarität mit der erwachsenen Bevölkerung besteht.

Für die Durchführung des Risikoausgleichs ist seit 1996 die Gemeinsame Einrichtung KVG¹ zuständig. Das Umverteilungsvolumen zwischen den Krankenversicherern betrug für die jüngsten Ausgleichsjahre etwa 1,5 Mrd. Franken.

Vor 2012 bezog sich der Risikoausgleich ausschliesslich auf die Risikogruppen Alter und Geschlecht. Un-

Die Funktionsweise des Risikoausgleichs am vereinfachten Beispiel

2013 vergüteten die Krankenversicherer für einen Erwachsenen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) durchschnittlich Leistungen in der Höhe von 3 250 Franken. Während 31- bis 35-jährige Männer im Schnitt nur 750 Franken kosteten, betrug dieser Wert für die Gruppe der 86- bis 90-jährigen Frauen 9 700 Franken. Für den 33-jährigen Mann zahlte der Versicherer $3\,250 - 750 = 2\,500$ Franken in den Risikoausgleich, für die 88-jährige Frau erhielt er $9\,700 - 3\,250 = 6\,450$ Franken. Dank des Risikoausgleichs war der junge Mann mit einem Aufwand von $750 + 2\,500 = 3\,250$ Franken kein besseres Risiko als die alte Frau mit identischem Aufwand von $9\,700 - 6\,450 = 3\,250$ Franken. Dies gilt seit den Anfängen des Risikoausgleichs.

	Frau 86–90	Mann 31–35
Nettoleistungen	9 700	750
Risikoausgleich	-6 450	2 500
Aufwand	3 250	3 250

¹ Gemeinsame Einrichtung KVG: www.kvg.org/

Verteilung auf die 60 Risikogruppen der Periode 2012–2016

T1

Altersgruppen	F0	F1	M0	M1	Total
19–25	221 296	5 895	196 712	4 531	428 434
26–30	161 866	4 836	164 669	3 488	334 859
31–35	173 362	5 807	173 455	3 890	356 514
36–40	189 086	7 141	187 746	4 957	388 930
41–45	223 022	9 844	222 510	7 003	462 379
46–50	231 053	12 287	236 016	9 113	488 469
51–55	204 617	12 615	208 075	10 775	436 082
56–60	180 403	12 988	178 136	12 634	384 161
61–65	171 944	15 599	164 049	16 179	367 771
66–70	150 122	17 907	136 149	17 989	322 167
71–75	117 761	19 348	96 099	16 741	249 949
76–80	100 606	22 968	73 754	16 833	214 161
81–85	74 748	26 134	46 494	13 931	161 307
86–90	41 138	24 057	21 949	8 882	96 026
91–	14 413	16 131	6 476	4 309	41 329
	2 255 437	213 557	2 112 289	151 255	4 732 538

F0: Frauen ohne Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim
 F1: Frauen mit Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim
 M0: Männer ohne Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim
 M1: Männer mit Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim

Quelle: Umfrage des BAG bei Krankenkassen

Kosten. Deshalb wird der Risikoausgleich seit 2012 prospektiv formuliert: Sowohl für Spitalaufenthalt wie auch für Arzneimittelkonsum berücksichtigt man jeweils die Vorjahreswerte. Der Arzneimittelindikator «Hohe Arzneimittelkonsum» soll durch «Arzneimittelkonsum über 5000 Franken im Vorjahr» (MEDI) konkretisiert werden.

Im Folgenden wird aufgezeigt, wie dieser Schwellwert ermittelt wurde und wie stark die Wirkung des Risikoausgleichs dadurch erhöht werden konnte.

Datengrundlage

Risikogruppen im aktuellen Risikoausgleich 2012–2016

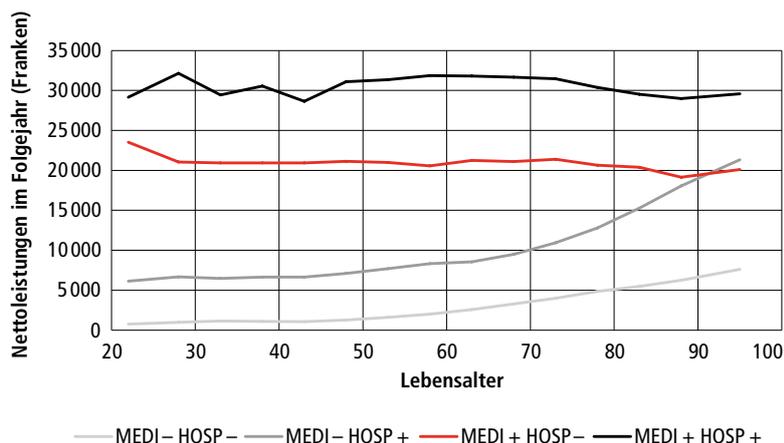
Die Auswertungen basieren auf einer Umfrage bei Krankenkassen, welche 87 Prozent der OKP-Versicherten 2012 abdecken. Hiervon wurden $n=4\,732\,538$ Erwachsene mit vollständigen Vorjahresinformationen bezüglich Spitalaufenthalt und Arzneimittelkosten beibehalten und nach den sechs folgenden Variablen differenziert:

- Nettoleistungen 2012 (d.h. alle vergüteten Leistungen, abzüglich Kostenbeteiligung)
- Kanton
- Alter
- Geschlecht
- Vorhandensein eines Aufenthaltes in einem Spital oder Pflegeheim im Jahr 2011
- Bruttoleistungen 2011 für Arzneimittel (d.h. inkl. Kostenbeteiligung).

Für den **aktuellen Risikoausgleich (2012–2016)** wurden die Versicherten jeden Kantons in 16 Altersgruppen 0–18, 19–25, 26–30, 5-Jahres-Kohorten bis 86–90 und schliesslich die offene Gruppe ≥ 91 eingeteilt. Relevant sind jedoch nur 15 Altersgruppen, da die Kinder vom Risikoausgleich ausgeschlossen sind. Somit resultieren pro Kanton bei je zwei Gruppen für Geschlecht und Spitalaufenthalt (HOSP) insgesamt $15 \times 2 \times 2 = 60$ Gruppen. In

Kosten im Folgejahr 2012

G1



Quelle: Umfrage des BAG bei Krankenkassen

Kostengruppen (PCGs: *pharmacy-based cost groups*) abzuleiten und als präzisere Indikatoren der Morbidität im Risikoausgleich zu verwenden. Für den stationären Bereich ist die

Berücksichtigung diagnosebezogener Fallgruppen (DRGs: *diagnose-based cost groups*) denkbar.

Angestrebt ist ein Ausgleich der Risiken und nicht ein Ausgleich der

Tabelle T1 ist die Verteilung der analysierten Daten auf die bisherigen 60 Risikogruppen dargestellt.

Risikogruppen im erweiterten Risikoausgleich ab 2017

Eine Verdoppelung der Gruppenzahl auf 120 durch eine zusätzliche MEDI-Variable würde zu teils extrem niedrigen Besetzungen einzelner Risikogruppen führen. Ein interessanter und angenehmer Effekt erlaubt jedoch, die Gruppenzahl von 120 auf 62 zu reduzieren, indem innerhalb der Kategorie intensiver Arzneimittelbezüger nicht mehr nach Alter und Geschlecht, sondern lediglich nach Vorhandensein eines stationären Aufenthaltes im Vorjahr unterschieden wird (vgl. Tabelle T2).

Zwar sind die Arzneimittelkosten generell stark altersabhängig, doch trifft dies für die Untergruppe der Personen mit hohem Arzneimittelkonsum im Vorjahr (≥ 5000 Franken pro Jahr) nicht mehr zu. Hier betragen die vergüteten Leistungen im Ausgleichsjahr 30000 Franken pro Jahr für Versicherte mit Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr und etwa 20000 Franken pro Jahr für Versicherte ohne einen solchen Aufenthalt (vgl. Grafik G1).

Eine ausgeprägte Altersabhängigkeit der Kosten im Folgejahr zeigt sich nur bei Versicherten mit tiefen Medikamentenkosten (MEDI -). Diese Erkenntnis erlaubt also, die Gruppenzahl im revidierten Risikoausgleich ab 2017 nur um zwei zusätzliche Gruppen zu steigern:

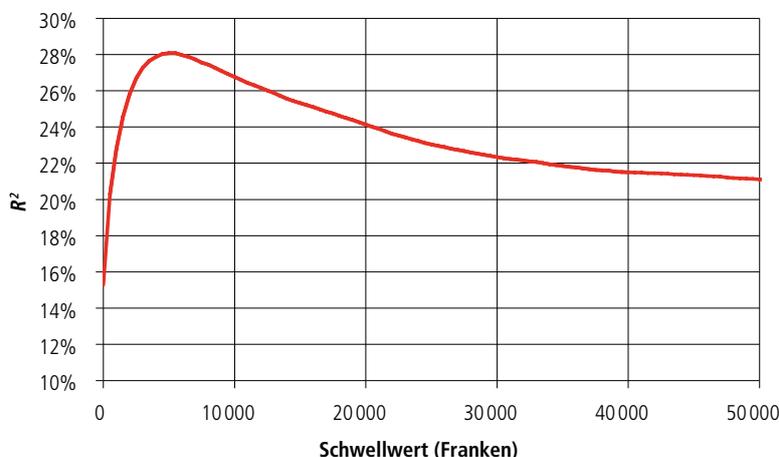
X01: Versicherte mit hohem Arzneimittelkonsum ohne Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim

