

Quellen im Internet (QI) zur Autobiographie von H.S. Herzka: „Unterwegs im Zwischen“, Frauenfeld: Huber Verlag, 2007

### **QI 1**

#### **Brief des Schularztes Dr. Z. an meine Eltern zur Rechtfertigung seiner Fehldiagnose.**

Herrn und Frau Herzka, Zürich

Sehr geehrte Herr und Frau Herzka,  
Vorgestern Abend fand ich Ihren an Herrn Schenk und Frau Lütge gerichteten Brief vor. Ich habe mich daraufhin sofort mit dem behandelnden Arzt im Kinderspital in Verbindung gesetzt und von der Ärztin fürs erste erschöpfenden Bericht erhalten. Es ist wirklich so, das Heinz eine Epiphysenlösung des linken Hüftgelenkkopfes hat, über dessen Stellung man sich noch nicht ganz klar ist. Nun muss ich – nicht zu meiner Entschuldigung, sondern um die Angelegenheit im Sachlichen zu belassen- Einiges aus dem Gespräch mit der Ärztin festhalten. Bei der Epiphysenlösung, besonders des Hüftgelenkkopfes, handelt es sich um eine Affektion, die sehr selten diagnostiziert wird, bevor der Gelenkkopf abgerutscht ist. Dann, wenn das schon geschehen ist, ist die Diagnose Hüftgelenksaffektion naturgemäss sehr einfach. Eine auch frühzeitige vor dem Abrutschen gemachte röntgenologische Untersuchung ist meist auch nicht Aufschluss gebend, da eine Epiphysenlösung bei intakter Knochenstellung fast nicht diagnostiziert werden kann. So ist Tatsache, dass diese Epiphysenlösung leider erst erkannt werden oder sogar erst erkannt werden können, wenn die Stellung der Knochen eine abnorme geworden ist. Dis war bei Heinz, so lange ich ihn sah, nicht der Fall. Es ist auch Heinz, wie mir die Ärztin ausdrücklich, und nicht auf befragen, sagte, mit nicht richtiger Diagnose eingeliefert worden Wenn (Wann? H.S.H.) der Abrutsch sich ereignet hat, weiss ich nicht. Da der Bub ja soweit im Bett sich ruhig verhielt, war so lange keine besondere Gefahr, hingegen wenn er aufzustehen versuchte oder Bewegungen ausführte, zu was ich ihn allerdings ermunterte. Zu allem kam als erschwerend für die Diagnose hinzu, dass Heinz über Beschwerden über dem Knie klagte, als er zu mir in die Sprechstunde kam und das Hüftgelenk, was eben häufig der Fall ist, sich lange nicht durch irgendwelche spezielle Symptomatik bemerkbar machte. Auch als er dann im Bett lag, hatte er die Schmerzen im grossen Oberschenkelmuskel, also in der Mitte des Oberschenkels, durch was ich mich irreführen liess.

Was nun mein Verhalten in Bezug auf das Eintreten eines Kinderarztes ohne mein Wissen betraf, so halte ich es aus Prinzip so, dass wen ein anderer Arzt, ohne dass ich es weiss, zugezogen wird- was allerdings extrem selten ist und überdies der betr. Kollege mich weder vor noch nachher benachrichtigt, ich die Behandlung meinerseits diskussionslos für abgebrochen ansehe.

Es tut mir leid, dass die Sache pto. Diagnose so liegt, glaube aber, dass es auch sonst kaum anders gekommen wäre, was auch die Einweisungsdiagnose zu bestätigen scheint. Dass eine Coxitis oder eine andere entzündliche Affektion vorlag, zeigte, ausser die Symptomlosigkeit von Seite des Hüftgelenkes, auch das Blutbild, das mehr für eine harmlose Affektion sprach.

Man sagte mir auch, dass der einweisende Arzt Heinz auch mehrfach besucht habe, was zu wissen mir nicht unlieb wäre.

Die Ärztin glaube übrigens die Prognose nicht ungut stellen zu dürfen und ich werde mir erlauben, mich wieder über Heinzens Befinden und die eingeschlagene Therapie zu erkundigen.

Mit besten Grüssen

### **QI 2**

#### **Was sie tut, hat Hand und Fuß.**

Aus: CH Magazin, Rubrik Frauen im Alltag. Von Monica Egger. Fotokopie o. Datum (1976).

Verena Nil (33) aus Zürich hat alle Hände voll zu tun: Sie ist Physiotherapeutin und hilft kranken Menschen wieder auf die Füße. "Die Therapie", erklärt sie, "besteht nicht bloss aus Gymnastik, sondern oft aus Gesprächen. Je mehr ich über einen Patienten weiss, desto besser kann ich ihm raten und helfen." Die Zusammenarbeit mit dem Kranken oder nicht ganz Gesunden, das ist es, was ihren Beruf so interessant macht.

Doch nicht nur die Therapeutin möchte ihren Patienten kennen lernen. Der Kranke selbst muss mit sich und seinem Körper vertraut werden. Er sollte sich nach und nach seiner Grenzen und Möglichkeiten bewusst werden, damit er nicht enttäuscht ist, wenn er dies oder jenes nicht kann.

In die Therapie jedoch kommen nicht nur stark Behinderte. Oft sind es Leute, die im Rahmen der Therapeutischen Behandlung wissen wollen, welchen und wieviel Sport sie betreiben dürfen. Auch da kann Verena Nil raten, gerade weil sie selber sehr viel Sport\* macht. "In meinem Beruf ist Vielseitigkeit wichtig, damit man die Leute mit ihren Problemen und Anliegen besser versteht", findet sie.

Doch nicht nur all das, was Verena Nil beruflich tut, ist von Bedeutung. Auch die Art wie sie denkt, ihr Leben bewusst gestaltet, ihre Möglichkeiten ausschöpft, hat Sinn. Reisen und Weiterbildung: Das sind zwei Dinge, die bei ihr grossgeschrieben werden. Damit sie beides kann, beschäftigt sie keine Angestellten. So fühlt sie sich freier, unabhängiger. Und oft schon hat sie die kleine Therapie geräumt, den Rucksack gepackt und ist für ein paar wichtige und glückliche Wochen verreist: nach Skandinavien, Jugoslawien oder nach Israel. In Israel hat sie das Kibbuzleben besonders interessiert: "Ich wollte wissen, wie die Gesellschaft dort aufgebaut ist, wie der Alltag organisiert wird." Dabei hat sie feststellen können, dass diese Lebensweise für Frauen viele Vorteile bietet. "Alle Kleinarbeit wird zusammengelegt. Bei uns hingegen muss sich die Frau oft zwischen Beruf und Familie entscheiden. Im Kibbuz geht beides. Dort arbeiten die Frauen und Männer zusammen."

Bei uns jedoch müssten die Frauen oft verzichten, findet sie. "Dabei ist es sehr wichtig, dass jede Frau das erreicht, was sie will. Wenn sie das Bedürfnis hat, zu arbeiten, sich weiterzubilden oder eine Reise zu machen, sollte sie das auch tun können."

Das habe nichts mit dem Klischeewort "Emanzipation" zu tun. Denn unter Emanzipation versteht ohnehin jeder etwas anderes. "Die Frau kann sich verwirklichen ohne dabei unweiblich zu werden", stellt Verena Nil fest. "Emanzipiert sein heisst nicht einfach, dass die Frau arbeiten geht. Denn Arbeitenmüssen kann sehr einengend sein. Wichtig ist allein dass die Frau etwas findet, was sie befriedigt und vollkommen ausfüllt. Sei es im Beruf oder aber in einer Beschäftigung innerhalb der Familie."

Die Entwicklung der Frau richte sich nicht gegen den Mann. Im Gegenteil: Beide sollten versuchen eine Persönlichkeit zu werden.

Auch die Frau müsse lernen, sich aktiv mit allen Problemen zu befassen - und auch mit sich selbst. "Sonst kann es vorkommen, das man einfach in eine bestimmte Lebensweise hineinschlittert, ohne das eigentlich richtig überlegt zu haben."

Vor einem Jahr suchte sich Verena Nil etwas Ruhe und Zeit. Sie wollte Bücher lesen, sich mit neuen Gebieten der Physiotherapie auseinandersetzen, um sich darüber ein Urteil bilden zu können. "Man muss mobil und offen sein für alles", sagt sie, "aber auch kritisch."

Mit einem Koffer, vollgepackt mit Büchern über Akupunktur, macht sie sich wieder auf Reise: Diesmal fuhr sie auf einem italienischen Dampfer für wenig Geld um die Welt. "Es ist gut, wenn man von Zeit zu Zeit vom Beruf Abstand nimmt. So wird man nicht stur und lernt erst noch einiges dazu."

Verena Nil ist überzeugt davon, dass der Mensch immer wieder neue Erfahrungen braucht. "Wichtig ist, das man nicht auf dem einmal eingeschlagenen Weg verharrt, sondern dass man stets für alle Veränderungen offen bleibt."

\*Anmerkung 2006: Auch Tanz und Musik (H.S.H. /V.N.)

### QI 3

#### Neue Wege der Psychologie: Logotherapie.

Von Dr. E. Herzka. Aus: „Gesundheit und Wohlfahrt Revue Suisse D'Hygiène“ - Zeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspflege – Redaktion: Professor Dr. W. von Gonzenbach, Zürich. Heft, 33. 10 (Oktober 1953)

Man kennt den Begriff Psychotherapie, Heilung der Seele. Theorien solcher Seelenheilkunde sind etwas die Psychoanalyse, die Individualpsychologie, die Jungesche Tiefenpsychologie. Alle diese Richtungen sprechen die Seele des Kranken an, sie befassen sich mit der Geschichte dieser Seele, verfolgen sie bis in die Zeit der Kindheit und versuchen die Krankheit von den unbewussten Konflikten her zu verstehen. So verschieden diese Systeme untereinander auch sind, so handelt es sich doch bei ihnen allen um die Erforschung des Trieblebens des Menschen. Selbst das Religiöse wird als solch unbewusster Trieb angesehen.

Logotherapie bedeutet Heilung vom Geiste her. Es handelt sich um eine grundsätzliche andere Einstellung zum Kranken. Grundsätzlich, denn in der Praxis der Behandlung gibt es mehr Gemeinsamkeit als in der Theorie. Unter Logos ist nicht nur der Verstand, der Intellekt gemeint; Logos ist hier vielmehr Geist, wie ihn das Johannesevangelium versteht, schöpferischer Geist. Doch sprechen wir hier von einer medizinischen Schule. Ihr Gründer, Viktor E. Frankl in Wien, ist Leiter einer grossen Nervenpoliklinik, ein erfahrener Praktiker und scharfer Theoretiker.

Wir können hier nur einige wenige grundlegende Betrachtungen hervorheben. Die bisherige Psychologie ist immer noch stark im naturwissenschaftlichen Denken des 19. Jahrhunderts befangen; Auch der Mensch wird nur als Naturwesen betrachtet. Die Psychologie erforscht sein Triebleben. Solche Auffassungen vom Menschen sind aber verhängnisvoll. Das hat sich im Kriege gezeigt. Da war der Mensch Sache, „Material“. Ebenso falsch ist es, den Menschen ausschliesslich vom Milieu oder von der Wirtschaft her erklären zu wollen, denn der Mensch ist nie und nimmer ein Objekt, das nur von äusseren Einflüssen bestimmt ist. Die Biologie, die Soziologie und ihre Mischung, die Rassenlehre, nehmen dem Menschen das, was für ihn das wesentlichste ist: die Freiheit. Im letzten Kriege haben sich die furchtbaren Konsequenzen solch falscher Auffassung vom Menschen erwiesen, er wurde ein Versuchskaninchen für verbrecherische Experimente Er war nur mehr Objekt und sein Leben nichts Heiliges, und so geriet die Welt immer tiefer in die Katastrophe. Gerade durch diese wurde es immer deutlicher, dass der Mensch vor allem erst sich auf sich selbst besinnen, neu den Sinn seines Lebens und seiner Existenz erfassen müssen. So hat auch die Heilkunde umzulernen. Auch ihr kann nicht eine Trieblehre zugrunde liegen, sondern sie muss gerade dem kranken Menschen vor allem den Sinn des Lebens zeigen, und die Aufgaben, die er hat. Es handelt sich nicht um Seelenanalyse, sondern um Analyse und Synthese der ganzen Existenz.

