

# Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

## Pflegeforschung in der Schweiz: jung und noch zersplittert

«Ein Problem im Aufbau der Pflegewissenschaft in der Schweiz ist, dass wir nach wie vor nur wenige Pflegenden mit einer akademischen Ausbildung haben und dass diese sehr vereinzelt in ganz unterschiedlichen Gebieten arbeiten.» Dies sagt Lorenz Imhof, Geschäftsleiter des Vereins zur Förderung der Pflegewissenschaft VFP, im Interview mit der Zeitschrift «Krankenpflege». Projekte, die sich an Forschungsschwerpunkten eines Fachgebietes orientieren (und nicht an Aus- und Weiterbildungsprogrammen), seien immer noch selten. Die Pflege in der Schweiz sei eine relativ junge Disziplin, «in andern Ländern hat es sich gezeigt, dass die Entwicklung viele Jahre in Anspruch nimmt», so Imhof. Der Entwicklungsstand in der Schweiz entspreche dem der USA Mitte der Achtzigerjahre.

Der VFP hat deshalb die schweizerische Forschungsagenda (SRAN) aufgestellt: «Wir konzentrieren uns auf die zukunftssträchtigen Gebiete der onkologischen, psychiatrischen, gerontologischen und kardiovaskulären Pflege, der Frauengesundheit und Pädiatrie.» Lorenz Imhofs Vision ist dabei, «dass die Forscherinnen und Forscher die Projekte interdisziplinär angehen». (bc)

*Quelle: Lorenz Imhof: «Pflegeforschung – das sind wir den PatientInnen schuldig.» In: Krankenpflege 4/2006, 30–31.*

## Sich auch ums Sterben kümmern

Bei drei Vierteln aller vorhersehbaren Todesfälle in der Schweiz geht eine «end-of-life decision» voraus. Christoph Rehmann-Sutter, Ethiker und Präsident der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, kommentiert dies in der Zeitschrift «Competence» wie folgt: «Diese Zahlen zeigen für mich in eindrucklicher Weise, wie stark das Sterben, wie es in Spitälern heute stattfindet, von Entscheidungen abhängig ist. Der Tod ist nicht mehr ein Naturereignis.» Und weiter: «Daraus kann man den Schluss ziehen, dass die Medizin un-

vollständig bleibt, wenn sie sich nicht auch um das Sterben, um die Qualität der letzten Phase des Lebens bemüht.» Die Zürcher Pflege- und Altersheime erlauben beispielsweise seit 2000 die Beihilfe zum Suizid in ihren Institutionen. Albert Wettstein, Chefarzt im stadtärztlichen Dienst, erklärt im Interview mit «Competence», wie es dazu kam: «Ein zentraler Wert im Gesundheitswesen und in der Altersversorgung der Stadt Zürich ist die Autonomie. (...) Als zentraler Wert muss sie auch dann gelten, wenn es ums Sterben geht.» Der assistierte Selbstmord sei aber marginal geblieben, «seit 2001 haben 11 Personen assistierten Suizid in Anspruch genommen», so Wettstein. Gewaltsame Suizide – wenn ein Patient zum Beispiel aus dem Fenster springt – gab es 13. Jährlich sterben rund 2000 Menschen in den Stadtzürcher Heimen und Spitälern. (bc)

*Quelle: Christoph Rehmann-Sutter: Eine Frage von Würde und Respekt. Und: Interview mit Albert Wettstein: Begleiteter Suizid, in den Zürcher Heimen erlaubt. In: Competence Nr. 5, 27. April 2006.*

## Beweisen, dass Psychotherapie wirksam ist

Effizienzvorgaben für die Psychotherapie sind wichtig und richtig, gerade weil Indikation und Diagnose so komplex sind. Diese Meinung vertritt Hansjörg Znoj, Professor für klinische Psychologie an der Universität Bern, und nennt drei Gründe: «Erstens wollen die Patientinnen und Patienten möglichst schnell und nachhaltig geheilt werden oder (...) eine wirksame beziehungsweise effiziente Linderung erhalten. (...) Zweitens haben die Betroffenen, die Gesamtheit der Prämienzahlenden und der Staat ein legitimes Interesse daran, dass die knapper werdenden Ressourcen auch bei psychischen Erkrankungen effizient eingesetzt werden. (...) Drittens sollten Therapeutinnen und Therapeuten das grösste Eigeninteresse an einer empirisch belegten effizienzbasierten Psychotherapie haben: Denn dies ist der beste Weg, der bedauerlicherweise oft geäusserten unsachgemässen Kritik

und Polemik gegen die Psychotherapie zu begegnen (...)» (bc)

*Quelle: Hansjörg Znoj: Die Effizienz der Psychotherapie. In: Tages-Anzeiger vom 10. Mai 2006.*

## Vom Krankheits- zum Gesundheitsmarkt

Gesundheit als Konsumgut, als selbstverantwortlich Machbares und somit auch moralisch Interpretiertes – die Tagung vom 29. März 2006 am Gottlieb-Duttweiler-Institut GDI in Rüschlikon mit dem Titel «From Lifestyle to Healthstyle» zeigte Konsumententrends im Bereich Gesundheit auf. Neben dem heutigen Markt zur Behandlung von Krankheiten entstehe ein rasch wachsender Gesundheitsmarkt, so das Fazit von Tobias Gremaud vom GDI. Zentrale Triebkraft für den Gesundheitsboom sei die Überalterung der westlichen Gesellschaft. David Bosshart, CEO des GDI: «Die Wohlstandsverwöhnten wollen bis ins hohe Alter leistungs- und gesundheitsfähig bleiben.» Der «klassische, regulierte und angstgetriebene Krankheitsmarkt und seine Machtblöcke» werde durch einen Gesundheitsmarkt mit angebotsorientierter Nachfrage abgelöst. Übergewicht und andere Zivilisationskrankheiten werden als Gegentrend zunehmen. Gleichzeitig werde die Gesellschaft den Gesundheitszustand auch moralisch bewerten: Je nach Gesundheitsverhalten sei man ein «guter oder schlechter Mensch». Stephan Siegrist, Senior Researcher am GDI, zeigte die Sicht der Prävention auf: Es brauche gerade bei der Ernährung Anreize, um sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Zentral sei zudem die Vernetzung der Gesundheitsanbieter über die Sparten hinweg, so Siegrist. Neben Schul- und Komplementärmedizin und Pharma gehörten auch Tourismus, Nahrungsmittelindustrie und Wellness dazu. Anstelle von Ärzten würden zunehmend Fitnesstrainer, Ernährungsberater oder Yogalehrer zu Vertrauenspersonen. (bc)

*Quelle: Tobias Gremaud: From Lifestyle to Healthstyle. Newsletter 3.06 des Gottlieb-Duttweiler-Instituts.*