X11: Versicherte mit hohem Arzneimittelkonsum mit Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim²

2 Arzneimittelkonsum und stationärer Aufenthalt (Spital oder Pflegeheim) beziehen sich stets auf das Vorjahr.

R² als Funktion des gewählten Schwellwertes

G2a



Quelle: eigene Berechnungen

Anteilmässige Verteilung auf die neuen 62 Risikogruppen

T2

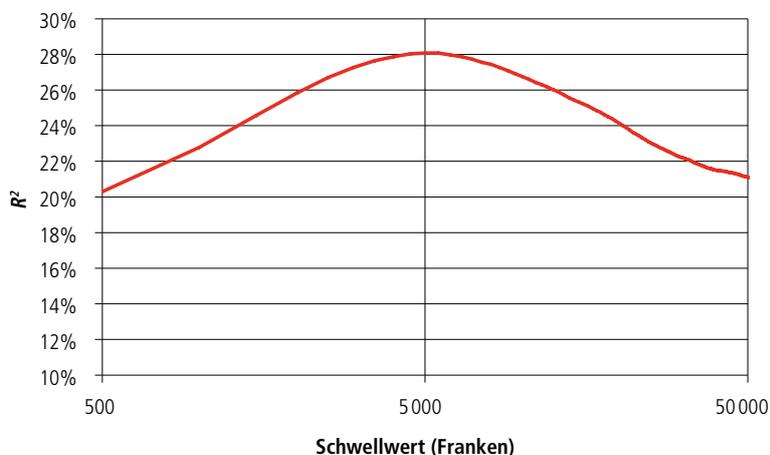
Altersgruppen	F00	F10	M00	M10	MEDI	Total
19–25	4,7 %	0,12 %	4,1 %	0,09 %		
26–30	3,4 %	0,09 %	3,5 %	0,07 %		
31–35	3,6 %	0,11 %	3,6 %	0,07 %		
36–40	4,0 %	0,14 %	3,9 %	0,09 %		
41–45	4,6 %	0,19 %	4,6 %	0,13 %		
46–50	4,8 %	0,23 %	4,9 %	0,17 %		
51–55	4,3 %	0,23 %	4,3 %	0,20 %		
56–60	3,7 %	0,24 %	3,7 %	0,24 %		
61–65	3,6 %	0,29 %	3,4 %	0,30 %		
66–70	3,1 %	0,33 %	2,8 %	0,34 %		
71–75	2,4 %	0,36 %	2,0 %	0,31 %		
76–80	2,1 %	0,43 %	1,5 %	0,31 %		
81–85	1,5 %	0,50 %	0,9 %	0,26 %		
86–90	0,8 %	0,47 %	0,4 %	0,17 %		
91–	0,3 %	0,32 %	0,1 %	0,09 %		
X01					1,5 %	
X11					0,8 %	
Total	46,9 %	4,0 %	43,9 %	2,9 %	2,3 %	100,0 %

- F00: Frauen ohne Spitalaufenthalt mit niedrigem Arzneimittelkonsum
- F10: Frauen mit Spitalaufenthalt mit niedrigem Arzneimittelkonsum
- M00: Männer ohne Spitalaufenthalt mit niedrigem Arzneimittelkonsum
- M10: Männer mit Spitalaufenthalt mit niedrigem Arzneimittelkonsum
- MEDI: Versicherte mit hohem Arzneimittelkonsum
- X01: Versicherte ohne Spitalaufenthalt mit hohem Arzneimittelkonsum
- X11: Versicherte mit Spitalaufenthalt mit hohem Arzneimittelkonsum

Quelle: Umfrage des BAG bei Krankenkassen

R² als Funktion des gewählten Schwellwertes (log. Skala)

G2b



Quelle: eigene Berechnungen

Steigerung von R² durch die Verfeinerungen 2012 und 2017

T3

Vor 2012	R ² = 9 %	30 Gruppen	Alter, Geschlecht
Aktuell	R ² =17 %	60 Gruppen	Alter, Geschlecht, stationärer Aufenthalt
Ab 2017	R ² =28 %	62 Gruppen	Alter, Geschlecht, stationärer Aufenthalt, Arzneimittelkosten

Quelle: eigene Berechnungen

Simulationsergebnisse für die durchschnittlichen Risikoausgleichsansätze ab 2017

T4

Altersgruppen	F00	F10	M00	M10	MEDI
19–25	-2 157	2 999	-2 592	3 038	
26–30	-1 612	3 298	-2 648	3 891	
31–35	-1 325	3 288	-2 585	3 446	
36–40	-1 572	3 257	-2 481	3 917	
41–45	-1 771	3 574	-2 334	3 488	
46–50	-1 585	4 018	-2 102	3 946	
51–55	-1 294	4 756	-1 741	4 354	
56–60	-974	5 298	-1 224	5 135	
61–65	-506	5 543	-597	5 318	
66–70	161	6 675	179	6 070	
71–75	830	7 951	951	7 667	
76–80	1 684	10 052	1 807	9 158	
81–85	2 373	12 814	2 372	10 885	
86–90	3 296	15 664	2 826	12 964	
91–	4 855	18 910	3 656	15 602	
X01					17 829
X11					27 600

Quelle: eigene Berechnungen

Ergebnisse**Die Suche nach dem optimalen Schwellwert**

Beck³ weist darauf hin, dass die in der schweizerischen Risikoausgleichsformel verwendete Praktikermethode der Klassenbildung mit der OLS-Regression äquivalent ist und identische Risikoausgleichsansätze liefert. Dabei werden die Differenzen zwischen globalen Durchschnittskosten und Durchschnittskosten je Risikogruppe berechnet und als Risikoausgleichsansätze übernommen. Die OLS-Regression ist ein mathematisches Verfahren zur Prognose einer Grösse – in unserem Fall zur Prognose der OKP-Leistungen im Folgejahr – anhand einer Reihe von Indikatoren (Alter, Geschlecht etc.). Die Güte der Regressionsprognose und damit des Risikoausgleichs wird mit dem Bestimmtheitsmass R² bewertet. Dieses Mass gibt an, welcher prozentuale Anteil der Variation in den Leistungen durch das Modell erklärt werden konnte. Somit stellt sich also die Frage, für welchen Schwellwert das Maximum von R² erreicht wird.

Da dieses Maximum nicht analytisch bestimmbar ist, wurde die Regressionsanalyse für über tausend Schwellwertkandidaten wiederholt und das Optimum grafisch ermittelt (vgl. Grafiken G2a und G2b).

Somit wurde der Schwellwert auf 5000 CHF festgelegt, und der Erklärungsgrad R² des Risikoausgleichs erfuhr durch die Berücksichtigung des zusätzlichen Arzneimittelindikators eine Steigerung von 17 auf 28 Prozent (vgl. Tabelle T3).

Hätte man sämtliche 120 Klassen beibehalten, so wäre R² nur noch unbedeutend von 28 auf 29 Prozent gestiegen und man müsste schwach (oder gar nicht) besetzte Risikogruppen in Kauf nehmen. Unbesetzte Gruppen stellen den prospektiven

³ Beck, Konstantin, *Risiko Krankenversicherung, Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt*, Bern 2013

Risikoausgleich dann vor Probleme, wenn ein Versicherter aufgrund von Kantonswechsel oder Alterung in eine Risikogruppe ohne Vorjahresinformationen übertritt: In diesem Fall ist unklar, welche Risikoabgabe zu entrichten ist bzw. welchen Ausgleichsbeitrag der Versicherer erhält. Die am schwächsten besetzten Risikogruppen finden sich weiterhin für die bevölkerungsarmen Kantone AI, UR, OW, GL und NW in den Gruppen der Versicherten mit Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim. In der vorliegenden Teilerhebung waren aber in sämtlichen Kantonen alle 62 Gruppen besetzt.

Ein paar tausend Regressionsanalysen durchzuführen, stellt heutzutage zwar prinzipiell kein grosses technisches Problem mehr dar, doch bereitet die Anzahl Beobachtungen (4732538 Individualdaten) mit 62 Dummy-Variablen je nach Software Schwierigkeiten. Excel ist beispielsweise auf 1 048 576 Zeilen beschränkt. Pirktl⁴ zeigt, dass sich das Bestimmtheitsmass R^2 auch aufgrund gruppierter Daten ermitteln bzw. optimieren lässt. Zur Optimierung genügen bereits Mittelwerte und Versichertenzahlen je Gruppe. Zur numerischen Bestimmung sind zusätzlich nur noch die Varianzen je Gruppe erforderlich.

Simulation der neuen Risikoausgleichsansätze

Aus Tabelle T2 ist ersichtlich, dass mit dem verfeinerten Risikoausgleich (RA) 2,3 Prozent der Versicherten (mit hohen Medikamentenkosten) aus dem System der bisherigen 60 Risikoklassen herausgelöst und in die



Lesebeispiel Risikoausgleichsansätze ab 2017 gemäss T4

Für die Gruppe der 26- bis 30-jährigen Versicherten liegen sechs unterschiedliche Ansätze vor:

a) Niedrige Arzneimittelkosten im Vorjahr			
i. Kein stationärer Aufenthalt im Vorjahr			
Der Versicherer zahlt für Frauen	1 612	Franken	in den RA
Der Versicherer zahlt für Männer	2 648	Franken	in den RA
ii. Stationärer Aufenthalt im Vorjahr			
Der Versicherer erhält für Frauen	3 298	Franken	aus dem RA
Der Versicherer erhält für Männer	3 891	Franken	aus dem RA
b) Hohe Arzneimittelkosten im Vorjahr			
• Der Versicherer erhält für Versicherte ohne stationären Aufenthalt			
	17 829	Franken	aus dem RA
• Der Versicherer erhält für Versicherte mit stationärem Aufenthalt			
	27 600	Franken	aus dem RA

beiden neuen zusätzlichen Klassen aufgeteilt wurden.