Hier auf diesem Wege gibt es zunächst die Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse. Bei ihr ist das „Es“ das eigentlich Entscheidende, das Unbewusste, das Triebleben. In Wahrheit entscheidet aber das „Ich“, das nicht von den Trieben und unbewussten Regungen bestimmt wird. „Die Existenzanalyse ist Analyse des menschlichen Seins, jenseits des Getriebenseins.“ Weil der Mensch nicht restlos bestimmt wird von Milieu, Rasse, Volk, Klasse, Familie, ist er verantwortlich. Dass diese Verantwortung ihm bewusst wird, ist eine der Hauptaufgaben der Logotherapie. Der Geist, an den sie sich wendet, ist auch im Patienten nicht krank. So ist der Ausdruck „geisteskrank“ eigentlich falsch. Krank ist der Körper oder die Seele, aber nicht der Geist. Welch anderes Ziel ist dies Wecken der Verantwortung als das der Psychoanalyse! Diese will einen Kompromiss machen zwischen dem „Es“ (den unbewussten und vor allem den Menschen antreibenden Triebkräften) und dem vernünftigen „Ich“. Sie sieht das Luststreben als eigentlichen Motor des Tuns. Dieses Streben nach Lust an sich ist aber in Wahrheit schon ein Zeichen der kranken Seele, Lust ist nicht das Ziel unseres Lebens, sondern unser Streben geht nach Sinn. Die Psychoanalyse verfälscht die Tatsachen.

In der Philosophie haben bedeutende Denker diese Probleme aufgezeigt. Unsere Seele ist nur der eine Spiegel, der die Welt wiedergibt, aber sie ist nicht die ganze Welt. Man kommt ihr und ihren Werten nicht näher, wenn man immer nur das Spiegelbild in der Seele betrachtet und diese nur als einzige Wirklichkeit gelten lässt. Man verkürzt und entstellt dann die Wahrheit.

Diesmal kommt aber ein Praktiker als Arzt zu solchen Einsichten. Dem Verzweifelten, dem Gemütskranken, dem Neurotiker will er die Werte des Lebens aufzeigen. Er will ihm helfen, auf den Sinn seines Lebens zu kommen. Dieser Sinn ist im Fall einer schweren Erkrankung oft ein vorbildliches Ertragen des Aufgegebenen, ein heroischer Mut, der trotz dem Unheilbaren dennoch ja zum Leben sagt, und eine Art Tapferkeit des Leidens. Aber auch das kann Hilfe sein. Das wird an manchen Beispielen erklärt. Dabei spielt das „Gewissen“ eine entscheidende Rolle. Das Gewissen ist wichtiger als das Wissen, die Erfassung des ganzen Lebens wichtiger als psychologische Durchforschung. Die Logotherapie weiss, dass sie in Nachbarschaft mit dem Religiösen wirkt. Heisst doch eine der Schriften „Ärztliche Seelsorge“. Doch will sie nicht selbst Religion sein, sondern nur die Türe zu jenem gossen Reiche auf tun, aus dem allein Verantwortlichkeit des Menschen verstanden werden kann. Denn wenn der Mensch nur Naturwesen wäre, von unzähligen Begebenheiten bestimmt, wie könnte er da verantwortlich sein? Verantwortlichkeit setzt Freiheit voraus, und die stammt aus einer grösseren als der sichtbaren Welt. Wenn es sich aber um Gewissensentscheidungen handelt, dann sind wir nicht mehr im Reiche der Psychotherapie, sondern der Logotherapie. Es sind geistige Entscheidungen. Die Heilung der Seele kann nicht von der Seele her kommen. Es muss ein Grösseres ihr helfen. Die Psychoanalyse versucht einen Zaubertick. Sie anerkennt nur die Existenz von Triebkräften, und doch kann der Mensch nach ihrer Lehre seine Leidenschaft verwandeln (sublimieren) und beherrschen. Wer ist dann die Kraft, die verwandeln kann? Kann ein Fluss selbst sein Kraftwerk bauen? Da ist es doch ehrlicher und wahrer, die Welt der Werte eben als grosse Realität anzuerkennen, die wir im Gewissen erkennen. Es geschieht, dass die Logotherapie bewusst die geistigen Konflikte aufrührt. Sie will sie ans Tageslicht bringen. Sie muss dies oft, um den Kranken leidensfähig zu machen, wenn sie die Krankheit selbst nicht heilen kann. Sie versucht, zwischen sinnlosem, neurotischem Leiden und sinnhaftem Leiden zu unterscheiden. Dabei geht sie über die Krankheit, über das bloss Seelische hinaus. Es ist eine Verfälschung der Welt, wenn man immer nur ihre seelische Seite sieht. Der sog. Psychologismus verkürzt das wirkliche Bild der Welt. Dagegen wahr die Logotherapie, die an die Freiheit der Entscheidung glaubt, sowohl den Subjektcharakter der Person als auch den Objektcharakter der Werte und der Dinge, die nicht durch einen falschen Subjektivismus an Wirklichkeit verlieren dürfen. Die Logotherapie nimmt die Entscheidung des Menschen ernst. Sie sucht nicht hinter jeder Äusserung des Menschen den verborgenen Grund, etwa das eigentliche Lustmotiv oder das maskierte Machtstreben. Die Logotherapie glaubt von vorneherein an die Welt der Werte, die man nicht erklären und zergliedern kann. Sie glaubt andererseits, allem dogmatischen Marxismus, der die Wirtschaft als bestimmend annimmt für die Art unseres Denkens, allem Rassismus, der die Menschen nach Blut und Boden einteilen möchte, zu trotz, an die Freiheit des Menschen, und will, mit diesem Wissen um sie, dem kranken Menschen helfen. Die Logotherapie ist Heilkunde auf dem Wege zur Religion.

#### **QI 4**

**Buchbesprechung von Hans Herzka zu: Bruno Frei. Israel zwischen den Fronten. (Europa-Verlag 1965, in der Reihe „Europäische Perspektiven“. 200 Seiten)**

Aus: „Neue Wege – Blätter für den Kampf der Zeit“, Zürich, 60. 2. (Februar 1966)

Der Staat Israel ist eine besondere Erscheinung. Seine Bedeutung reicht über seine Grenzen weit hinaus. Aber das wird mehr gefühlt als gewusst. Darum ist dieses Buch von besonderem Wert, weil es dem Leser zu einem klaren Einblick verhilft in seine Probleme und Aufgaben, in die Beziehung zwischen ihm und den Juden ausserhalb seiner Grenzen, in seine rechtliche und politische Stellung im Raum der arabischen Völkerwelt.

Der Autor: Wer ihn nicht kennt, den belehrt die Kurzbiographie auf der letzten Seite: 1897 geboren, Dr. phil. der Wiener Universität ... Auslandkorrespondent ... Chefredaktor der Tageszeitung „Berlin am Morgen“ ... Mitarbeiter der „Weltbühne“ Carl von Ossietzkys. 1933 Emigration nach Frankreich. Zwei Jahre KZ Vernet. Asyl in Mexiko. 1948 bis 1956 Chefredaktor des „Abends“ in Wien. Mehrjähriger

Aufenthalt in China. 1959 bis 1965 Herausgeber der Monatsschrift „Tagebuch“ in Wien. – Er ergänzt seine Biographie in einem persönlichen Vorwort, das durch seine absolute Aufrichtigkeit den Leser gewinnt und durch seinen Inhalt den Rahmen des nur Persönlichen sprengt: Es zeigt den Weg des Knaben vom fromm-jüdischen Milieu des Elternhauses weg in den Sozialismus. Er identifiziert sich mit der Arbeiterbewegung, nicht mit dem Judentum. Indessen Auschwitz – d.i. die versuchte Ausrottung des Judentums – „zwang mir ein Bewusstsein der Zugehörigkeit auf, das ich ausgelöscht geglaubt hatte“. – Er atmet auf, als die Sowjetunion in der entscheidenden Sitzung des Völkerbundes die Gründung des Staates Israel ausdrücklich gutheisst. „Der Konflikt der Loyalitäten war gelöst.“ – Aber Israel erfüllt nicht seine Erwartungen. Statt sich mit den jungen Völkern, die das Joch des Kapitalismus abschütteln, zu solidarisieren, gerät es immer mehr unter den Einfluss der kapitalistischen Staaten. Muss das sein? Um zu einem Urteil zu kommen, wird die Reise nach Israel unternommen. Ihr Ergebnis ist dieses Buch. „Ausgehend von der historischen, politischen und moralischen Nnotwendigkeit, die staatliche Existenz Israels über jeden Zweifel zu erheben, versuche ich einige Probleme. Dieses Landes zwischen den Fronten vorzutragen...“ Es geschieht in eindrücklich klarer, gegliederter Darlegung, die durch ein minutiöses Quellenregister und durch den Abdruck wichtiger politischer Dokumente untermauert wird. Es können hier nur einige davon kurz gestreift werden:

Eine Nation im Werden. Die jüdische Einwanderung besteht aus sehr verschiedenen Gruppen. Die aus Nordafrika kommen, aus den arabischen Staaten, aus Indien, sind von den Juden aus dem europäisch-amerikanischen Kulturkreis ungemein verschieden. Frei fasst sie in die zwei Hauptgruppen der „orientalischen“ und der „europäischen“ Juden zusammen. Die letzteren waren und sind noch die führende Schicht. Da sich dies auch klassenmässig auswirkt – Stellung, Einkommen! – „muss verhindert werden, dass ethnische Grenzen zu Klassengrenzen erstarren“. Das Problem ist umso dringlicher, als das Verhältnis der beiden Hauptgruppen sich dauernd verschiebt. Zahlenmässig nehmen die Orientalen ständig zu, vor allem durch die weitaus grössere Geburtenzahl in deren Familien. Offizielle Stellen haben errechnet, „dass in 15 Jahren 75 Prozent der Juden Israels afro-asiatischer Abkunft sein werden“. Hoffnungen, die man auf einen Verschmelzungsprozess setzte (gemischte Ehen, gemischte Schulen, das Heer), scheinen sich nicht zu erfüllen. So ist „das ernsteste Problem Israels die Aufgabe, die beiden ethnischen Hauptgruppen zu integrieren“. Die Kibbuzim. Sie sind sozialistische Inseln in einer kapitalistischen Umwelt. Nach einer instruktiven Schilderung eines bestimmten Kibbuz untersucht der Autor ihren Anteil an der israelischen Wirtschaft und ihre Zukunftsaussichten. Ihr Anteil an der landwirtschaftlichen Produktion ist wesentlich (70 Prozent der Gesamtproduktion), an der Industrie gering. Ihr erzieherischer Wert ist bedeutend. Sie stehen unter dem Schutz der führenden linken Parteien und der Regierung. Aber die neuen Einwanderer ziehen es vor, in die kapitalistische Industrie zu gehen. Die Kibbuzim sind genötigt, sich Industrien anzugliedern, auch mit Hilfe der Beteiligung von Kapitalisten, in denen dann Lohnarbeiter beschäftigt werden, was ihren sozialistischen Gehalt verwässert. Ihr Geist ist nicht mehr derselbe wie früher, der Generationswechsel trägt auch dazu bei, und die alte Garde klagt über den Verlust des Pionierideals. So sind ihre Chancen für die Zukunft problematisch.

Aus den interessanten Ausführungen über Staat und Kirche sei hier nur angeführt, dass dieses Verhältnis dadurch besonders verwickelt ist, dass der Orthodoxie als Zünglein an der Waage innerhalb der Koalition ein weitaus grösserer Einfluss eingeräumt werden musste, als ihr zahlenmässig zukommen würde. Daraus ergaben sich groteske Dinge. In Ehe- und Scheidungssachen zum Beispiel (diese unterstehen ausschliesslich den Rabbinaten, die nach der Thora entscheiden. Es gibt keine Zivilehe), in den Fragen des Kaschruth (der jüdischen Speisegesetze), auch in Alltagsfragen. So haben zum Beispiel die Tel Aviver Einwohner in dem langen Sommer am freien Samstag (der hier den Sonntag vertritt) keinen Autobusverkehr zu den Meerbädern. Denn die Busse dürfen am Samstag nicht fahren. Auch der Bahnverkehr ruht völlig an diesem Tag.

Eine Untersuchung über die ökonomische Lage fehlt nicht in dem Band. Sie ist gekennzeichnet durch die aussergewöhnliche Wirtschaftsexpansion des kleinen und armen Landes. Ihre Quellen werden aufgezeigt – Masseneinwanderung, Kapitalimport - , und es wird versucht, eine Prognose zu stellen. „Der Boom“ heisst bezeichnenderweise dieses Kapitel.