Simulationsrechnungen führten zu den in Tabelle T4 dargestellten Risikoausgleichsansätzen.

Fazit

Die für 2017 vorgesehene Verfeinerung des Risikoausgleichs durch zwei neue Risikogruppen

- Versicherte mit hohem Arzneimittelkonsum ohne Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim
- Versicherte mit hohem Arzneimittelkonsum mit Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim

erhöht die Erklärungskraft (R^2) des Risikoausgleichs gegenüber der aktuellen Ausgleichsformel von 17 auf 28 Prozent. Als Schwellwert für die Kategorie «hoher Arzneimittelkon-

sum» erwies sich der Betrag von 5000 Franken als optimal.

Die Klassifizierung in zwei Gruppen soll in wenigen Jahren durch eine differenziertere Aufteilung in pharmazeutische Kostengruppen abgelöst werden, wodurch die Erklärungskraft des Risikoausgleichsmodells verbessert und die Möglichkeit von Risiko-selektion weiter verringert werden wird.

Lennart Pirktl, Dr. sc. techn., wissenschaftlicher Mitarbeiter, Sektion Prämien und Solvenzaufsicht, BAG
E-Mail: lennart.pirktl@bag.admin.ch

⁴ Pirktl, Lennart, *Communicating Vessels vs. Regression Approach*, Risk Adjustment Network Conference, Delft 2014, S. 4: www.bag.admin.ch/kvstat → Analysen und Beiträge

Änderung von Anhang II des Abkommens über die Personenfreizügigkeit (FZA)

Anhang II des FZA, der die Systeme der sozialen Sicherheit der Vertragsstaaten koordiniert, wurde aktualisiert, damit die Schweiz dieselben Regeln anwenden kann wie die EU-Mitgliedstaaten. Die Änderungen sind am 1. Januar 2015 in Kraft getreten.



Kati Fréhelin
Bundesamt für Sozialversicherungen

Obwohl die Zukunft des FZA nach der Abstimmung vom 9. Februar 2014 ungewiss ist, muss die Anwendbarkeit des Abkommens weiterhin gewährleistet sein. Dazu ist eine effiziente Koordination im Bereich der sozialen Sicherheit unerlässlich.

Die vierte Aktualisierung nimmt die drei neuen EU-Verordnungen (EU) 465/2012, 1244/2010 und 1224/2012 in Anhang II des FZA auf. Die Neuerungen haben für die Schweiz eine beschränkte Tragweite. Sie betreffen hauptsächlich Anpassungen in Zusammenhang mit der Bestimmung des anwendbaren Rechts, die sich aufgrund der Erfahrungen und der Praxis als notwendig erwiesen haben. Bei den anderen Änderungen handelt es sich um technische Anpassungen infolge Änderung der nationalen Gesetzgebung einiger Staaten. Sie müssen ins FZA aufgenommen werden, damit die Listen in den Anhängen aktuell sind und klar ersichtlich ist, welche Bestimmungen die Vertragsstaaten bei der Berechnung ihrer Leistungen anwenden.

Soziale Sicherheit im FZA

Zur Gewährleistung des Rechts auf Freizügigkeit koordiniert das Abkommen über die Personenfreizügigkeit (FZA) die verschiedenen nationalen Sozialversicherungssysteme, ohne sie aber zu vereinheitlichen. Jedes Land behält die Struktur, die Art und den Umfang der Beiträge und der Leistungen seiner Sozialversicherungen bei. Die Personenfreizügigkeit schützt die Ansprüche von Personen, die sich in der Schweiz und der EU oder in den Ländern der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) bewegen.

Das FZA und die Koordinierungsregeln der Verordnung (EG) 883/04 und 987/09, auf die im FZA Bezug genommen wird, finden Anwendung auf Staatsangehörige der Schweiz und der EU-Mitgliedstaaten, die den Rechtsvorschriften der sozialen Sicherheit eines oder mehrerer dieser Länder unterstellt sind oder waren. Zusätzlich haben auch Familienangehörige und Hinterlassene auf bestimmte Leistungen Anspruch.

Die Bestimmungen gelten für alle Zweige der sozialen Sicherheit (Alter, Invalidität, Todesfall, Krankheit, Mutterschaft, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, Arbeitslosigkeit, Familienzulagen). Die Sozialhilfe ist nicht betroffen.

Das FZA gilt für die Schweiz und die Mitgliedstaaten der EU. Eine Erweiterung der EU führt nicht automatisch zu einer Ausdehnung des Geltungsbereichs des FZA.

Änderungen im Bereich Unterstellung

Gewöhnliche unselbstständige Tätigkeit in mehreren Staaten

Grundsätzlich sind Personen nur noch dann in ihrem Wohnstaat versichert, wenn sie dort einen «wesentlichen Teil» (in der Regel mehr als 25 %) der Erwerbstätigkeit ausüben. Diese Regel, die bisher nur auf Tätigkeiten für einen einzigen Arbeitgeber Anwendung fand, wurde auf Tätigkeiten für zwei oder mehrere Arbeitgeber ausgedehnt. Wenn eine Person bei zwei oder mehreren Arbeitgebern beschäftigt ist, von denen mindestens zwei ihren Sitz in verschiedenen Mit-

gliedstaaten ausserhalb des Wohnmitgliedstaates haben, ist sie auch ohne wesentliche Tätigkeit im Wohnstaat wie bisher den Rechtsvorschriften des Wohnstaates unterstellt.

Personen, die für ihren Arbeitgeber (oder mehrere Arbeitgeber mit Sitz im selben Staat) nicht oder nur zu einem unwesentlichen Teil in ihrem Wohnstaat erwerbstätig sind, sind den Rechtsvorschriften des Staates unterstellt, in dem sich der Arbeitgebersitz befindet. Liegt keine wesentliche Tätigkeit im Wohnstaat vor und hat der eine Arbeitgeber Sitz im Wohnstaat, der andere ausserhalb, so gelten neu die Rechtsvorschriften desjenigen Staates, in dem das Unternehmen oder der Arbeitgeber ausserhalb des Wohnstaates seinen Sitz hat.

Flugpersonal

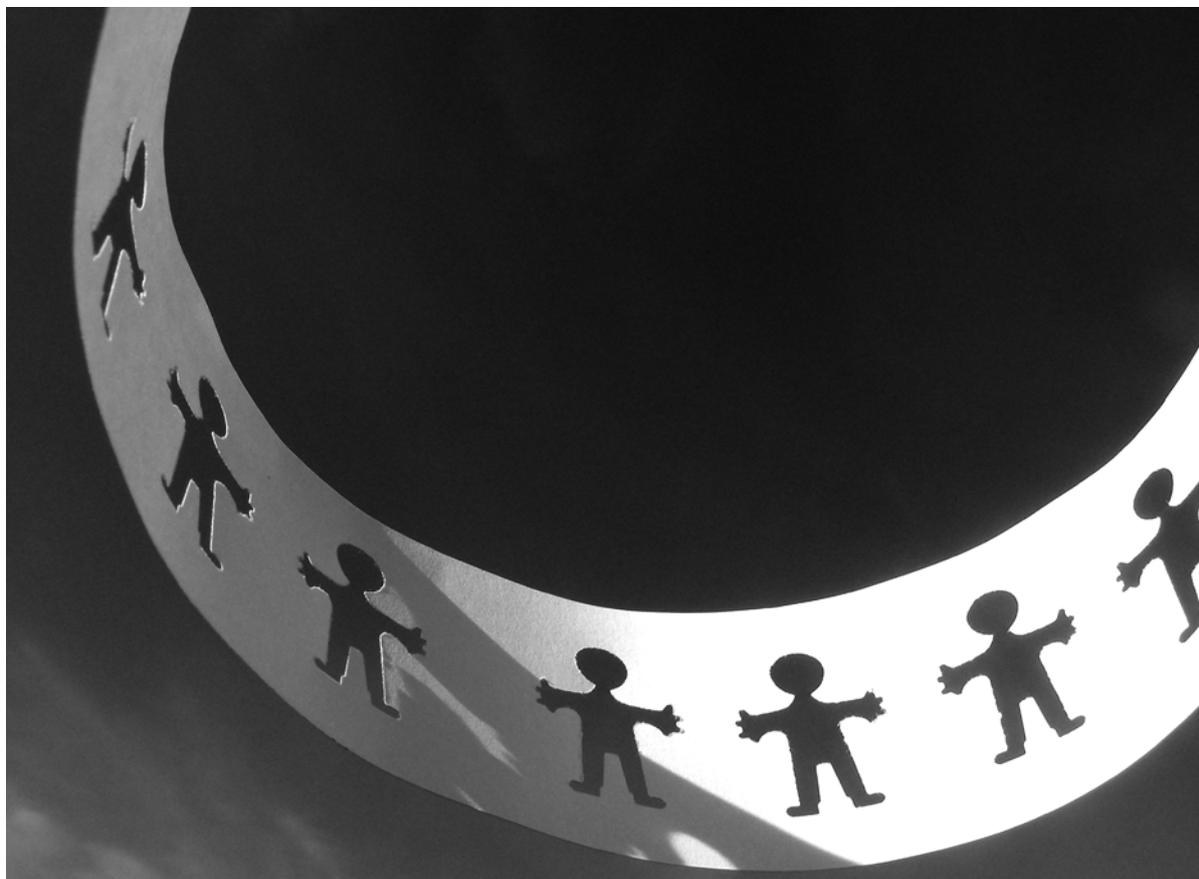
Die Besatzungsmitglieder von Fluggesellschaften sind neu in dem Staat versichert, in dem sich die Heimatbasis befindet. Als Heimatbasis gilt der Ort, wo das Besatzungsmitglied normalerweise eine Dienstzeit oder eine Abfolge von Dienstzeiten beginnt und beendet und wo der Luftfahrtunternehmer normalerweise nicht für die Unterbringung des betreffenden Besatzungsmitgliedes aufkommen muss.

Übergangsfrist von zehn Jahren

Für die geänderten Unterstellungsregelungen gilt eine Übergangsbestimmung von zehn Jahren: Sofern die Versicherungsunterstellung vor dem 1. Januar 2015 festgelegt wurde, bleibt die betroffene Person während längstens zehn Jahren nach Inkrafttreten

der Verordnung den bisherigen Bestimmungen unterstellt, solange der bis dahin vorherrschende Sachverhalt nicht ändert. Die betreffende Person kann aber beantragen, dass die neuen Regelungen Anwendung finden. Für die versicherte Person ist es allerdings vorteilhafter, wenn die anwendbaren Rechtsvorschriften nicht zu häufig wechseln, damit nicht zerstückelte Versicherungszeiten entstehen. Aus diesem Grund verbleibt die versicherte Person grundsätzlich im bisherigen System, ausser sie verlangt ausdrücklich die Anwendung der neuen Bestimmungen.

Kati Fréhelin, Juristin, Bereich Abkommen, Geschäftsfeld Internationale Angelegenheiten, BSV
E-Mail: kati.frechelin@bsv.admin.ch



© S. Hofschlaeger, pixelio.de

Ergänzungsleistungen

14.4004 Motion Kommission für Wirtschaft und Abgaben vom 4.11.2014: Steuerbarkeit von Unterstützungsleistungen und steuerliche Entlastung des Existenzminimums

Die Kommission für Wirtschaft und Abgaben im Ständerat hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, die Bundesgesetzgebung (namentlich die Bestimmungen des Bundesgesetzes über die direkte Bundessteuer und des Steuerharmonisierungsgesetzes) dahingehend zu revidieren, dass Unterstützungsleistungen aus öffentlichen und privaten Mitteln und die Einkünfte aufgrund der Bundesgesetzgebung über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung im Sinne der Gleichbehandlung der Einkommenssteuer unterstellt werden und gleichzeitig das Existenzminimum steuerlich entlastet wird.»

Antrag des Bundesrats vom 28.11.2014

Der Bundesrat beantragt die Annahme der Motion.

Familie, Generationen und Gesellschaft

14.3799 Motion Frehner, Sebastian vom 24.9.2014: Vaterschaftstest ohne Einwilligung der Mutter

Nationalrat Sebastian Frehner (SVP, BS) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament eine Gesetzesänderung zu unterbreiten, welche Vaterschaftstests für Väter auch ohne Einwilligung der Mutter möglich macht.»

Antrag des Bundesrats vom 28.11.2014

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Krankenversicherung

14.3861 Motion Humbel, Ruth vom 25.9.2014: Wirksame Taggeldversicherung bei Erwerbsausfall durch Krankheit

Nationalrätin Ruth Humbel (CVP, AG) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament eine Gesetzesrevision vorzulegen, welche allen Erwerbstätigen einen wirksamen Versicherungsschutz bei Erwerbsausfall durch Krankheit garantiert.»

Antrag des Bundesrats vom 5.12.2014

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Sozialpolitik

14.3754 Motion Heer, Alfred vom 22.9.2014: Kindes- und Erwachsenenschutz. Anpassung

Nationalrat Alfred Heer (SVP, ZH) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, die Anpassung der gesetzlichen Grundlagen, insbesondere von Artikel 440 ZGB, einzuleiten, sodass die Mitsprache der Gemeinden im Bereich des Kindes- und Erwachsenenschutzes gewährleistet ist. Im Rahmen der Gemeindeautonomie soll die sogenannte Professionalisierung und Zentralisierung im Vormundschaftswesen gebremst oder rückgängig gemacht werden können.»

Antrag des Bundesrats vom 28.11.2014

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

14.3890 Motion Sozialdemokratische Fraktion (Sprecherin Schenker, Silvia) vom 25.9.2014: Strategie zur Reduktion der Abhängigkeit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen von der Sozialhilfe

Die Sozialdemokratische Fraktion im Nationalrat hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, in Zusammenarbeit mit den Kantonen und den zuständigen Fachorganisationen eine Strategie mit einem Masterplan (inklusive allfälliger Gesetzesänderungen) auszuarbeiten und dem Parlament vorzulegen, mit der die Abhängigkeit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen reduziert werden kann.

Gemäss dem von der Städteinitiative Sozialpolitik publizierten Kennzahlenvergleich zur Sozialhilfe in den Schweizer Städten (Berichtsjahr 2013) ist es nach wie vor so, dass Kinder und Jugendliche sowie die jungen Erwachsenen in allen Städten die Altersgruppe mit den höchsten Anteilen unter den Sozialhilfebeziehenden sind. Es ist erwiesen und unbestritten, dass eine Berufsausbildung der beste Weg aus der Armut ist. Demzufolge kann die Zahl der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Sozialhilfe durch vermehrte und verstärkte Anstrengungen im Bereich der Berufsberatung, Unterstützung bei der Stellensuche und andere Integrationsangebote wie Coaching usw. positiv beeinflusst werden.

Eines der Probleme in der Praxis sind die unterschiedlichen Zuständigkeiten in dieser wichtigen Lebensphase der jungen Menschen. Eine kontinuierliche Unterstützung der Jugendlichen beim Übergang von der Schule bis zum gelungenen Einstieg ins Erwerbsleben wäre sehr hilfreich. In diesem Zusammenhang und vor diesem Hintergrund wird der Bundesrat gebeten, in einem Bericht darzulegen, mit welcher Strategie bessere Ergebnisse erzielt werden können. Insbesondere ist zu prüfen, wo es Modelle gibt, die erfolgreich sind, und wie diese allenfalls andernorts eingeführt werden können. Beispielhaft sei an dieser Stelle das Modell des Kantons Waadt (Stipendien statt Sozialhilfe) genannt.»

**Antrag des Bundesrats vom
5.12.2014**

Der Bundesrat beantragt die Annahme der Motion.

**14.3927 Motion Fetz, Anita
vom 4.11.2014: Fonds für
Qualifizierungsoffensive in der
beruflichen Grundbildung von
Bund, Kantonen und
Organisationen der Arbeitswelt**

Ständerätin Anita Fetz (SP,BS) hat folgende Motion eingereicht:

«1. Der Bund unterstützt die Kantone bei einer mehrjährigen Qualifizierungsoffensive im Berufsbildungsbereich, namentlich in der beruflichen Grundbildung.

2. Der Bund soll während vier Jahren jährlich maximal 50 Millionen Schweizer Franken für die Qualifizierungsoffensive den Kantonen zur Verfügung stellen. Diese finanzieren damit die Bildungskosten sowie allfälligen Erwerbsersatz für Qualifizierungswillige im Bereich Nachholbildung und Berufsintegrationsmassnahmen (u. a. Nachholen Berufsabschluss, arbeitsmarktorientierte Förderung der Grundkompetenzen, Validierung, Wiedereinstieg usw.).

3. Der Finanzierungsschlüssel zwischen Bund und Kantonen erfolgt analog der Projektfinanzierung (60 zu 40).

4. Die Qualifizierungsoffensive wird von einer nationalen Informations- und Sensibilisierungskampagne begleitet.

5. Den Vollzug der Qualifizierungsoffensive gewährleisten die Kantone in Zusammenarbeit mit den Organisationen der Arbeitswelt. Mitnahmeeffekte sind zu vermeiden.

6. Der Bund informiert jährlich über die Ergebnisse in den Kantonen.»

**Antrag des Bundesrats vom
28.11.2014**

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.



Die «Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2014» ist erschienen. Sie gibt einen Überblick über die Finanzen der Sozialversicherungen der Jahre 2012 und 2013 sowie die Entwicklung seit der Finanzen seit 1990.