Der Streit um das Jordanwasser wird in seinen israelischen und arabischen Argumenten dargelegt. Die Untersuchung mündet in die Einsicht, dass dieser Streit, der eine Kriegsgefahr in sich birgt, „nur im Rahmen einer Gesamtbereinigung des israelisch-arabischen Verhältnisses dauerhaft zu lösen ist“. Denn:

„Nicht der Streit um die Rechte der Anrainerstaaten an einem internationalen Gewässer bildet die Gefahr, sondern die Anomalie, dass ein unabhängiger Staat, Mitglied der UNO, 16 Jahre nach seiner Gründung von Nachbarn eingekreist ist, die ihn als nicht existent betrachten. Waffenstillstand ist nur Unterbrechung des Kriegszustandes, aber kein Friede. Ein Wiederaufleben des Kreises in diesem spannungsgeladenen Raum bringt den Weltfrieden in Gefahr. Es muss alles unternommen werden – in erster Linie von den unmittelbar Beteiligten, von Israel und den arabischen Staaten –, um eine Gesamtbereinigung herbeizuführen, die dem unnatürlichen und gefährlichen Zustand des Krieges auf Abruf ein Ende setzt.“

Damit sind wir mitten im Hauptproblem Israels, dem Verhältnis zu seinen arabischen Nachbarn, das auch das Zentrum des Buches bildet. Die Meinung des Autors geht aus dem vorstehenden Zitat klar hervor. Der Wichtigkeit des Themas wird er durch die Ausführlichkeit der Darstellung gerecht. Die völkerrechtliche Grundlage der Entstehung des Staates Israel wird ausgeführt. Die sich gegenseitig steigernde nationalistische Stimmung in beiden Lagern wird gezeigt. Die Frage der arabischen Flüchtlinge, wie es dazu kam, und die Lösungsvorschläge werden diskutiert. Die Stellungnahme der Grossmächte wird dargelegt, ihre Motive werden beleuchtet und kritisiert. Der Abdruck wichtiger politischer Dokumente im Anhang ergänzt seine Ausführungen. Sie gipfeln in der Einsicht,

„dass es keine andere Alternative gibt als die politische Lösung. Wenn die jetzt lebende Generation nicht fähig ist, den Ausgleich der Interessen durch Verhandlungen herbeizuführen, die kommende Generation wird dieser Aufgabe besser gewachsen sein – falls Zeit dafür bleibt.“

Um zu Verhandlungen zu gelangen, fordert Frei von Israel, dem Land „zwischen den Fronten“, als Vorleistung die Aufgabe seiner „einseitigen Orientierung auf die USA“ und die Hinwendung zu einer Politik der positiven Neutralität, sich zugesellend der blockfreien „Dritten Welt“. Diese Ausführungen sind das politische Kernstück des wertvollen Bandes, der dem Leser ein gutes Fundament gibt zur Beurteilung Israels und der Vorgänge in seiner näheren Umwelt.

H.H.

## **QI 5**

### **Grundlagen der Abteilung Psychopathologie des Kindes und Jugendalters unter der Leitung von H. S. Herzka.**

Aus: Herzka, Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters an der Universität Zürich, Dokumentation 1968 - 1989. Basel: Schwabe (1999)

„Kontextualität: Die Vertrautheit mit normalen Entwicklungsphänomenen im jeweiligen soziokulturellen Umfeld von Familie und Gesellschaft ist Voraussetzung einer spezifisch auf Kinder ausgerichteten Psychopathologie. Denn im Kindesalter sind die Übergänge zwischen Entwicklungsschwankungen, Störungen und psychischen Erkrankungen oft unscharf. Kenntnisse der normalen Entwicklung und ihrer Variationsbreite, bezogen auf unterschiedliche soziale und kulturelle Lebenswelten, sind Referenzgrößen, um Verhaltensstörungen und Krankheiten zu verstehen, einzustufen, zu diagnostizieren und adäquat zu behandeln.

Interdisziplinarität: Psychopathologie ist ein Arbeitsgebiet, welches verschiedene Fachdisziplinen verbindet, wie beispielsweise Kinderpsychiatrie, Entwicklungspsychologie, Klinische Psychologie, Pädiatrie, Sonderpädagogik und Sozialwissenschaften, Philosophie und Kulturgeschichte.

Dialogik: Das dialogische Denken bildet eine anthropologische Grundlage der in der @ppkj.unizh.ch durchgeführten gedanklichen und praktischen Arbeit. Es ist eines der

wesentlichen, neu definierten Paradigmen der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts, das sich für Theorie und Praxis des Faches als zweckmässig erweist, weil es Sachverhalte und Arbeitsbereiche in neuer Weise zueinander in Beziehung bringt.

Praxisbezug und Öffentlichkeit: Das in der @ppkj.unizh.ch erarbeitete und vermittelte Wissen steht in konkretem Bezug zum klinischen Alltag und soll für die Praxis relevant sein. Einige Themen und Ergebnisse der @ppkj.unizh.ch werden auch ausserhalb der Universität vorgetragen und diskutiert, zum Beispiel in der Lehrerfortbildung und Elternbildung sowie in den Medien. Dies liegt im Interesse der primären Prävention und Gesundheitsförderung, steht im Dienst der Öffentlichkeit und ermöglicht wertvolle Rückmeldungen und Kontrollprozesse für die akademische Lehre und Forschung, die ihrerseits aktuelle Fragen aufgreift, welche die Allgemeinheit beschäftigt.“

QI 6

Umschreibung der Grundlagen der Abteilung Psychopathologie des Kindes und Jugendalters unter der Leitung von H. S. Herzka.

Aus: Herzka, Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters an der Universität Zürich, Dokumentation 1968 - 1998, Basel: Schwabe (1999)

„Anthropologisch“ - als Etikett verwendet - könnte für die @ppkj.unizh.ch bedeuten:

Das Thema (nicht: “Gegenstand”) der Humanwissenschaften, der Mensch, ist eine Ganzheit und mehr als die Summe einzelner Aspekte, weil gerade deren Verknüpfung von besonderer Bedeutung ist (z.B. seiner Störungen und Krankheiten mit individuellen, familiären und gesellschaftlichen Faktoren).

Menschen sind sowohl individuelle, einzigartige Wesen wie Teil sozialer Systeme. Eine wirklichkeitsgerechte Lehre und Forschung muss den jeweiligen Kontext berücksichtigen. Die Entwicklung des Einzelnen steht in ständiger Wechselbeziehung mit der Gemeinschaft (z.B. seiner Familie, eines Landes, eines Kontinentes) und mit deren Geschichte.

Dies wird besonders deutlich, wenn psychische Krankheiten in Zusammenhang mit geschichtlichen Ereignissen (z.B. Krieg und Verfolgung) und mit der Geschichte über mehrere Generationen gebracht werden (Mehrgenerationen-Perspektive). Sowohl der Einzelne wie eine Gemeinschaft können sich fortwährend entwickeln und verändern, sind aber auch Stillständen und Fixierungen unterworfen.

Der Mensch zeigt sich sowohl als seelisch-geistige wie als biologische Einheit. Die beiden Aspekte stehen zueinander in einem dialogischen Verhältnis und folgen ihren je anderen Regeln.

Leben ist ein komplexes Ganzes mit sowohl bekannten wie grundsätzlich immer auch unbekanntem Aspekten, beispielsweise unbekanntem Wirkungs- und Beeinflussungsmöglichkeiten, unvorhersehbare Lebensereignisse, unbekanntem “Energieformen”, nicht voraussehbare Richtungsänderungen der Entwicklung. Entwicklung und seelische Krankheit umfassen Erscheinungen, die zwar oft allgemein menschlich sind und bei verschiedenen Menschen sehr ähnlich sein können, aber gleichzeitig immer auch einmalig, sodass eine unendliche Variabilität (interindividuell, historisch, kulturell) besteht. Innerpsychisches Erleben und imaginäres Bewusstsein (Traum, Phantasien) bilden das (dialogische) Korrelat zu von aussen wahrnehmbarem Verhalten und Ausdruck (z.B. Sprache, Körpersprache). Zu den Besonderheiten des Menschen gehört, dass er sowohl denkendes und handelndes Subjekt ist wie auch sein Objekt der Erforschung und Behandlung. Entwicklungsstörungen und psychische Krankheit sind weitgehend, aber nie vollständig, im Zusammenhang der Lebenserfahrung eines Kindes oder Jugendlichen erklärbar und werden durch Einfühlung verstehbar. Forschungsergebnisse, Auffassungen und Handlungskonzepte anderer humanwissenschaftlicher Arbeitsgebiete sind in einer anthropologischen Psychopathologie zu berücksichtigen (neben Medizin, Psychologie und Pädagogik auch z.B. Sozial- und Politikwissenschaften, Religionsforschung, Ethnologie).

Philosophische Erkenntnisse sind für die Praxis und Wissenschaftlichkeit der Psychopathologie von grundlegender Bedeutung. Die anthropologische Sicht des Menschen interessiert sich beispielsweise für existentielle Grunderfahrungen und

Grundgefühle und berücksichtigt sie, wie: Erkrankung und Genesung, Geburt und Tod, Liebe, Wut, Freude, Trauer, Sexualität, Spiritualität, Autonomie und Solidarität, Kreativität und Destruktivität, Elternschaft und Kindschaft, Abhängigkeit von der Natur und Umwelt.

Wertvorstellungen und ethische Grundlagen sind zu beachten, aber auch zu reflektieren.

Die @ppkj.unizh.ch benötigt nicht nur, sondern hinterfragt auch Konzepte, sowohl der Forschung wie des Alltagslebens.

Für die anthropologisch fundierte Psychopathologie ist nicht alles restlos erforschbar und noch viel weniger alles machbar; und manches, das machbar ist, ist ethisch nicht verantwortbar, weil es die Grundlagen des Menschen und der Menschlichkeit beeinträchtigt oder zerstört.“

## **QI 7**

### **Tagungsprogramme von 1990 und 1992 „Dialogik in Wissenschaft und Alltag“**

Komplementarität und Dialogik in Wissenschaft und Alltag  
Tagung auf Schloss Lenzburg, September 1990

Sonntag Nachmittag, 16.9.1990. Eröffnung: Heinz S. Herzka.  
Komplexität und Komplementarität des Geistes (Gunther S. Stent).  
Freiheit für den Widerspruch (Herman Levin Goldschmidt).

Montag, 17.9.1990. Vorsitz: K. Helmut Reich.  
Psychoanalytische Epistemologie: Komplementarität in der Psychoanalyse (Yehojakim Stein). Komplementarität in der Sprache (Hansjacob Seiler).  
Komplementarität in der Medizin (Eberhard Buchborn). Komplementarität in der psychophysiologischen Forschung (Jochen Fahrenberg). Seelisch Gesundheit - das dialogische Konzept ihrer Förderung und Gefährdung (Heinz S. Herzka).  
Diskussionseröffnung: K. Helmut Reich. Abend: Mythos und Logos als Ausdrucksweisen des menschlichen Geistes (Gisela Labouvie-Vief)

Dienstag, 18.9.1990. Vorsitz: Heinz S. Herzka.  
Der Dialog als Erziehungsprinzip (Theodor Bucher). Dialogik und Berufsmoral von Lehrern: eine Interventionsstudie (Fritz Oser). Zur Bedeutung des dialogischen Prinzips für die Zukunft der Psychotherapie (Wolf Reukauf). Stufen des dialektischen Denkens im Kulturvergleich (Rolf Oerter). Denken in Komplementarität - Was ist das, wie entwickelt es sich? (K. Helmut Reich). Diskussionseröffnung durch Philibert Secretan.

Mittwoch, 19.9.1990. Vorsitz: E. Peter Fischer.  
Komplementarität in den exakten Naturwissenschaften (Hans Primas).  
Komplementarität in der Mathematik (Hans N. Jahnke). Der Dialog zwischen Theologie und Naturwissenschaft (Jürgen Hübner). Die Beziehung von Gott und Mensch als coincidentia oppositorum (Susanne Heine). Die Erfahrung der Komplementarität und die Schwierigkeit des Dialogs in der modernen deutschen Dichtung (Ullrich Fülleborn). Diskussionseröffnung (Rainer-M. E. Jacobi). Abend: Theologie und Dichtung (Rudolf Bohren)

Donnerstag Vormittag, 20.9. 1990. Kritik und Widerspruch - Zur Diskursausdifferenzierung in der Neuzeit (Willi Goetschel). Abschlussgespräch (K. Helmut Reich)

2. Interkulturellen Symposium "Komplementarität und Dialogik in Wissenschaft und Alltag". Buckow bei Berlin, September 1992.