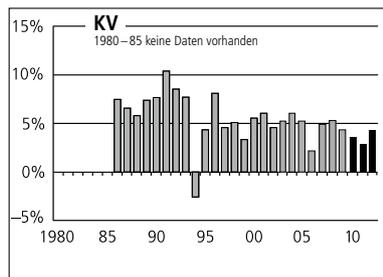
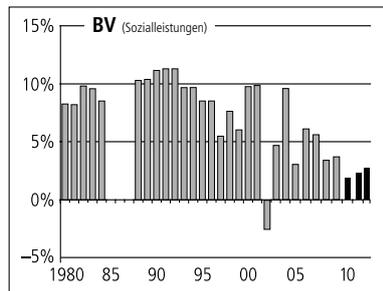
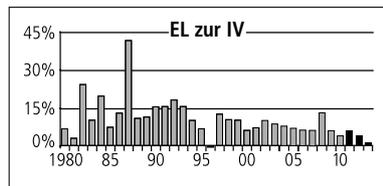
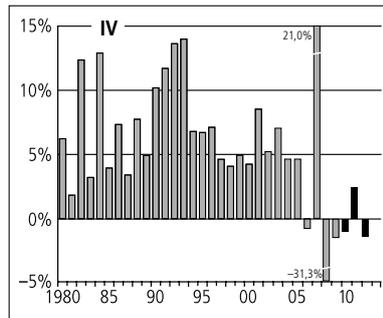
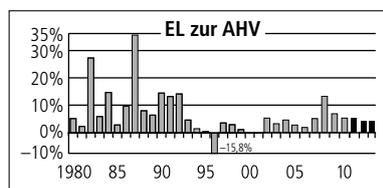
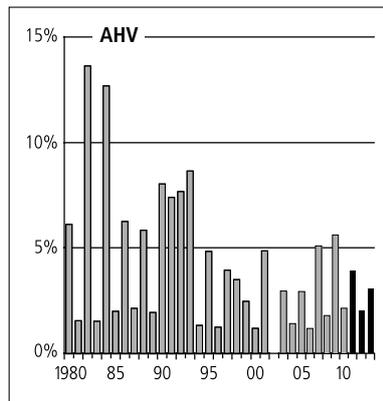
Bestellung gedruckter Exemplare unter www.bundespublikationen.admin.ch (Bestellnummer 318.122.14D)

Gesetzgebung: Vorlagen des Bundesrats (Stand 31. Januar 2015)

Vorlage: Geschäftsnr. Curia Vista	Datum der Botschaft	Publ. im Bundesblatt	Erstrat		Zweitrat		Schluss- abstimmung (Publ. im BBl)	Inkrafttreten/ Volksentscheid
			Kommission	Plenum	Kommission	Plenum		
Bundesgesetz über die Reform der Altersvorsorge 2020: 14.088	19.11.14	BBl 2015, 1	SGK-S 15./16.1.15					
Änderung des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen (Anrechenbare Mietzinsmaxima): 14.098	17.12.14							
Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung: 12.027	15.2.12	BBl 2012, 1941	SGK-S 17.4., 21.5., 18.6., 22./23.8., 21./22.10., 15.11.12; 21.1.13; 11.9.14	SR 18.3.13, 4.3.14 (Ablehnung Rückweisung) 16.9., 22.9.14	SGK-N 23.5., 24./25.10.13, 20./21.2., 26./27.5., 26./27.6., 14.8.14	NR 4./5.12.13 (Rückweisung an den Bundesrat), 10.3.14 (Zustimmung; keine Rückweisung) 9.9., 17.9.14	26.9.14	
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Risikoausgleich; Trennung von Grund- und Zusatzversicherung): 13.080	20.9.13	BBl 2013, 7953	SGK-S 15.1.15					
Bundesgesetz über die Unfallversicherung. Änderung: 08.047	30.5.08	BBl 2008, 5395	SGK-N 20.6., 9.9., 16.10., 6./7.11.08; 15./16.1., 12./13.2., 26./27.3., 27.8., 9.10., 29.10.09; 28.1., 24.6.10, 13./14.11.14; 19./20.2.15	NR 11.6.09 (Rückweisung des Entwurfs 1 an SGK-N, Sistierung des Entwurfs 2), 22.9.10 (Rückweisung der Vorlage 1 an den Bundesrat)	SGK-S 31.1.11	SR 1.3.11 (Rückweisung des Entwurfs 1 an den Bundesrat, Zustimmung zur Sistierung des Entwurfs 2)		
Soziale Sicherheit. Abkommen mit Brasilien: 14.075	5.11.14	BBl 2014, 8833						
Soziale Sicherheit. Abkommen mit Uruguay: 14.017	12.2.14	BBl 2014, 1733	SGK-S 3./4.4.14	SR 13.6.14		NR 24.11.14		
ZGB. Vorsorgeausgleich bei Scheidung: 13.049	29.5.13	BBl 2013, 4887	RK-S 1./2.7., 27.8., 14.11.13; 15.1., 15.5.14	SR 12.6.14	RK-N 13./14.11.14			
Volksinitiative «Familien stärken! Steuerfreie Kinder- und Ausbildungszulagen. Volksinitiative»: 13.084	23.10.13	BBl 2013, 8461	FK-N 30./31.1.14 WAK-N 24./25.2., 7./8.4.14	NR 4.6.14	FK-S 24./25.3.14 WAK-S 30.6./1.7.14	SR 15.9.14	26.9.14	8.3.15
Volksinitiative «AHVplus: für eine starke AHV»: 14.087	19.11.14	BBl 2014, 9281						
Volksinitiative «Für Ehe und Familie – gegen die Heiratsstrafe»: 13.085	23.10.13	BBl 2013, 8513	FK-N 30./31.1.14 WAK-N 24./25.2., 7./8.4., 19./20.5., 23.6., 10.11.14	NR 10.12.14	FK-S 24./25.3.14	SR 11.12.14		
Volksinitiative «Erbschaftssteuerreform»: 13.107	13.12.13	BBl 2014, 125	WAK-S 27./28.3., 25.8.14 SPK-S 21.8.14	SR 3.6.14 (Rückweisung an WAK) 24.9.14	WAK-N 20./21.10.14	NR 8.12.14	12.12.14	
Volksinitiative «Für ein bedingungsloses Grundeinkommen» 14.058	27.8.14	BBl 2014, 6551	FK-N 13./14.10.14 SGK-N 13./14.11.14					

NR = Nationalrat / NRK = Vorberatende Kommission des Nationalrates / SR = Ständerat / SRK = Vorberatende Kommission des Ständerates / WAK = Kommission für Wirtschaft und Abgaben / SGK = Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit / RK = Kommission für Rechtsfragen / SIK = Sicherheitskommission / SPK = Staatspolitische Kommission / FK = Finanzkommission

Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



AHV		1990	2000	2010	2012	2013	Veränderung in % VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	20 355	28 792	38 495	40 824	40 884	0,1%
davon Beiträge Vers./AG		16 029	20 482	27 461	28 875	29 539	2,3%
davon Beiträge öff. Hand		3 666	7 417	9 776	10 177	10 441	2,6%
Ausgaben		18 328	27 722	36 604	38 798	39 976	3,0%
davon Sozialleistungen		18 269	27 627	36 442	38 612	39 781	3,0%
Total Betriebsergebnis		2 027	1 070	1 891	2 026	908	-55,2%
Kapital²		18 157	22 720	44 158	42 173	43 080	2,2%
BezügerInnen AV-Renten	Personen	1 225 388	1 515 954	1 981 207	2 088 396	2 142 753	2,6%
BezügerInnen Witwen/r-Renten		74 651	79 715	120 623	128 744	133 343	3,6%
AHV-Beitragszahlende		4 289 839	4 548 926	5 217 000	5 364 000	5 423 000	1,1%

EL zur AHV		1990	2000	2010	2012	2013	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	1 124	1 441	2 324	2 525	2 605	3,2%
davon Beiträge Bund		260	318	599	644	668	3,7%
davon Beiträge Kantone		864	1 123	1 725	1 880	1 937	3,0%
BezügerInnen	(Personen, bis 1997 Fälle)	120 684	140 842	171 552	184 989	189 347	2,4%

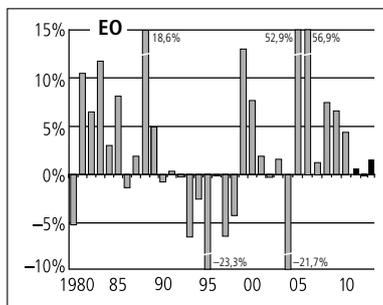
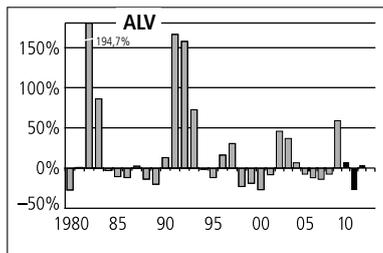
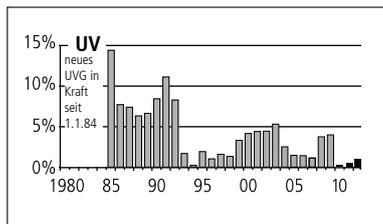
IV		1990	2000	2010	2012	2013	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	4 412	7 897	8 176	9 889	9 892	0,0%
davon Beiträge Vers./AG		2 307	3 437	4 605	4 840	4 951	2,3%
Ausgaben		4 133	8 718	9 220	9 295	9 306	0,1%
davon Renten		2 376	5 126	6 080	5 941	5 892	-0,8%
Total Betriebsergebnis		278	-820	-1 045	595	586	-1,5%
Schulden gegenüber der AHV		-6	2 306	14 944	14 352	13 765	-4,1%
IV Fonds²		-	-	-	5 000	5 000	0,0%
BezügerInnen IV-Renten	Personen	164 329	235 529	279 527	271 010	265 120	-2,2%