Sonntag, 13. September 1992. Abend: Nach den „Offiziellen“ folgte der Eröffnungsvortrag: Die Einheit des Widersprüchlichen - Komplementarität als eine abendländische Denkfigur (Klaus Michael Meyer-Abich, Essen)



Montag, 14. September 1992. Vorsitz: Rainer-M.E. Jacobi (Berlin)  
Herausforderungen durch das Andere und Fremde - Die deutsche Seele vor und nach der Einheit aus östlicher Sicht (Hans-Joachim Maaz, Halle). Herausforderungen durch das Andere und Fremde - Die deutsche Seele vor und nach der Einheit aus westlicher Sicht (Tilmann Moser, Freiburg i.Br.). Koreferat: Annette Simon (Berlin) . Anfang oder Ende der Aufklärung - Zur Dramatik der Gesellschaftsexperimente in diesem Jahrhundert (Helga Königsdorf, Berlin). Arbeitsgruppe "Denken in Komplementarität"  
Moderation: K. Helmut Reich, Fribourg

Dienstag, 15. September 1992 Vorsitz: Heinz Stefan Herzka (Zürich).  
Das "Ma" (Zwischen) in der japanischen komplementären Denktradition (Yoshikazu Ikeda, Takayama-shi). Der Weg zur Heilung in östlicher und westlicher Perspektive (Sudhir Kakar, New Delhi). Gestaltkreis und Pathosophie - Komplementarität als Zugang zu einer neuen Anthropologie in der Medizin? (Wolfgang Jacob, München).  
Koreferat: Rainer-M.E. Jacobi (Berlin).  
Konzert im Gartensaal des Schlosses Neuhardenberg: Gisela Heinrich (Harfe) und Ingo Baums (Flöte) Anschließend: Lesung mit Helga Königsdorf, Berlin.  
Abendvortrag: Mehrkulturelle Identitätsbildung - Schwierigkeiten und Chancen (Heinz Stefan Herzka, Zürich)

Mittwoch, 16. September 1992. Vorsitz: Ernst Peter Fischer, Konstanz.  
Männlichkeit und Weiblichkeit - Konflikt und Ergänzung (Elisabeth Moltmann-Wendel, Tübingen). Die Komplementarität von handlungsweltlichen und wissenschaftlichen Denkformen (Gudrun Anne Eckerle, Frankfurt/M. Koreferat: Gerda Jun, Berlin. Nachmittag: Vorsitz K. Helmut Reich . "Mit quartärnähen Grüßen" - Komplementarität und Irrationalität bei Wolfgang Pauli (Ernst Peter Fischer, Konstanz). Das Paradoxe der Wahrheit der Kunst (Dietmar Kamper, Berlin). Abend: Komplementarität und Dialogik angesichts einer friedlosen Welt - Zusammenfassung und Ausblick (Rainer-M.E. Jacobi, Berlin)

Donnerstag Vormittag, 17. September 1992. Bericht zur Arbeitsgruppe und organisatorische Fragen der Weiterarbeit (K. Helmut Reich, Fribourg)

## **QI 8**

### **Dissertationen aus der Abteilung Psychopathologie des Kindes und Jugendalters (Universität Zürich) unter der Leitung von H. S. Herzka (nach Themen)**

Themen Psyche und Soma:

- Flury, Hans: Rumination als psychosomatische Krankheit des ersten Lebensjahres. (1974)  
Blöchliger, Alex: Psychosomatische Aspekte bei der Erkrankung an Pseudokrapp. (1978)  
Stoll-Simona, Giovanna: Die Kleinkinderanorexie (Frühinfantile Anorexia Nervosa). (1979)  
Liem-Loo, Kiem Tho: Die spezifisch seelischen Faktoren beim Ekzemkind und seine Umwelt. (1982)  
Sprüngli, Regula: Psychosomatische Aspekte des Morbus Crohn im Kindesalter. (1984)  
Fröhlich, Florian: Die seelische Verarbeitung lebensbedrohlicher Krankheit im Jugendalter. Grundprobleme und Möglichkeiten einer stützenden Therapie (1987)  
Lemaire, Gertrud: Das Kind im Spital (nonverbales Ausdrucks- und Beziehungsverhalten zweier Fünfjähriger). Videofilm für Lehrzwecke (Leitung: A. Fanconi, Kantonsspital Winterthur und H.S. Herzka). (1987)  
Kipfer, Esther: 10-12-jährige Kinder äussern sich zur Krankheit, Gesundheit und zum Arztbild. (1992)  
Reinecke, Margareta: Körperbilder von Kindern und Jugendlichen. Körperbezogene Diagnostik in der klinischen Psychologie. (1998)

Themen Therapie und Diagnostik:

Strebel-Schlegel, Barbara: Schlaf und Schlafstörungen im Kindesalter unter besonderer Berücksichtigung des Pavor nocturnus und ihrer Behandlung mit Clozapin. (1975)

Savioz, Monique: Kinderpsychiatrische Tageskliniken - eine vergleichende Literaturstudie. (1977)

Meier, Gerda: Spontanes Malen mit Eltern kinderpsychiatrischer Patienten. Theoretische Grundlagen und erste Erfahrungen. (1977)

Diener, Rudolf: Soziosen im Kindes- und Jugendalter. (1977)

Wälli-Dabrowska, Elzbieta: Die Tagesbehandlung als kinderpsychiatrische Therapieform. (1978)

Borri-Gerber, Antoinette: Bibliothherapie. (1981)

Wolff, Peter: Psychotherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen. (1982)

Baumberger, Rudolf Christian: Diagnostische Ergebnisse pädiatrisch-kinderpsychiatrischer Zusammenarbeit am Beispiel der Kinderklinik des Kantonsspitals Winterthur 1971-1980. (1987)

Shah, Arun: Medizinstudenten unter Prüfungsbelastung: Selbstmedikation und andere Bewältigungsansätze. Pilotstudie am Staatsexamen 1984 in Zürich. (1987)

Peter-Schlegel, Victoria Margrith: Medizinstudenten unter Prüfungsbelastung: Belastungsfaktoren und Strategien zur Spannungsbewältigung. Teilergebnisse von 29 Gesprächsprotokollen mit Absolventen des eidgenössischen Fachexamens für Ärzte 1985 in Zürich. (1988)

Walder, Christoph: Medizinstudenten unter Prüfungsbelastung: Spannungsbewältigung in Form von Selbstmedikation. Gespräche mit Absolventen des eidgenössischen Staatsexamens für Ärzte 1985 in Zürich. (1989)

Zweifel, Hans Ulrich: Medizinstudenten am Staatsexamen. Belastung und Medikamentenkonsum (Inst. f. Sozial- und Präventivmedizin, Prof. Dr. med. F. Gutzwiler; Leitung R. Hornung, H.S. Herzka und A. Tschoop). (1993)

Otscheret-Zeevi, Elisabeth: Ambivalenz als Chance. Geschichte und dialogische Interpretation der menschlichen Zwiespältigkeit. (1987)

Hotz, Regula: Zur sozialen Entwicklung ehemaliger Tagesklinikpatienten in der Spätadoleszenz. (1988)

Belart-Gasser, Beatrice: Einrichtungen zur Tagesbehandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz, in Deutschland und Österreich. (1991)

Keller, Dagmar: Katamnesen und Zufriedenheitsuntersuchungen Kinder- und Jugendpsychiatrischer Tageskliniken im Vergleich. (1991)

Schütt-Baeschlin, Annemarie. Das Adoptivkind. (1988)

Ganter-Bührer, Gerda: Wenn Kinder nein zur Schule sagen. (1989)

Schärli-Corradini, Beatrice: Bedrohter Morgen. Anregungen des Kindes zu einem kreativen Umgang mit Lebenskrise und Umweltkrise. (1991)

Gloor, Prisca: Mediation. Ein Vermittlungsverfahren für familiäre Konflikte. (1992)

Müller, Peter W: Kinderseele zwischen Analyse und Erziehung. Die Geschichte der Auseinandersetzung der Psychoanalyse mit der Pädagogik. (1992)

Weiss, Regula: Therapie mit gefolterten Flüchtlingen. Schwierigkeiten und Chancen. (1994)

Wintsch, Hanna: Gelebte Kindertherapie. Bedeutende Persönlichkeiten der Kinder- und Jugendpsychotherapie des 20. Jahrhunderts im Gespräch über die therapeutische Beziehung. (1996)

Scherer, Yesim: A mother training and early enrichment project for turkish low ses women and their children in Switzerland. (1997)

Schmidhauser Karin: Der verborgene Stern; Vaterbild und geistige Entwicklung der Frau; Darstellung eines symbolischen Entwicklungsprozesses bei Vaterverlust. (1999)

Hunter Regina: Produktive Scheidungsbewältigung im Kindes- und Jugendalter Resultate einer Befragung von jungen Frauen und Theorien. (1999)

Sarasin Andreas: Dialogik als psychotherapeutisches Prinzip. (2000)

Hain Peter: Psychotherapie - Die Gestaltung therapeutischer Wirkung. (2000)

Gindl Barbara: Anklang fühlen. Emotionale Resonanz als Grundprinzip therapeutischer Beziehung. (2001)

Themen Imaginäres, Kreativität, Transzendenz

Meystre-Koller, Sibylla: Zeichnen zu Musik - eine Untersuchung bei unterschiedlich geförderten und psychisch kranken Kindern. (1975)  
 Annen, Marie-Theres: Das Interesse. Ein Talent zur Gesundheit. (1992)  
 Renz, Monika: Aller Anfang ist Übergang - menschliche Entwicklung im Spannungsfeld zwischen Urvertrauen und Urange. (1993)  
 Andina-Kernen, Annemarie: Über das Entstehen von Symbolen. Der Symbol- oder Gestaltbildungsprozess aus künstlerischer, psychoanalytischer und kunstpsychotherapeutischer Sicht. (1994)  
 Harder, Gabriela: Kinder der Gegenwart und «Geistigkeit». (1995)  
 Haemmerle, Patricia Anna: Schattenriss der Zeit. Fotografie und Wirklichkeit. (1996)  
 Meili, Erika: Kinderbilder - Innere und Äussere Wirklichkeit. Bildhafte Prozesse in Entwicklung, Lebenswelt und Psychotherapie des Kindes. (1996)  
 Etienne Klemm Ruth: Innere Bilder Entstehung und Ausdruck von Ein-Bildungen und ihr therapeutisches Potential. (1999)

#### Themen Entwicklungsdiagnostik und Behinderung:

Sommerhalder-Moser, Renate: Stand der Forschung über die Anfänge der Sprachentwicklung. Übersicht über die Literatur 1964-1974. (1975)  
 Aepli, Marianne: Mimik und Gestik beim Kind. Übersicht über die Literatur. (1977)  
 Ilg, Christiane: Das Weltbild des blindgeborenen Kindes und seine gestalterische Darstellung. Literatur, Bericht über eine Längsschnittuntersuchung und Ergebnis einer eigenen, an 4 blindgeborenen Kindern durchgeführte Untersuchung. (1987)  
 Schuurmans Stekhoven, Julian: Zur Förderung des behinderten Kindes: Praxis und Paradigma der Heilpädagogik nach Rudolf Steiner. (1988)  
 Piros Andrea: Die Adoleszenzkrise: Themen und Bilder. Adoleszenzkrise in Spielfilmen. (1999)  
 Thalmann-Hereth Karin: Jugend zwischen Früh und Spät: Die "sophisticated generation". (2000)

#### Themen Geschichte und Kulturen:

Graf-Nold, Angela: Hermine von Hug-Hellmuth - Werk und Leben der ersten Kinderpsychoanalytikerin. (1983)  
 Germann-Gereth, Rolf: Oskar Pfister. (1873-1956). Pionier einer tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie bei Jugendlichen und Kindern. (1987)  
 Elkin, Philip John: Spaltung als seelisches und kulturelles Phänomen. Erscheinungsformen und Umgangsweisen. (1991)  
 Zollinger, Marianne: Zur Häufigkeit und Dauer der Besuchsrechtsregelung von Scheidungskindern. Eine Befragung von Betroffenen im Lehrlingsalter. (Arbeit unter Leitung von W. Felder). (1991)  
 Uehli Stauffer, Beatrice: Else Freistadt Herzka 1899 bis 1953 - eine Frauengestalt zwischen Liebe, Psychologie und Emigration. (1993)  
 Keller, Roswitha J: Kleinkinder-Gesellschaften. Notwendigkeit und Modelle familienergänzender Erziehung, Betreuung und Bildung. (1994)  
 Schaffner, Elisabeth: Zur Geschichte der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen in den Kantonen Solothurn, Freiburg, Bern, Jura, Aargau und Neuenburg. (1996)  
 Pally, Christoph: Annäherungen an Identität. Beschreibung des Spannungsfeldes zwischen der Innenwelt und der Aussenwelt mit Hilfe des dialogischen Konzeptes. (1997)  
 Bär Mätzener Ruth: Eating and Feeding The Significance of Food in Western Culture. (1999)  
 Hirlinger-Fuchs Franziska: Bilderbücher und ihre Wirklichkeiten vom Struwelpeter bis zur Menschenfresserin. (1999)  
 Rickenbacher-Fromer Corinne: Mutterbilder und ihre ideologischen und religiösen Bezüge. (1999)  
 Pupato Katharina Antonia:  
 Die Darstellung psychischer Störungen im Film. Mit einem Beitrag zur Verwahrlosung im Kindes- und Jugendalter und einem Katalog ausgewählter Filme zur Psychopathologie. (2000)  
 Bieber-Delfosse Gabrielle:

Vom Medienkind zum Kinderstar. Einfluss- und Wirkfaktoren auf Vorstellungen und Prozesse des Erwachsenwerdens. (2001)  
Schäppi-Liechti Iris Prof. Dr. med. Jakob Lutz, Leben und Werk (2001)  
Rauchfleisch Stefanie. Aufwachsen in religiösen Gruppierungen - zwischen Abgrenzung und Ausgrenzung: Eine qualitative Studie. (2001)  
Strzalkowski Karolina; Jugend und Alkohol in Polen an der Schwelle zum 21. Jahrhundert Risikofaktoren einer postkommunistischen Realität am Beispiel des Konsums und Missbrauchs von Alkohol unter Jugendlichen. (2002)  
Jeannine Zeirah-Orban: Jüdische Identität am Beispiel der Schweiz. Vielfalt und Entwicklung.. (2005)

Themen Misshandlung und Verfolgung, Rechtsfragen

Von Schuhmacher, Annemarie: «Das Recht gehört zu werden» und das unbewusste innere Kind. Zu Artikel 12 der Konvention über die Rechte des Kindes. (1996)  
Silva Panez De Miele, Ana Giselle: Psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern, die politisch motivierter Gewalt ausgesetzt waren - psychosoziale Prozesse und Mechanismen. (1997)  
Schürch-Josen, Rica: Widerstand als Entwicklungsprozess. Eine Auseinandersetzung mit den Einflüssen von Macht, Aggression und Gewalt auf die Kindheit. (1998)  
Scherer, Lukas: State Party Report on the Status of Education to the United Nations Committee on the Rights of the Child and the International Bureau of Education: Analyse, Comparisons and a Proposition for an Experimental Reporting System. (1998)  
Baumgartner-Bruhin Rosmarie: Zur Psychologie und Psychopathologie von Migrantenkindern und -jugendlichen und ihrer Darstellung im Film. (1999)  
Wyss-Wanner Maja: Ein Leben für Kinder. Leben und Werk von Marie Meierhofer. (1999)  
Zanotta Silvia: Zur Psychologie und Psychopathologie von Migrantenkindern und - jugendlichen und ihrer Darstellung im Film. (1999)  
Kammerer Irina. Überschattete Kindheit im Lichte des Filmes Sexuelle Ausbeutung und ihre filmische Darstellung mit besonderer Berücksichtigung von Knaben. (2001)  
Frigerio Martina Marina und Merhar Susanne: Italiener in der Schweiz - Psychologische Geschichte einer hundertjährigen Einwanderung. Eine ressourcenorientierte Studie aus Perspektive der Nachkommen. (2002)  
Rigamonti Largey Mirjam Maria Bruna: Gewalt verstehen? Individuumorientierte psychologische Bemühungen. (2002)

## QI 9

**Buchreihe „Betrifft Kindheit. Kinder und Jugendliche kennen und verstehen- eine Informationsreihe“, herausgegeben von H. S. Herzka im Verlag Pro Juventute, Zürich, 1990-1999.**

1990 Schütt-Baeschlin, A. Das Adoptivkind. Entwicklung - Probleme - Hilfestellungen.  
1991 Ganter-Bührer, G. Wenn Kinder Nein zur Schule sagen. Harder, G.M. Sterben und Tod eines Geschwisters. Keller, R.J. Die Spielgruppe. Sanfte Hilfe bei Entwicklungsproblemen des Kleinkindes. Schär, A. Was ist Hochbegabung?  
1992 Binswanger, R. S'Rottüfeli wott go Gäld stäle. Dokumente zur Vorstellungswelt zerebral-bewegungsgestörter Kinder. Jeanrenaud, M.-L., Rickenbacher-Fromer, C., Flury Sorgo, A. Mutterschaft, Berufstätigkeit und Kleinkind. Chancen und Risiken. Schärli-Corradini, B.M. Bedrohter Morgen. Kind, Umwelt und Kultur.  
1993 Gloor, P. Mediation. Ein Vermittlungsverfahren für familiäre Konflikte.  
Meili, E. Wenn Kinder zeichnen. Bedeutung, Entwicklung und Verlust des bildnerischen Ausdrucks. Müller, P.W. Kinderseele zwischen Analyse und Erziehung. Zur Auseinandersetzung der Psychoanalyse mit der Pädagogik.  
Zünd-Reinecke, M. Betreuung krebskranker Kinder. Psychosoziale Aufgaben in in- und ausländischen Kinderkliniken.  
1994 Brunner, M. Gewalt von Schülern... und was die Schule damit zu tun haben könnte. Wegmann Civelek, A. Kindsentführung durch den Vater. Die Bedeutung für Mutter und Kind.

1995 Dietschi Keller, U. Bilderbücher für Vorschulkinder. Bedeutung und Auswahl.  
Keller, R.J. Kleinkinder-Gesellschaften. Notwendigkeit und Modelle  
familienergänzender Erziehung, Betreuung und Bildung. Richterich, L. Praxis und  
Theorie der sozialpädagogischen Familienhilfe.  
1996 Caviezel-Hidber, D. Lieber schnell und schmerzhaft? Ein Modell der  
Spitalvorbereitung für Kind und Eltern.  
1997 Bertenghi, C. Kinder drogenabhängiger Eltern.  
1999 Bieber-Delfosse, G. Kinder der Werbung. Die Einflüsse einer  
Mediengesellschaft auf das Aufwachsen der Kinder.

## **QI 10**

### **Aufgabenkatalog der Kinderpsychologin einer pädiatrischen Station aus kinderpsychiatrischer Sicht (27. August 1976), für M. Leuenberger.**

Hauptziel: Psychologische Diagnostik und Therapie der in der Kinderklinik  
hospitalisierten Kinder, unter der doppelten Leitung des pädiatrischen Chefarztes und  
des kinderpsychiatrischen Konsiliarius, unter Einschluss der Beratung des übrigen  
Personals und der Eltern.

Aufgaben und Kompetenzen im Einzelnen:

#### 1. Vorwiegend körperlich kranke Kinder

- 1.1. Beratung des Personals und der Eltern in der Handhabung psychologischer  
Probleme bei chronisch kranken Kindern (beispielsweise Diabetes, Mukoviszidose,  
Herzpatienten).
- 1.2. Einleiten und Vermitteln von Therapien für solche Patienten, welche ihre  
chronische Krankheit psychisch nicht verarbeiten können.
- 1.3. Psychologische Betreuung bei besonderen akuten Eingriffen und Ausarbeiten der  
dabei notwendigen Methodik (beispielsweise Operationsvorbereitung, schmerzhafte  
Eingriffe).
- 1.4. Stützende Therapie bei Fatalekranken (beispielsweise Leukämiepatienten) und  
damit verbundene Eltern- und Personalberatung.
- 1.5. Abklärung oder Einleitung der notwendigen diagnostischen Massnahmen bei  
Kindern mit Entwicklungsstörungen.

#### 2. Psychosomatisch kranke Patienten

- 2.1. Durchführung der Psychodiagnostik (Testuntersuchungen beim Patienten).
- 2.2. Durchführung der psychologischen Anamnese einschliesslich die  
Entwicklungsanamnese in Ergänzung zur pädiatrischen Anamnese.
- 2.3. Herausarbeiten wichtiger psychologischer Sachverhalte, zusammen mit dem  
zuständigen Assistenten und den Schwestern.
- 2.4. Vorbereiten der gemeinsamen Besprechung zwischen den Mitarbeitern der Klinik  
und dem kinderpsychiatrischen Konsiliarius, Durchführung dieser Besprechung.
- 2.5. Planung und Durchführung der psychotherapeutischen oder beratenden  
Massnahmen im Anschluss an die gemeinsame Besprechung, in Zusammenarbeit mit  
dem zuständigen Assistenzarzt.

#### 3. Vorwiegend psychiatrische Patienten (beispielsweise Pubertätsmagersucht, Enuresis-Patienten)

- 3.1. Vorbesprechen der psychologischen und psychiatrischen Abklärung mit dem  
zuständigen Assistenten.
- 3.2. Planen und Durchführen notwendiger Massnahmen wie Zuweisung an  
Kinderpsychiatrischen Dienst, Schulpsychologischen Dienst,  
Erziehungsberatungsstellen, etc.
- 3.3. In einzelnen Fällen Untersuchung und Massnahmen wie bei psychosomatischen  
Patienten.

#### 4. Weitere zusätzliche Aufgaben

- 4.1. Weiterbildung des Personals in Belangen der klinischen Psychologie, in Zusammenarbeit mit dem kinderpsychiatrischen Konsiliarius.
- 4.2. Ausarbeiten der eigenen Methoden für die obgenannten Arbeiten, teils in Modifikation bereits vorhanden, teils neu auszuarbeiten.
- 4.3. Zusammenarbeit mit dem pädiatrischen Chefarzt und dem kinderpsychiatrischen Konsiliararzt bei der Durchführung von wissenschaftlichen Arbeiten, (beispielsweise Dissertationen aus dem Bereich der Psychosomatik).
- 4.4. Organisation der Zusammenarbeit zwischen Psychodiagnostik und Psychotherapie und den pädagogischen Einrichtungen wie Kindergarten und Schule. Koordination dieser Arbeit mit den somatisch- medizinischen Belangen.
- 4.5. Zusammenarbeit mit den auswärtigen Kinderpsychiatrischen- und Kinderpsychologischen Stellen und mit den Institutionen der Jugendfürsorge (letzteres in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst).

## QI 11

**Zum Thema Euthanasie: Auszug aus der Internetseite**  
[http://de.wikipedia.org/wiki/Aktion\\_T4](http://de.wikipedia.org/wiki/Aktion_T4).

Hintergründe und historische Einordnung: Die im Dritten Reich praktizierte sogenannte „Euthanasie“ geht auf die schon in den 1920er-Jahren entwickelte Idee einer „Rassenhygiene“ zurück und steht im Zusammenhang mit dem in der nationalsozialistischen Ideologie festgelegten Endziel einer „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Klarzustellen ist hierbei, dass es sich nicht um Euthanasie im Sinne einer vom Patienten gewünschten Sterbehilfe bei einer unheilbaren Krankheit handelte, sondern um einen Euphemismus für die geplante und systematische Tötung von sogenannten „Erb- und Geisteskranken, Behinderten und sozial oder rassistisch Unerwünschten“.

Die sogenannte „Aktion T4“ war Teil einer stufenweise verwirklichten Entwicklung, hin zu einem der Kernziele der nationalsozialistischen Ideologie, der „Aufartung“ beziehungsweise „Aufordnung“ des deutschen Volkes. Hierzu gehörten Massnahmen wie Ehestandsdarlehen, Kinderbeihilfen, Steuererleichterungen und Zuweisung von Siedlerstellen und Erbhöfen zur Förderung von rassistisch erwünschtem zahlreichen Nachwuchs. Negativ sollte eine „Beeinträchtigung des deutschen Volkskörpers“ durch die Verhinderung der Fortpflanzung von Menschen mit einer (angeblichen) Erbkrankheit oder einfach nur sozial und rassistisch unerwünschten Menschen sowie schliesslich durch Ausmerzen in Form der Vernichtung von „lebensunwertem Leben“ ausgeschlossen werden. Heilen oder Vernichten waren somit die komplementären Teile der NS-Ideologie. Federführend bei der Gesetzgebung war der Reichsminister des Innern Wilhelm Frick.

Eingeleitet wurde die diesem Ziel dienende Entwicklung mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933“ (RGBl 1933 I, 529), das eine auch zwangsweise Sterilisation von Menschen mit vermeintlich erblichen Krankheiten vorsah. Insgesamt bis zu 400.000 Männer und Frauen wurden zwangssterilisiert, wobei über 6.000 Menschen zu Tode kamen

Durch das „Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 26. Juni 1935 (RGBl 1935 I, 773) wurde der Schwangerschaftsabbruch bei diagnostizierter Erbkrankheit legalisiert. Hinzu kamen neben der schon bestehenden medizinischen Indikation 1938 die rassistische Indikation und 1943 die „ethische“ Indikation.

Heirat und ausserehelicher Verkehr mit fremdrassigen Menschen wurde durch das „Gesetz zum Schutz des deutschen Blutes und der deutschen Ehre“ vom 15. September 1935 (RGBl 1935 I, 1146) verboten.