EL zur IV		1990	2000	2010	2012	2013	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	309	847	1 751	1 911	1 923	0,6%
davon Beiträge Bund		69	182	638	686	678	-1,2%
davon Beiträge Kantone		241	665	1 113	1 225	1 245	1,6%
BezügerInnen	(Personen, bis 1997 Fälle)	30 695	61 817	105 596	110 179	111 400	1,1%

BV/2.Säule Quelle: BFS/BSV		1990	2000	2010	2012	2013	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	32 882	46 051	62 107	63 427	...	3,0%
davon Beiträge AN		7 704	10 294	15 782	16 944	...	3,2%
davon Beiträge AG		13 156	15 548	25 432	25 196	...	-0,6%
davon Kapitalertrag		10 977	16 552	15 603	15 294	...	4,0%
Ausgaben		15 727	31 605	43 721	47 546	...	9,7%
davon Sozialleistungen		8 737	20 236	30 912	32 657	...	3,3%
Kapital		207 200	475 000	617 500	667 300	...	7,5%
RentenbezügerInnen	Bezüger	508 000	748 124	980 163	1 026 933	...	2,4%

KV Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKPV		1990	2000	2010	2012	2013	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	8 869	13 930	22 528	24 992	...	5,0%
davon Prämien (Soll)		6 954	13 442	22 051	24 458	...	3,5%
Ausgaben		8 417	14 056	22 123	23 584	...	3,9%
davon Leistungen		8 204	15 478	24 292	25 901	...	3,9%
davon Kostenbeteiligung d. Vers.		-801	-2 288	-3 409	-3 705	...	3,6%
Rechnungssaldo		451	-126	405	1 408	...	29,3%
Kapital		5 758	6 935	8 651	12 235	...	26,8%
Prämienverbilligung		332	2 545	3 980	3 968	...	-2,5%

Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



UV alle UV-Träger		1990	2000	2010	2012	2013	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	4 181	5 992	7 863	7 599	...	-3,6%
davon Beiträge AN/AG		3 341	4 671	6 303	6 117	...	-3,6%
Ausgaben		3 259	4 546	5 993	6 199	...	2,2%
davon direkte Leistungen inkl. TZL		2 743	3 886	5 170	5 361	...	2,3%
Rechnungssaldo		923	1 446	1 870	1 401	...	-22,9%
Kapital		12 553	27 322	42 817	47 151	...	5,0%

ALV Quelle: seco		1990	2000	2010	2012	2013	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	736	6 230	5 752	6 958	6 890	-1,0%
davon Beiträge AN/AG		609	5 967	5 210	6 350	6 269	-1,3%
davon Subventionen		-	225	536	599	611	2,0%
Ausgaben		452	3 295	7 457	5 800	6 302	8,7%
Rechnungssaldo		284	2 935	-1 705	1 158	587	-49,3%
Kapital		2 924	-3 157	-6 259	-3 474	-2 886	-16,9%
BezügerInnen ³	Total	58 503	207 074	322 684	279 023	296 151	6,1%

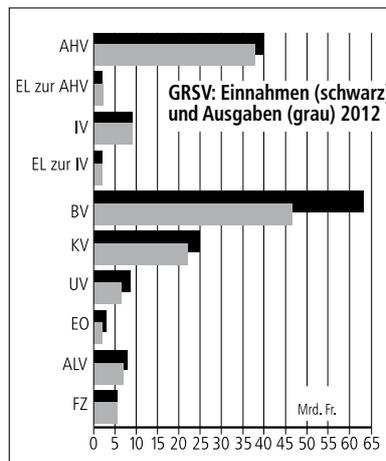
EO		1990	2000	2010	2012	2013	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	1 060	872	1 006	1 753	1 779	1,5%
davon Beiträge		958	734	985	1 727	1 766	2,3%
Ausgaben		885	680	1 603	1 606	1 638	2,0%
Total Betriebsergebnis		175	192	-597	148	141	-4,5%
Kapital		2 657	3 455	412	657	798	21,5%

FZ		1990	2000	2010	2012	2013	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	2 689	3 974	5 074	5 465	...	6,5%
davon FZ Landwirtschaft		112	139	149	138	...	-2,6%

Gesamtrechnung der Sozialversicherungen GRSV* 2012

Sozialversicherungszweig	Einnahmen Mio. Fr.	Veränderung 2011/2012	Ausgaben Mio. Fr.	Veränderung 2011/2012	Rechnungs- saldo Mio. Fr.	Kapital Mio. Fr.
AHV (GRSV)	39 867	1,8%	38 798	2,0%	1 070	42 173
EL zur AHV (GRSV)	2 525	3,5%	2 525	3,5%	-	-
IV (GRSV)	9 760	2,7%	9 295	-2,0%	465	-9 352
EL zur IV (GRSV)	1 911	4,1%	1 911	4,1%	-	-
BV (GRSV) (Schätzung)	63 427	3,0%	47 546	9,7%	15 880	667 300
KV (GRSV)	24 992	5,0%	23 584	3,9%	1 408	12 235
UV (GRSV)	7 599	-3,6%	6 199	2,2%	1 401	47 151
EO (GRSV)	1 736	1,5%	1 606	-0,3%	130	657
ALV (GRSV)	6 958	-3,7%	5 800	3,7%	1 158	-3 474
FZ (GRSV)	5 465	6,5%	5 435	4,6%	31	1 203
Konsolidiertes Total (GRSV)	163 623	2,5%	142 081	4,7%	21 542	757 894

*GRSV heisst: Gemäss den Definitionen der Gesamtrechnung der Sozialversicherungen, Die Angaben können deshalb von den Betriebsrechnungen der einzelnen Sozialversicherungen abweichen, Die Einnahmen sind ohne Kapitalwertänderungen berechnet, die Ausgaben ohne Rückstellungs- und Reservenbildung,



Volkswirtschaftliche Kennzahlen

	2000	2005	2009	2010	2011	2012
Soziallastquote ⁴ (Indikator gemäss GRSV)	25,3%	26,2%	25,9%	25,9%	26,4%	26,8%
Sozialleistungsquote ⁵ (Indikator gemäss GRSV)	19,1%	21,4%	21,0%	20,7%	20,5%	20,8%

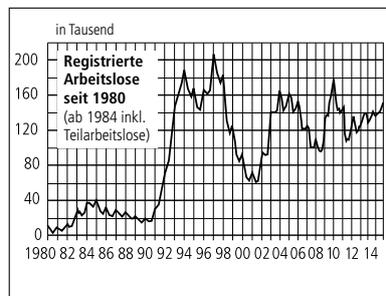
Arbeitslose

	Ø 2012	Ø 2013	Ø 2014	Nov 14	Dez 14	Jan 15
Registrierte Arbeitslose	125 594	136 524	136 764	136 552	147 369	150 946
Arbeitslosenquote ⁶	2,9%	3,2%	3,2%	3,2%	3,4%	3,5%

Demografie

Basis: Szenario A-17-2010, «Wanderungssaldo 40 000»

	2012	2015	2020	2030	2040	2050
Jugendquotient ⁷	33,2%	32,9%	33,2%	35,0%	34,3%	34,0%
Altersquotient ⁷	29,2%	31,1%	33,7%	42,6%	48,0%	50,4%



- 1 Veränderungsrate des letzten verfügbaren Jahres.
- 2 Überweisung von 5 Mrd. Franken per 1.1.2011 vom AHV- zum IV-Kapitalkonto.
- 3 Daten zur Arbeitslosigkeit finden Sie weiter unten.
- 4 Verhältnis Sozialversicherungseinnahmen zum Bruttoinlandprodukt in %.
- 5 Verhältnis Sozialversicherungsleistungen zum Bruttoinlandprodukt in %.

- 6 Anteil der registrierten Arbeitslosen an der Zahl der erwerbstätigen Wohnbevölkerung.
- 7 Jugendquotient: Jugendliche (0–19-Jährige) im Verhältnis zu den Aktiven. Altersquotient: RentnerInnen (M < 65-jährig / F < 64-jährig) im Verhältnis zu den Aktiven. Aktive: 20-Jährige bis Erreichen Rentenalter (M 65 / F 64).