In einem weiteren Schritt wurde mit dem „Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes – Ehegesundheitsgesetz“ vom 18. Oktober 1935 (RGBl 1935 I, 1246) die Eheschliessung von Menschen mit einer (vermeintlichen) Erbkrankheit oder kognitiver Behinderung mit gesunden bzw. nichtbehinderten Menschen unterbunden. Mit der sogenannten „Kindereuthanasie“ im Jahre 1939 wurde die Tötung von erbkranken und kognitiv oder körperlich beeinträchtigten Säuglingen und Kindern eingeführt, der mindestens 5.000 zum Opfer fielen.

Die kurz darauf folgende „Erwachseneneuthanasie“, mit der plangemäss etwa 70.000 Bewohnerinnen und Bewohner von Heil- und Pflegeanstalten sowie Heimen für Menschen mit Behinderung umgebracht werden sollten, wurde nach Ende des 3. Reiches unter dem Begriff „Aktion T4“, nach dem Kürzel „T4“ für die in der Berliner Tiergartenstrasse 4 befindlichen Organisation für die Durchführung der „Erwachseneneuthanasie“ bekannt. Nach offizieller Einstellung der „Aktion T4“ im August 1941, wurde die „Erwachseneneuthanasie“ dezentral weitergeführt. Die Tötung kranker und nicht mehr arbeitsfähiger KZ-Häftlinge bis Ende des Krieges in drei der ehemaligen Tötungsanstalten der „Aktion T4“ (Bernburg, Sonnenstein und Hartheim) wurde nach dem hierfür verwandten Aktenzeichen als Aktion 14f13 bezeichnet. Etwa 20.000 Häftlinge wurden umgebracht. Mit der Aktion Brandt, benannt nach Dr. Karl Brandt, dem Begleitarzt Adolf Hitlers und ab 28. Juli 1942 Bevollmächtigten für das Sanitäts- und Gesundheitswesen sowie ab 5. September 1943 Leiter des gesamten medizinischen Vorrats- und Versorgungswesens, wurden ab 1943 Heil- und Pflegeanstalten für den infolge des zunehmenden Luftkrieges steigenden Bedarf von Ausweichkrankenhäusern in Beschlag genommen. Die Patientinnen und Patienten wurden in besonderen Anstalten konzentriert, die in der Mitte des Reiches oder im Osten lagen. Durch gezielte Tötungen mit überdosierten Medikamenten oder Verhungernlassen durch Unterernährung, wurde deren Zahl drastisch reduziert. Diese Phase nach dem offiziellen Stop der „Euthanasie“ im August 1941 wurde auch als „wilde Euthanasie“ bezeichnet und kostete etwa 30.000 Menschen das Leben.

Beginn und Organisation der „Aktion T4“: Bereits im Juli 1939 fand eine Beratung Hitlers mit dem Reichsgesundheitsführer Dr. Leonardo Conti, dem Chef der Reichskanzlei Hans Heinrich Lammers und Martin Bormann als Leiter der Parteikanzlei statt. Gegenstand war die Fortführung der bereits laufenden „Vernichtung von lebensunwertem Leben“ durch Einbeziehung psychisch Kranker in die Tötungsmassnahmen im Anschluss an die sogenannte „Kindereuthanasie“.

Mit der Durchführung beauftragte Hitler jedoch nicht Dr. Conti, sondern den Leiter der Kanzlei des Führers (KdF) Philipp Bouhler, nachdem dieser bereits die Federführung in der „Kindereuthanasie“ innehatte. Dieser terminierte am 10. August 1939 ein Gespräch mit Dr. Brandt, Dr. Conti, Ministerialdirigent Dr. Herbert Linden vom Reichsministerium des Innern und seinen eigenen Mitarbeitern Oberdienstleiter Viktor Brack (Leiter des Hauptamtes II) und Dr. Hans Hefelmann (Leiter des Amtes IIb) aus der KdF sowie einer Auswahl von Ärzten, die als die erforderlichen Mitarbeiter für die Durchführung der sogenannte „Erwachseneneuthanasie“ beziehungsweise später der „Aktion T4“ gewonnen werden sollten. Im Fortgang dieser Besprechungen unter dem als medizinischen Leiter berufenen Würzburger Universitätsprofessor für Psychiatrie und Neurologie Dr. Werner Heyde, wurde der Kreis der Mitarbeiter auf die erforderliche Grösse ausgedehnt.

Im Oktober 1939 ermächtigte schliesslich Hitler mit einem auf den 1. September 1939, dem Tag des Kriegsbeginnes zurückdatiertem Schreiben (um offensichtlich einen Zusammenhang herzustellen zwischen dem „Krieg nach aussen“ und dem „Krieg nach innen“) den Leiter der KdF Bouhler und dem „Begleitarzt des Führers“ Dr. Karl Brandt als medizinischen Fachmann, mit der organisatorischen Durchführung der als „Euthanasie“ verbrämten Tötung von „lebensunwertem Leben“. Dieses in den Dokumenten des Internationalen Militärgerichtshofes in Bd. XXVI, S. 169, Dok. 630-PS registrierte Schreiben auf Hitlers privatem Briefpapier hat folgenden Wortlaut (s.):

„Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, dass nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann.“

Ein auf das Originaldokument gesetzter Randvermerk des Reichsjustizministers Dr. Gürtner belegt, dass der Befehl 1940 von Bouhler dem Reichsjustizministerium übergeben worden ist.

Da die Kanzlei des Führers im Zusammenhang mit den beschlossenen Massnahmen nicht öffentlich in Erscheinung treten sollte, wurde eine semistaatliche Sonderverwaltung gebildet, die formal dem Hauptamt II der KdF, geleitet von Viktor Brack, unterstellt wurde, ab April 1940 in einer Villa in der Berliner Tiergartenstrasse 4 untergebracht war und durch den Reichsschatzmeister der NSDAP finanziert wurde. Diese Zentraldienststelle war in folgende nach aussen hin selbständige Institutionen untergliedert:

Reichsarbeitsgemeinschaft „Heil- und Pflegeanstalten“ (RAG), zuständig für die Erfassung der Opfer mit der medizinischen (Prof. Dr. Werner Heyde) und der Verwaltungsabteilung (Dr. Gerhard Bohne).

„Gemeinnützige Krankentransport GmbH“ (Gekrat), mit der Aufgabe der Verlegung der Opfer in die Zwischen- beziehungsweise Tötungsanstalten (Leiter Reinhard Vorberg).

„Gemeinnützige Stiftung für Anstaltspflege“, offiziell der Arbeitgeber der etwa 400 T4-Mitarbeiter (Leiter Schneider).

„Zentralverrechnungsstelle Heil- und Pflegeanstalten“ (ZVSt), Abwicklung der Kosten mit den Anstaltsträgern (Leiter Gustav Adolf Kaufmann).

Für die Auswahl der Opfer waren 40 sogenannte Gutachter berufen worden, die anhand einer Patientenbeschreibung auf Meldebögen über deren Schicksal entscheiden sollten. Die Menschen, die sie zu beurteilen hatten, bekamen sie nicht zu sehen.

In einer Besprechung am 9. Oktober 1939 wurde die Zahl der infrage kommenden Patienten mit etwa 70.000 festgelegt. Dabei wurde das Ziel verfolgt, unheilbare Erbkrankheiten auszurotten und gleichzeitig die Kosten für die Anstaltspflege zu senken. Der Chef des Reichskriminalamtes im Reichssicherheitshauptamt, SS-Gruppenführer Arthur Nebe, war mit der Prüfung eines geeigneten Tötungsmittels beauftragt worden. Dessens Mitarbeiter und Leiter der chemisch-physikalischen Abteilung im Kriminaltechnischen Institut, Dr. Albert Widmann, schlug hierfür die Verwendung von Kohlenmonoxid (CO), einem geruchlosen Gas, vor.

Mit Runderlass vom 9. Oktober 1939 der von Dr. Conti geleiteten Abteilung IV des Reichsministeriums des Innern, wurden die in Frage kommenden Heil- und Pflegeanstalten zur Benennung bestimmter Patientinnen und Patienten mittels Meldebögen (s.) aufgefordert, auf denen detaillierte Angaben zu Krankheit und Arbeitsfähigkeit zu machen waren. In einem beiliegenden Merkblatt waren als Kriterien für die Auswahl der Opfer vorgegeben:

Schizophrenie, exogene Epilepsie, Encephalitis, Schwachsinn, Paralyse, Chorea Huntington, Menschen mit seniler Demenz oder anderen neurologischen Endzuständen, wenn sie nicht oder nur noch mit mechanischen Arbeiten beschäftigt werden konnten.

Menschen, die schon länger als fünf Jahre in der Anstalt waren.

Kriminelle „Geisteskranke“.

Menschen, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besaßen oder nicht deutschen oder artverwandten Blutes waren.

Die betroffenen Anstalten wurden über den eigentlichen Zweck dieser Erfassung im Unklaren gelassen und lediglich auf die Notwendigkeit einer planwirtschaftlichen Erfassung verwiesen.

Die an den zuständigen Referenten Dr. Herbert Linden im Reichsministerium des Innern zurückgegebenen Meldebögen wurden an die T4-Zentrale weitergeleitet. Dort wurde nach Anlegen einer Karteikarte von jedem Meldebogen Fotokopien gefertigt und an drei Gutachter gesandt. Die Gutachter trugen ihre Entscheidung in einem schwarz umrandeten Kasten auf die Meldebogenkopie mit einem roten „+“ für „Töten“ und einem blauen „-“ für „Weiterleben“ ein. Konnte sich ein Gutachter nicht entscheiden, versah er den Meldebogen mit einem „?“ und gegebenenfalls einer Bemerkung. Eine wichtige Rolle bei der Beurteilung spielte die Frage, ob der



betreffende Mensch als arbeitsfähig und heilbar bewertet wurde (: weiterleben) oder nicht (: töten).

In der T4-Zentrale wurden die Eintragungen auf den so begutachteten Meldebögenkopien auf die Originale übertragen und diese an einen der beiden Obergutachter zur abschliessenden Entscheidung vorgelegt. Obergutachter waren Prof. Dr. Werner Heyde und Ministerialdirigent Dr. Herbert Linden vom Reichsinnenministerium (nach einem halben Jahr abgelöst durch Prof. Hermann Nitsche, der im Dezember 1941 auch Nachfolger von Heyde als medizinischer Leiter der T4 wurde). Die Obergutachter verwendeten die gleichen Zeichen wie die Vorgutachter mit Ausnahme des „?“ . Alle insgesamt vier Gutachter entschieden ohne die betreffenden Menschen je gesehen zu haben.

Zurück in der T4-Zentrale wurden die mit einem roten „+“ gekennzeichneten Meldebögen zusammen mit Kopien an den Leiter der Gekrat, Reinhold Vorberg, übergeben. Dort wurden die Verlegungslisten zusammengestellt, die über das Reichsministerium des Innern an die betroffenen Anstalten und den bei der zuständigen Tötungsanstalt stationierten Transportstaffeln der Gekrat verschickt.

Aufbau der Tötungsanstalten: Im Keller dieses Gebäudes (Abbildung hier weggelassen. H.S.H)) in Pirna-Sonnenstein wurden in den Jahren 1940/41 13720 Menschen mit kognitiver Behinderung und psychischer Erkrankung sowie mindestens 1.031 Häftlinge aus Konzentrationslagern vergast.

Mit den obengenannten Meldebögen an die einzelnen Anstalten zur Erfassung der in Betracht kommenden Menschen, wurde auch ein zweiter Meldebogen mit Fragen zu den Anstalten selbst, wie Baujahr, Grösse, besondere Einrichtungen, Bahnanschluss und so weiter versandt. Auf diese Weise sollten Erkenntnisse über geeignete Anstalten für die Tötung der ausgewählten Opfer gewonnen werden.

Anfang Oktober 1939 besuchte Dr. Linden vom Reichsinnenministerium den Leiter des Württembergischen Gesundheitsdienstes im dortigen Innenministerium, Dr. Egon Stähle, und eröffnete ihm die Planungen der Reichsregierung zur Reduzierung erb- und geisteskranker Anstaltsinsassen, verbunden mit der Forderung, eine geeignete Anstalt in Württemberg zu benennen, in der die „Euthanasie“ des genannten Patientenkreises durchgeführt werden könnte. Stähle schlug hierfür die Samariteranstalt Grafeneck in der Nähe von Marbach vor. Diese wurde am 12. Oktober 1939 beschlagnahmt, von allen Patienten geräumt und kurz darauf für den vorgesehenen Zweck umgebaut. Neben Büro- und Personalräumen wurde in einer 300 m vom Schloss entfernt stehenden Holzbaracke ein als „Duschraum“ bezeichneter gasdichter Tötungsraum eingerichtet. Neben der Baracke wurden drei fahrbare Krematoriumsöfen installiert und die Anlage mit einem Bretterzaun abgesichert. Von der näheren Umgebung wurde die Einrichtung durch SS-Posten abgesichert (ausführlich unter [www.deathcamps.org/euthanasia/grafeneck\\_d.html](http://www.deathcamps.org/euthanasia/grafeneck_d.html)). Im Januar 1940 begann die Tötungsanstalt Grafeneck ihren „Betrieb“ aufzunehmen.

Im Gebiet des Deutschen Reiches wurden zwischen 1939 und 1941 sechs T4-Tötungsanstalten errichtet:  
Grafeneck in Gomadingen (Baden-Württemberg), 20. Januar 1940 - Dezember 1940  
Brandenburg in Brandenburg an der Havel (Brandenburg), 8. Februar 1940 - Oktober 1940  
Hartheim in Alkoven bei Linz (Oberösterreich), 6. Mai 1940 - Dezember 1944  
Sonnenstein in Pirna (Sachsen), Juni 1940 - September 1942  
Bernburg in Bernburg (Sachsen-Anhalt), 21. November 1940 - 30. Juli 1943  
Hadamar in Hadamar (Hessen), Januar 1941 - 31. Juli 1942

In den von Deutschland annektierten Gebieten Nord- und Westpolens (Reichsgaue Danzig-Westpreussen und Wartheland) gab es weitere Tötungsanstalten, die aber zunächst nicht der T4 unterstanden.“

## QI 12

**Die Verhandlungen des Kantonsrates, Neue Zürcher Zeitung, 27. April 1982. Ja zum Bau einer psychiatrischen Klinik für Jugendliche. Entscheidung durch die Stimmberechtigten 168. und 169. Sitzung: Montag, 26. April; 8 Uhr 15 und 14 Uhr 30**

**Vorsitz: Präsident Rüfenacht (svp., Hausen)**

„Psychiatrische Klinik für Jugendliche

Wie hier bereits ausführlich dargelegt, beantragt die Regierung die Genehmigung eines Kredites von 18,15 Mio Fr. zum Bau einer psychiatrischen Klinik für Kinder und Jugendliche an der Lenggstrasse bei der Psychiatrischen Klinik Burghölzli in Zürich.

Kommissionsvotanten

Bertschinger (svp., Pfäffikon), Präsident der vorberatenden Kommission, erläutert die Vorlage. Die Kommission hat auch das vorgesehene Konzept geprüft und diskutiert und dazu verschiedenen Experten konsultiert. Der heutige Zustand ist sehr unbefriedigend. Das neue Konzept wird es erlauben, auch Notfälle aus Krisensituationen aufzunehmen. Die Patienten wohnen in Gruppen von 6 bis 8 Personen. Die Klinik verfügt auch über eine geschlossene Station für straffällige Ersttäter. Die Gegner sehen als Alternative kleine, dezentralisierte Wohneinheiten vor. Die Kommission hat die Opposition angehört. Einig ist sich die Kommission mit den Gegnern, dass in die Klinik nur schwerstgestörte Jugendliche aufgenommen werden sollen. Die Kommission beantragt mit allen gegen 2 Stimmen Eintreten und Genehmigung des Kredites. Die SVP-Fraktion schliesst sich diesem Antrag an.

Hurwitz (sp., Zürich) vertritt die kleine, ablehnende Kommissionsminderheit und etwa die ablehnende Hälfte der SP-Fraktion. Der Votant beantragt Nichteintreten und begründet dies zunächst mit dem abnehmenden Bedarf an Betten. Die Befragung bei vielen zuständigen Stellen hat zwar ergeben, dass ein Bedarf nach etwas besteht, es ist aber nicht deutlich geworden, ob dieses Etwas so aussehen soll, wie die Vorlage es vorsieht. Der Hauptbedarf sind Jugendliche über 14 Jahre, die nicht an schweren Geisteskrankheiten leiden, sondern an sozialen Verhaltensstörungen. Das vorgelegte Projekt stimmt mit der wirklichen Bedarfslage nicht überein; der Votant spricht von "Hospitalismus", der bekämpft werden muss. Das vorgesehene Konzept "gehört ins Museum".

Es ist vielmehr nötig, dezentralisierte Wohngruppen für Jugendliche, dezentralisierte Krisenzentren und Drogenplätze zu schaffen, ausserdem braucht es einige (wenige) Kinderpsychiatrieplätze. Die Vorlage ist abzulehnen, es soll drauf nicht eingetreten werden.

Nigg (cvp., Zürich) teilt mit, seine Fraktion stimme mehrheitlich zu. Vor allem sollten keine Kinder mehr in Erwachsenenkliniken untergebracht werden. Die Erhebung der Gesundheitsdirektion bei Ärzten und Kliniken ist sorgfältig durchgeführt worden und hat ein positives Ergebnis gezeitigt. Projekt und Konzept sind richtig. Der Standort ist gut gewählt; von einer "Stigmatisierung" der Patienten wegen der Nähe zum Burghölzli kann im Ernst nicht die Rede sein. Einem Teil der Opposition geht es nicht um das Projekt, sondern um bestimmte Personen und Konzepte der Psychiatrie. Die Fraktion der CVP wird allerdings den Antrag stellen, die Vorlage der Volksabstimmung zu unterstellen.

Frau Heberlein (fdp., Zumikon) beantragt namens einer Mehrheit ihrer Fraktion Zustimmung. Die Notwendigkeit der Unterbringung von schwerstkranken Jugendlichen ist unbestritten. Ihre Unterbringung in kleinen Gruppen von 8 Personen ist heute nirgendwo möglich. Die heute hinter dem Betriebskonzept stehenden Personen gewährleisten dessen einwandfreie Anwendung; die nötige Flexibilität zur Anpassung an wechselnde Gegebenheiten ist im Projekt vorgesehen.

Signer (sp., Wädenswil) votiert für die etwa hälftige zustimmende Gruppe seiner Fraktion. Die nötige Flexibilität ist gegeben, nicht zuletzt auch zur Aufnahme von Drogenabhängigen, wenn nötig. Der Votant ersucht um Eintreten und Zustimmung.

Zurbuchen (evp., Richterswil) versteht die Opposition nicht ganz. Der Votant leitet seit 3 Jahren eine ähnliche Institution für geistig behindert Kinder. Die Psychiatrie ist bei der Betreuung geistig kranker Kinder heute überfordert. Kinder und Jugendliche gehören nicht in die Erwachsenenpsychiatrie. Speziell vorteilhaft ist die Kombination mit einer offenen Tagesklinik, wobei die Bezeichnung Klinik nicht glücklich ist. Es sollten mehr Erzieher als Mediziner in der "Klinik" arbeiten. Das Argument der Nähe zum Burghölzli kann, da ohne Bedeutung, vernachlässigt werden. Es sollten kinderfreundliche Baumaterialien gewählt werden. Die EVP-Fraktion stimmt mehrheitlich zu. Keller (sp., Zürich) setzt sich kritisch mit den Kritikern auseinander.

Frau Weber (ldu., zürich) möchte die kritischen Einwände der Gegner ernstnehmen. Mit dem Bau der Klinik sind nicht alle Probleme gelöst. Kinder und Jugendliche dürfen nicht bei Erwachsenen untergebracht werden; für eine Übergangsphase ist ihre Unterbringung in der vorgesehenen Klinik richtig. Die LdU-Fraktion stimmt mehrheitlich zu, unterstützt aber auch den Antrag, die Vorlage der Volksabstimmung zu unterbreiten.

Hofmann (svp., Uster) votiert für Annahme, obwohl einige Vorbehalte zu berücksichtigen sind: Gewährleistung der nötigen Flexibilität, Schaffung von dezentralisierten Wohneinheiten.

Frau Reiner (sp., Wallisellen) unterstützt den Ablehnungsantrag. Die Klinik sollte nicht gebaut werden. Kritik übt die Votantin vor allem am vorgesehenen Standort, in der Nähe von verschiedenen Kliniken. Dazu wird ein Viertel des Personals in Ausbildung sein; es bedarf dafür des nötigen "Patientengutes".

Toscano (fdp., Effretikon) stellt die Frage nach der Notwendigkeit und Dimension der Vorlage. In Tübingen wurde das Zürcher Modell befürwortet. Nirgendwo, wo sich die Kommission erkundigte, ist man für die Aufnahme schwerster Fälle eingerichtet. Es geht nun aber um diese schwersten Fälle. Dem Projekt der Regierung ist daher zuzustimmen, und zwar auch in bezug auf die vorgesehene Grösse. Der Rat sollte sich allerdings nicht der Verantwortung entziehen, über die Vorlage selber abzustimmen; dem Vorschlag auf obligatorische Volksabstimmung steht der Votant skeptisch gegenüber.

Frau Rota (cvp., Wädenswil) stimmt der Vorlage zu, auch wenn trotz der Klinik die ambulanten Möglichkeiten weiter ausgebaut werden sollen. Enttäuscht ist die Votantin (zusammen mit anderen) über die tendenziöse Berichterstattung am Fernsehen ("Schirmbild").

Weitere Redner

Müller (sp, Zürich) setzt sich kritisch mit der ablehnenden Hälfte seiner Fraktion auseinander. Auch ihre Vorschläge lösen das Drogenproblem nicht. Das Bedürfnis nach einer Klinik ist ausgewiesen. Sie ergänzt das Behandlungsangebot und macht weitere dezentralisierte Stationen nicht überflüssig.

Frau Pestalozzi (evp., Zürich) tritt namens des Pflegepersonals für Nichteintreten ein. Die anstehenden Probleme müssen schon vor dem Bau der Klinik gelöst werden. Schwierigkeiten sieht die Votantin in bezug auf die Besetzung der Personalstellen voraus. Zudem ist die Klinik zu gross. Der Nichteintretensantrag wird von einer Minderheit der EVP-Fraktion unterstützt

Bautz (poch., Zürich) befürchtet, es sei bei einem Bau der Klinik kein Geld mehr vorhanden für die notwendigen dezentralisierten Zusatzeinrichtungen. Verwaltungen sind schlecht lernfähig und hängen nur althergebrachten Konzepten nach. Das Konzept der Klinik ist falsch, der Standort ebenfalls; der Kredit soll für andere Formen der Betreuung ausgegeben werden.

Sieg (sp., Zürich) kritisiert zunächst die Abstimmungspropaganda für das Gesundheitsgesetz. Irgendwie Tolerierbare unserer Gesellschaft sollten nicht in eine Klinik versenkt werden; die Nichtnormalen versuchen wir wieder zu integrieren. Der Hospitalismus ist ein Problem in der Schweiz. Der Votant setzt sich dann mit den Aus- bzw. Eingesprengten auseinander und mit der Gesellschaft, die sie ausschliesst. Zudem ist die Frage nach dem in die Klinik gehörenden "Patientengut" offen. Auf die Vorlage soll nicht eingetreten werden, die "Abschreibetendenz" der Gesellschaft muss bekämpft werden.

Frau Maurer (fdp., Adliswil) geht es um die Frage, ob jemand an seinem Zustand leidet oder nicht. Leidende können auch in die "Aussenwelt" (ausserhalb der Klinik) abgeschoben werden. Wir brauchen mehr therapeutische Tages- und auch Wohnzentren. Der Name der Klinik sollte geändert, der Bau wohnlich gestaltet werden. Auch der Name Burghölzli sollte nicht mehr verwendet werden. Mögliche Änderungen der Zweckbestimmung sollten offengehalten werden. Die Votantin unterstützt die Vorlage. Hafner (sp., Wetzikon) setzt sich für die Klinik und für weitere Behandlungsstationen ein. Von "Psycho-Knast" soll nicht die Rede sein.

Geiges (cvp., Herrliberg) weist auf die Notwendigkeit der Schaffung dieser Klinik "für psychotische Jugendliche" (Schwerstgestörte) hin. Das Projekt ist fragwürdig in bezug auf die breite Altersskala der Patienten (Kindergärtner bis 18- und 20jährige) und auf die Grösse der Klinik. Die geschlossene Abteilung ist zu dezentralisieren. Die Stigmatisierung wegen der Nähe zum Burghölzli ist nicht zu vermeiden; wir schaffen ein "Kinder-Burghölzli". Das überriessene und falsch konzipierte Projekt soll zurückgewiesen werden.

Frau Longoni (cvp., Dübendorf) spricht sich für die Vorlage aus; sie ist notwendig, die Schwerstkranken brauchen Hilfe. Es soll nicht von Abschieben von Patienten gesprochen werden.