Quelle: Schweiz. Sozialversicherungsstatistik 2014 des BSV; seco, BFS.
Auskunft: salome.schuepbach@bsv.admin.ch

Agenda

Tagungen, Seminare, Lehrgänge

Datum	Veranstaltung	Ort	Auskünfte
11.3.2015	SKOS: Nationale Tagung Kurz, lang, dauerhaft; Langzeitbezug in der Sozialhilfe	Biel	www.skos.ch → Veranstaltungen
16./17.3.; 23./24.3.2015	Menschen mit psychischer Behinderung am Arbeitsplatz und im Wohnbereich – Aufbaukurs I	Kirchgemeinde Neumünster Zürich	Agogis-Weiterbildung Röntgenstrasse 16, Postfach 8031 Zürich Tel. 043 366 71 40 www.agogis.ch → Weiterbildung
19.3.2015	Luzerner Tagung zum Sozialhilferecht: Invaliden- versicherung und Sozialhilfe – Schnittstelle Eingliederung	Hochschule Luzern – Soziale Arbeit	Jlanit Schumacher 041 367 48 83 jlanit.schumacher@hslu.ch www.hslu.ch → Agenda
26.3.2015, 23.4.2015, 7.5.2015	Eat and more ... Haftpflicht- und Versicherungsrecht «at noon»	Brasserie LIPP	Universität St. Gallen Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis Bodanstrasse 4, 9000 St. Gallen Tel. 071 224 24 24, Fax 071 224 28 83 irp@unisg.ch, www.irp.unisg.ch
13./14.4.2015	Arbeitsplatzakquisition für Fortgeschrittene	Juventus KLZ, Zürich	Agogis-Weiterbildung Röntgenstrasse 16, Postfach 8031 Zürich Tel. 043 366 71 40 www.agogis.ch → Weiterbildung
15.–17.4.2015	Gerontologie-Symposium Schweiz	Kornhausforum Bern	Pro Senectute Schweiz, Berner Fachhochschule Pamela Fecke pamela.fecke@bfh.ch Tel. 031 848 36 70 Stefanie Graf stefanie.graf@pro-senectute.ch Tel. 044 283 89 41
22.4.2015	BVG-Tagung 2015	Grand Casino Luzern	Universität St. Gallen Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis www.irp.unisg.ch → Tagungen
24.4.2015	«Auf der Zielgeraden?! – Wel- che Chancen das Leben ab 50 bietet. Und wie man sie nutzt.» (Hinweis)	Stadttheater Olten	solodaris@solodaris.ch Telefon 032 628 33 33 solodaris.ch → Stiftung → Aare Forum
7.5.2015	RVK-Forum 2015 Nach dem Nein zur Einheitskasse	Verkehrshaus der Schweiz Luzern	RVK Haldenstrasse 25 6006 Luzern Tel. 041 417 05 00 forum@rvk.ch www.rvk.ch
7.5.2015	Luzerner Tagung zum Kindes- und Erwachsenenschutz	Messe Luzern	Hochschule Luzern Jlanit Schumacher Tel. 041 367 48 83 jlanit.schumacher@hslu.ch www.hslu.ch → Agenda
21./22.5.2015	3. Nationale Konferenz Jugend und Gewalt (Hinweis)	Lugano	www.jugendundgewalt.ch → Vernetzung → Nationale Konferenzen
29./30.5, 12./13.6.2015	Arbeitsrechtliche Herausfor- derungen im Sozial- und Gesundheitswesen	Hochschule Luzern – Wirtschaft	Hochschule Luzern Céline Meyer celine.meyer@hslu.ch Tel. 041 228 41 55 www.hslu.ch/arbeitsrecht
9.6.2015	Sozialversicherungsrechts- tagung 2015	Grand Casino Luzern	Universität St. Gallen Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis www.irp.unisg.ch → Tagungen

«Auf der Zielgeraden?! – Welche Chancen das Leben ab 50 bietet. Und wie man sie nutzt.»

Mit Fünfzig ist die Pensionierung zumindest in Sichtweite. Doch wo man früher «im Ziel» war, wartet heute eine zweite Lebenshälfte mit entsprechenden Fragen: Lohnt sich eine komplette Neuorientierung im Job oder privat? Welchen Stellenwert hat Erfahrungswissen? Und was versprechen sich Arbeitgeber davon, bewusst auf «Oldies» zu setzen? Am 24. April 2015 stossen vier weitere Persönlichkeiten zum Aare Forum, die für klare Analysen und kluge Statements stehen: Marianne Probst Colombage, Leiterin HR-Beratung bei PostMail, Benno Frick, Inhaber einer Agentur für Marketingkommunikation, Colette Carmen Camenisch, Fachärztin FMH für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, und Kurt Aeschbacher, Herausgeber des Magazins «50plus».

3. Nationale Konferenz Jugend und Gewalt in Lugano

Die gemeinsam vom Bundesamt für Sozialversicherungen, vom Kanton Tessin und von der Stadt Lugano organisierte 3. Nationale Konferenz Jugend und Gewalt zieht Bilanz über die Programmaktivitäten der letzten fünf Jahre auf allen Ebenen und liefert Ansatzpunkte dazu, wie die Aktivitäten und Vernetzungsstrukturen langfristig verankert werden können. Plenarvorträge, Diskussionen und Workshops befassen sich aus verschiedenen Blickwinkeln mit der Frage und beleuchten die künftigen Herausforderungen der Gewaltprävention in der Schweiz. Die nationale Konferenz richtet sich an die für die Gewaltprävention auf kantonaler und kommunaler Ebene zuständigen politischen und fachlichen Akteure, an interessierte Bundesstellen sowie Fachleute aus Praxis und Wissenschaft.

Literatur

Altersvorsorge

Die Säulen der Altersvorsorge. Alles Wissenswerte zur Ruhestandsplanung, hg. von Neue Zürcher Zeitung, Zürich 2014, Neue Zürcher Zeitung, CHF 12.–, nur als E-Book erhältlich

Die Artikel der zwölfteiligen Vorsorge-Serie der Neuen Zürcher Zeitung als E-Book. Diese unabhängige und kompakte Auslegeordnung zu Themen wie Eigenheim, Frühpensionierung und Wechsel ins Ausland hilft Ihnen, Ihre persönliche Vorsorgeplanung besser einzuordnen.

Bischofberger, Alois, **Reformimpulse aus Schweden. Anregungen für die schweizerische Altersvorsorge**, Zürich 2014, Avenir Suisse, CHF 11.–, Diskussionspapier

Das schweizerische System der Altersvorsorge braucht dringend Reformen, damit der demografische Wandel bewältigt werden kann. Von Schweden kann die Schweiz viel lernen: Bereits in den 1990er-Jahren wurden die dortigen Vorsorgeeinrichtungen einem radikalen Umbau unterzogen. Der Erfolg lässt sich sehen: Die Finanzierung ist nachhaltig, die finanzielle Stabilität blieb auch während der Finanz- und Wirtschaftskrise intakt, Umverteilungen erfolgen auf transparente Weise und schwedische Bürger haben im neuen System mehr Wahlmöglichkeiten.

Arbeitswelt

Gross, Rainer, **Angst bei der Arbeit – Angst um die Arbeit. Psychische Belastungen im Berufsleben**, Bern 2015, Huber, CHF 35.50, ISBN 978-3-45685-401-4

Burnout und Depression sind inzwischen weit verbreitete Phänomene in der Arbeitswelt. Doch meist geht ihnen eine lange Geschichte voraus – eine Geschichte der Angst. Viele Menschen sorgen sich, den ständig

wachsenden Anforderungen, der Beschleunigung und Optimierung, dem Druck an allen Fronten nicht mehr gewachsen zu sein. Sie haben Angst vor dem Scheitern, vor Exklusion, sozialem Abstieg, vor Kündigung. Oft fällt es schwer, zwischen äusseren Belastungsfaktoren und individuellen Befindlichkeiten zu unterscheiden. Rainer Gross analysiert die verschiedenen Formen der Angst in der Arbeitswelt und hilft Betroffenen, die Fähigkeit zur Selbstreflexion zu stärken. Was sind innere Muster, die diesen Ängsten zugrunde liegen, was hat es z. B. mit dem Zwang zum Erfolg auf sich? Warum können sich manche Menschen gegen Überforderung besser wehren als andere, und welche Rolle spielt dabei die Resilienz? Anhand von Fallbeispielen und eines Praxisteils bietet das Buch Betroffenen auch bewährte Hilfestellungen, z. B. zur Selbststeuerungsfähigkeit, zur Achtsamkeit und Empathie. Dennoch, so Rainer Gross, sei am Ende die Frage erlaubt: Reicht es wirklich, unser Verhalten zu ändern, oder braucht es auch eine andere Arbeitswelt?

Klaus, Hans et al., **Einstellung Personalverantwortlicher zur Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen**, Wiesbaden 2015, Springer VS, CHF 35.–, ISBN 978-3-658-07196-7

Im Sinne der Leitidee Inklusion soll jeder Mensch an der Gesellschaft teilhaben können – auch am Arbeitsleben. Menschen mit Behinderungen sind jedoch trotz vielfältiger Appelle, Gesetze und Steuerungsanreize am allgemeinen Arbeitsmarkt deutlich unterrepräsentiert. Die Autorinnen und der Autor dieses Buches diskutieren anhand von Befunden qualitativer und quantitativer Forschung, inwieweit die persönlichen Einstellungen von Personalverantwortlichen zu Menschen mit Behinderungen betriebliche Personalmassnahmen beeinflussen – und wie sich diese Einstellungen bearbeiten lassen.

Ruckriegel, Karlheinz et al., **Gesundes Führen mit Erkenntnissen der**

Glücksforschung, Freiburg i. Br. 2014, Haufe-Gruppe, EUR 29.95, ISBN 978-3-648-05588-5.

Führungskräfte sind täglich grossen Herausforderungen ausgesetzt, zunehmend auch hohen psychischen Belastungen. Doch wie erreicht man dennoch ein sinnerfülltes (Berufs) Leben? Mit Erkenntnissen aus der aktuellen Glücksforschung sowie aus der Psychologie und der Managementlehre spannt das Buch einen faszinierenden Bogen: von der Analyse heutiger Arbeitsbedingungen und ihren gesundheitlichen Auswirkungen bis hin zu konkreten Handlungsempfehlungen für eine gesundheitsorientierte Betriebsführung. Im Fokus stehen dabei Gesundheit, Lebensqualität, Mitarbeitermotivation und Unternehmensproduktivität.

Familie, Generationen, Gesellschaft

Cosandey, Jérôme, **Generationenungerechtigkeit überwinden**, Zürich 2014, Avenir Suisse und Verlag Neue Zürcher Zeitung, CHF 38.–, ISBN 978-3-03823-936-9

Die Alterung der Gesellschaft wird die Gewichte zwischen den Generationen massiv verschieben. Was sind die richtigen Antworten darauf? Im Buch «Generationenungerechtigkeit überwinden: Revisionsvorschläge für einen veralteten Vertrag» beginnt Jérôme Cosandey mit einer Auslegeordnung des vielstrapazierten Begriffs «Generationenvertrag» – und stellt fest: Dieser regelt viel mehr als die Finanzierung der Altersvorsorge. Auch stehen sich nicht einfach «Jung» und «Alt» gegenüber, sondern gleich vier Generationen mit wechselseitigen Abhängigkeiten: Kinder und Jugendliche, Erwerbstätige, Jungrentner und Hochbetagte. Im vorliegenden Buch finden Sie einen Strauss von Vorschlägen, die der Sicherung der Generationensolidarität in der Zukunft dienen. Die Massnahmen im privaten und im öffentlichen Umfeld bezwecken unter anderem eine gene-

rationengerechte Schuldenpolitik und eine gezielte Entlastung der Erwerbsbevölkerung. Ferner präsentiert Avenir Suisse einen konkreten Vorschlag zur Finanzierung der Alterspflege, der die Eigenverantwortung und die Selbstbestimmung fördert. Er erhält vor dem Hintergrund der aktuellen Debatte um die Frage des Kapitalbezugs aus der zweiten Säule und die Neuorganisation der Ergänzungsleistungen zusätzliches Gewicht.

Invalidenversicherung

Parpan-Blaser, Anne et al., **«Etwas machen. Geld verdienen. Leute sehen.» Arbeitsbiografien von Menschen mit Beeinträchtigungen**, Bern 2014, Edition SZH/CSPS, CHF 36.–, ISBN 978-3-905890-18-1

Im Buch werden die Ergebnisse der Studie «Arbeitsbiografische Verläufe nach einer IV-Anlehre oder Praktischen Ausbildung (PrA)» vorgestellt, welche auf der qualitativen Befragung von Absolventinnen und Absolventen sowie von Personen aus ihrem Arbeitsumfeld basiert. Die Sicht der Betroffenen auf Berufsfindung, Ausbildungsgeschehen und Arbeitsstellen steht dabei im Vordergrund. Die Arbeitsbiografien von Personen, die zwischen den Jahren 1995 und 2010

eine IV-Anlehre oder PrA abgeschlossen haben, zeigen auf, dass die Ausbildung zwar eine Investition in die Zukunft darstellt; sich ihre persönliche, soziale oder wirtschaftliche Bedeutung aber erst in einem dynamischen Prozess entfaltet. Dies spricht für eine sorgfältige Übergangsgestaltung und Formen der Begleitung, die nicht nur das kurzfristige Erlangen eines Ausbildungsplatzes oder einer Arbeitsstelle im Blick haben. Die Publikation richtet sich an Fachpersonen und Studierende der Sonder- und Sozialpädagogik, an Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie an Interessierte aus der Bildungs- und Sozialpolitik.

Varia

Tausend Tode schreiben, hg. von Christiane Frohmann, Berlin 2014, Frohmann Verlag, CHF 6.–, 978-3-944195-55-1, nur als E-Book erhältlich

Die Idee war und ist, in Form von tausend kurzen Texten tausend höchst subjektive Ansichten auf den Tod zu versammeln, damit diese zusammenwirkend einen transpersonalen Metatext über den Tod schreiben, aus dem wiederum ein plausibles Bild dessen entsteht, wie der Tod in der

heutigen Gesellschaft wahrgenommen wird, welche Realität er hat, wie und was er ist. Ich habe Autorinnen und Autoren angesprochen und Menschen, die beruflich oder privat mit dem Tod zu tun haben. Viele dieser Menschen haben weitere Mitwirkende dazugeholt. Wer von den Leserinnen und Leser dieses E-Books selbst einen Text zum Tod geschrieben hat oder in sich trägt, kann diesen ebenfalls zu «Tausend Tode schreiben» beitragen (verlag@cfrohmann.com), weil noch drei weitere Versionen erscheinen werden.

Tribbia, Selina, **Sozialräumliche Segregation in der Schweiz und der Fachdiskurs der sozialen Arbeit**, Bern 2014, Edition Soziothek (Masterarbeit), kostenlos, 978-3-03796-525-2, nur als E-Book erhältlich

Die Entstehung von segregierten Wohngebieten in Städten wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst, die in dieser Arbeit dargelegt werden. Der Mietwohnungsmarkt ist in der Schweiz liberal ausgestaltet und unterliegt politischen und wirtschaftlichen Schwankungen. Für die betroffene Wohnbevölkerung bedeutet das Wohnen in diesen Quartieren und Stadtteilen eine zusätzliche Belastung, die sich in mehreren Lebensbereichen auswirkt.

Neue Publikationen zu den Sozialversicherungen

	Bezugsquelle Bestellnummer Sprachen, Preis
Evaluation der Qualität der Hörgeräteversorgung. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 1/14	318.010.1/14D kostenlos*
Evaluation des gesamtschulischen Gewaltpräventionskonzepts SIG. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 4/14	318.010.4/14D kostenlos*
Evaluation des Zusammenarbeitsmodells ConCerto. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 2/14	318.010 2/14D kostenlos*
Evaluation Pilotprojekt Ingeus – berufliche Wiedereingliederung von Rentenbeziehenden der Invalidenversicherung. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 5/14	318.010 5/14D kostenlos*
Gesamtwirtschaftliche Entwicklungsszenarien bis 2035 sowie Auswirkungen auf Finanzmärkte und Anlagerenditen. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 7/14	318.010.7/14D kostenlos*
Reform der Altersvorsorge 2020: Auswirkungen auf Beschäftigung, Löhne und Arbeitskosten. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 9/14	318.010.9/14D kostenlos*
Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2014	318.122.14D kostenlos*
Sozialversicherungen 2013, Jahresbericht gemäss Artikel 76 ATSG	318.121.13D kostenlos*
Sozialversicherungen der Schweiz (Taschenstatistik 2014)	318.001.14D kostenlos*
Verwaltungskosten der Lebensversicherer im Bereich der 2. Säule. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 8/14	318.010.8/14D kostenlos*
Valutazione del servizio «Gruppo visione giovani» della Polizia cantonale ticinese (italienisch mit deutscher Zusammenfassung). Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 6/14	318.010.6/14I kostenlos*

* Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL), Vertrieb Publikationen, 3003 Bern
verkauf.zivil@bbl.admin.ch
www.bundespublikationen.admin.ch
www.bsv.admin.ch → Dokumentation → Publikationen → Forschungspublikationen (E-Berichte)

«Soziale Sicherheit» (CHSS)

erscheint seit 1993 sechsmal jährlich. Jede Ausgabe ist einem Schwerpunktthema gewidmet.
Die Themen seit dem Jahr 2013:

Nr. 1/13 Soziale Sicherheit – gestern und morgen
Nr. 2/13 Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs
Nr. 3/13 Gesundheit2020 – mehr und richtig qualifiziertes Gesundheitspersonal
Nr. 4/13 Jugendschutzprogramme des Bundes
Nr. 5/13 Reform Altersvorsorge 2020
Nr. 6/13 Kein Schwerpunkt

Nr. 1/14 Schulden und Sozialstaat
Nr. 2/14 Psychische Gesundheit und Beschäftigung
Nr. 3/14 Gesundheit2020
Nr. 4/14 Care-Arbeit, Gleichstellung und Soziale Sicherheit
Nr. 5/14 Kein Schwerpunkt
Nr. 6/14 Kein Schwerpunkt

Nr. 1/15 Der optimierte Mensch

Die «Soziale Sicherheit» CHSS ist ab Heft 3/1999 im Internet unter www.bsv.admin.ch → Dokumentation → Publikationen zugänglich. Sämtliche Hefte sind heute noch erhältlich (die vergriffene Nummer 1/93 als Fotokopie).

Bestellung von Einzelnummern:

Bundesamt für Sozialversicherungen, CHSS, 3003 Bern, E-Mail: info@bsv.admin.ch

Impressum

Herausgeber	Bundesamt für Sozialversicherungen	Übersetzungen	in Zusammenarbeit mit dem Sprachdienst des BSV
Redaktion	Suzanne Schär E-Mail: suzanne.schaer@bsv.admin.ch Telefon 058 462 91 43 Die Meinung BSV-externer Autor/innen muss nicht mit derjenigen der Redaktion bzw. des Amtes übereinstimmen.	Copyright	Nachdruck von Beiträgen mit Zustimmung der Redaktion erwünscht
Redaktionskommission	Stefan Kühne, Jérémie Lecoultré, Géraldine Luisier, Stefan Müller, Robert Nyffeler, Xavier Rossmann, Valérie Werthmüller, Patricia Zurkinden (a.i.)	Auflage	Deutsche Ausgabe 2400 Französische Ausgabe 1400
Abonnemente	BBL 3003 Bern Telefax 031 325 50 58 E-Mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch	Abonnementspreise	Jahresabonnement (6 Ausgaben): Fr. 53.– inkl. MwSt., Einzelheft Fr. 9.–
		Vertrieb	BBL/Vertrieb Publikationen, 3003 Bern
		Satz, Gestaltung und Druck	Cavelti AG, Gossau Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG ISSN 1420-2670 318.998.1/15d