Gugerli (Idu., Bülach) wendet sich gegen die Schaffung von Wohngruppen mit 8 Schwerstfällen, die Zahl ist auf 3 bis 4 zu reduzieren. Bosshard (sp., Stäfa) ist der Meinung, die Vorlage sollte der Volksabstimmung unterbreitet werden; die Kosten liegen heute über der Kompetenz des Rates. Frau Hofmann (sp., Zürich) übt Kritik an dem kritischen Argument, die Kinder in die Erwachsenenklinik abzuschieben. Indem wir die Erwachsenenklinik schlecht machen, fördern wir die Kinderklinik nicht. Die Vorlage soll zurückgewiesen werden.

Zwischen 12 Uhr und 14 Uhr werden die Verhandlungen unterbrochen.

bl. Zur Fortsetzung der Eintretensdebatte erhält zu Beginn der Nachmittagssitzung als erster Lauffer (fdp., Zürich) das Wort. Er stellt fest, dass hinter der Opposition auch gesellschaftspolitische Vorstellungen stehen. Wir sind der Auffassung, dass psychisch Kranke Abhängige sind, denen wir helfen müssen. Das Bedürfnis nach einer Institution, die Schwerstgeschädigte aufnehmen kann, besteht weiterhin. Mahrer (sp., Zürich) setzt sich für das Referendum ein. Gewerkschaftliche Organisationen des Fachpersonals und andere haben sich gegen das Projekt ausgesprochen. Hurwitz (sp., Zürich) erklärt, die Diskussion habe nicht widerlegt, dass der Bedarf vorwiegend auf der Zahl schwerwiegend verhaltensgestörter beruhe; dafür aber wäre ein anderes Konzept nötig. Alternativen sind nicht genügend geprüft worden. Sieg (sp., Zürich) setzt sich mit Entgegnungen auf sein erstes Votum auseinander und befasst sich mit dem Begriff des Leidens in gesellschaftsbezogener Betrachtung. Frau Maurer (fdp., Adliswil) erläutert ihm den von ihr früher verwendeten Begriff Grenznutzen.

Der Gesundheitsdirektor, Regierungspräsident Wiederkehr, betont, dass die Vorlage für eine kinderpsychiatrische Klinik auf Begehren des Kantonsrates entstanden ist. Es hat sich eine bunte Gegnerschaft gebildet, doch im Hintergrund kommen immer wieder die gleichen Leute zum Vorschein. Im Widerstreit der Fachleute muss man sich an Orientierungspunkte halten: es ist unbefriedigend, dass heute Kinder und Jugendliche in Kliniken für Erwachsene eingewiesen werden müssen. Namhafte Fachleute, die in der Praxis mit den Problemen um diese Patienten zu tun haben,

befürworten das Projekt. Auf absehbare Zeit hinaus gibt es keine alternative Lösung; wird das Projekt abgelehnt, so werden die Investitionsmittel Vorhaben zugeleitet, wo sich die Leute einig sind. Was die "Stigmatisierung" betrifft, so ist es besonders stossend, dass immer die Psychiater auf das Burghölzli hinweisen und die Stigmatisierung beschwören. Zur Frage des Referendums erklärt der Gesundheitsdirektor, auch bei Aufrechnung auf den neuesten Kostenstand sei die Grenze für das obligatorische Referendum nicht überschritten.

Kommissionspräsident Bertschinger (svp., Pfäffikon) unterstreicht, dass vom Personal in Institutionen, die sich mit psychisch kranken Kindern zu befassen haben, der Bau der Klinik als dringend bezeichnet worden ist. Die vorberatende Kommission unterstützt die Vorlage mit grosser Mehrheit.

Der Rat beschliesst mit 87 gegen 33 Stimmen, auf die Vorlage einzutreten.

Detailberatung

Bosshard (sp., Stäfa) beantragt, unter Berücksichtigung der Teuerung die Kreditsumme auf 20 Millionen Franken zu erhöhen; damit würde es auch zum obligatorischen Referendum kommen.

Der Rat entscheidet sich mit 64 gegen 50 Stimmen für eine Kreditsumme von 18 150 000 Franken.

Nigg (cvp., Zürich) beantragt den Beschluss dem Referendum zu unterstellen.

Der Rat stimmt diesem Antrag mit 74 gegen 46 Stimmen zu.

Jagmetti (fdp., Zürich) weist darauf hin, dass die Formulierung, die Vorlage werde "dem obligatorischen Referendum unterstellt", nicht korrekt ist; richtig ist die Formulierung, dass sie "der Volksabstimmung unterstellt" wird.

Mit dieser redaktionellen Änderung sind die Vorsitzende und der Rat einverstanden.

In der Schlussabstimmung heisst der Rat die Vorlage mit 90 gegen 29 Stimmen gut.

Kommissionspräsident Bertschinger (svp., Pfäffikon) ersucht um Abschreibung der Motion, die der Vorlage zugrunde liegt, der Rat beschliesst somit 103 : 0 Stimmen.“

### **QI 13**

**Über ein Praktikum in Berlin von 1981. („Pseudok. Eine Zeitschrift für Psychos und andere Menschen“. Herbst/Winter 1981, genaues Datum unbekannt )**

Die Kinderpsychi über die wir hierzulande im vergangenen Herbst abgestimmt haben ist an anderen Orten bereits alltägliche Realität. In Westberlin wurde sie bereits vor 10 Jahren eingeführt. Wie eine solche psychiatrische Kinderanstalt "funktioniert" zeigt das folgende Resumé eines zweimonatigen Praktikums, das im Sommer 1981 stattgefunden hat.

Das kinderpsychiatrische Praktikum versprach interessant zu werden: Es gab einiges Hin und Her, bis ich akzeptiert wurde und das ist immer ein gutes Zeichen dafür, dass die Stellen begehrt sind. So reiste ich denn im Sommer 81 nach Berlin, um mich in die Geheimnisse der Kinderpsychiatrie einweihen zu lassen und Berlin ist ja auch sonst eine Reise wert.

Die Klinik im vornehmen West-End von Berlin präsentierte sich als ein angenehm überblickbarer, zwischen Platanen und in einem Garten gelegener, villenartiger Altbau. Früher war es ein Ordenskrankenhaus, seit zehn Jahren ist die Abteilung für Neurologie und Psychiatrie der freien Universität (FU) Berlin, die Kinderpsychi, darin untergebracht.

Mein Praktikumsleiter präsentierte sich aufgestellt und locker in schwarzen Lederhosen. Meine Arbeitsbedingungen waren ebenfalls "locker". Das ist so ein Grundgefühl in der Klinik und in Berlin überhaupt: Alles muss 'locker vom Hocker' gehn, auch in herben Situationen. Wahrscheinlich ist das eine Art, um mit der dauernden Pulverfass-Situation der Stadt umzugehen (auf den Strassen läuft dann nicht mehr so locker ab, in keiner anderen Stadt habe ich so viele Autowracks an Mauern und U-Bahn Stützpfeilern kleben sehen).

Auf jeden Fall hatte ich sehr viel Freiheit, mich mit allen möglichen Instanzen und Stellen der Klinik in Kontakt zu setzen und mir die interessanten Sachen herauszupicken. Durch meine Einführung als 'harmloser Schweizer' (alle Schweizer gelten in Berlin als ein bisschen hinter dem Mond) erhielt ich eine gewisse Narrenfreiheit, die mir erlaubte, zwischen den einzelnen Abteilungen und Hierarchiestufen der Klinik hin und her zu fluktuieren. Ich wurde rasch ins Vertrauen gezogen und erfuhr viel von den Freuden und Ängsten der einzelnen Stellen und den aufreibenden internen Querelen.

Die Kinderpsychiatrie sollte ambulante und stationäre Diagnostik schwieriger und unklarer Fälle betreiben. Das Hauptgewicht lag auf der Poliklinik, in der pro Jahr um die tausend Kinder psychologisch und medizinisch untersucht wurden. Im zweiten Stockwerk befand sich die Kinderstation mit zwölf Betten und eine Jugendlichenstation mit acht Betten. Im stationären Bereich wurden pro Jahr ungefähr hundert Kinder und Jugendliche versorgt. Gehegt und gepflegt wurden die Kinder der Stationen und der Poliklinik von 8 Psychologen, 8 Ärzten, die sich zum Psychiater weiterbilden wollten, 2 Sozialarbeiterinnen, 2 Beschäftigungstherapeuten, 2 EEG Assistentinnen, 2 Testassistentinnen,

Die Kinder und Jugendlichen der Stationen wurden zudem von Pflägern und Kinderkrankenschwestern betreut (ein gescheiter Kopf hat einmal errechnet, dass ein psychiatrisiertes Kind von 64 verschiedenen Händen betreut wird).

Die Stationen bestanden aus einem langen 'Spielflur', der an der Vorder- und Hinterseite von einer abgeschlossenen Zugangstüre begrenzt war. An der linken Seite des Flures befanden sich die Zwei- und Dreibettzimmer der Insassen, ein Aufenthaltsraum sowie ein mit Matratzen ausgekleideter 'Toberaum'. Auf der rechten Seite des Flures lagen die Wasch- und Versorgungsräume sowie ein abgeschlossenes Stationszimmer, in welches sich die stressgeplagten Betreuer zurückziehen konnten.

Die Kinder und Jugendlichen verbrachten fast den ganzen Tag in dem engen und stickigen Wohnbereich. Die Fenster liessen sich aus 'Sicherheitsgründen' auch im Hochsommer nicht öffnen und ins Freie kamen die Kinder nur bei sporadischen Aktivitäten wie Einkaufsausflügen, an Badetagen oder zum Drachen fliegen lassen auf den Teufelsberg.

Die Besuchsgelegenheiten waren dürftig. Wenn überhaupt wurden die Kinder während ihres mehrmonatigen Aufenthaltes etwa zweimal in der Woche besucht. Die Besuche waren oft lustlos, manchmal sogar aggressiv und zwar von der Kinder- und Besucherseite her. Häufig beschränkte sich der Besuch auf eine zehnmündige 'Pflichtübung'. Die Klinik förderte das Auseinanderleben von Eltern und Kindern noch weiter, dass durch die Auffälligkeit des Kindes sowieso schon sehr gespannt war. Die Klinik entlastete die Eltern und nahm ihnen gleichzeitig die Möglichkeit, sich mit ihrem Kind auseinanderzusetzen und das Familiengleichgewicht neu einzupendeln. Das Herausnehmen der Kinder aus der Familie schürte bei den Eltern hohe, fast magische Erwartungen. Sie glaubten, das Kind werde durch die Spezialisten nacherzogen, richtig justiert und könne später in der eingespielten Familien- und Schulgemeinschaft besser funktionieren.

Die Notwendigkeit zur eigenen Verhaltensänderung wurde nicht akzeptiert, war doch die aufwendige Spezialbetreuung des Kindes Beweis genug, dass mit dem Kind etwas nicht stimmt und nicht mit der Kommunikation und Interaktion in der Familie.

Den Stationen wurde in der Klinik recht wenig Aufmerksamkeit zugemessen. Hauptsache war, dass sie ausreichend belegt waren, sodass die Facharztausbildung sichergestellt war (die Ärzte verbrachten zwei Jahre an der Klinik und mussten in dieser Zeit zwanzig Gutachten erstellen, um den Kinderpsychiater-Titel zu erhalten).

Das Hauptgewicht lag auf einer prestigeträchtigen Forschung, die zwar während meiner Arbeitszeit seit einigen Monaten ruhte, aber - vom apparativen Aufwand her - einiges versprach. Zwei Videobeobachtungsräume standen zur Verfügung mit mehreren fernsteuerbaren Kameras, die sich in eingelassenen Kästen hinter dicken, getönten Scheiben unauffällig drehten. Kein Detail blieb verborgen: Ein Kind konnte zugleich von drei Seiten her aufgenommen und 'verhaltensbeobachtet' werden.

Vielseitig verwendbar war der mittelgrosse Hauscomputer. Der eigens dazu eingestellte Mathematiker unterhielt sich köstlich mit komplizierten Videogames und prüfte mit Hilfe verschiedener Softwarepaketen jede Diagnose, die in der Klinik gestellt wurde, auf ihre interne Konsistenz. Bei jeder Untersuchung wurde ein langer Symptomfragebogen ausgefüllt, aus dem der Computer mit Hilfe eines Rechenprogrammes eine Diagnose erstellte. Die errechnete Diagnose wurde in einem zweiten Schritt mit der vom Fragebogenausfüller gestellten Diagnose verglichen. Bei Unstimmigkeiten schlug der Computer Alarm. Falls also ein Untersucher das Symptom Kopfschmerzen ankreuzte, bei der Diagnose den körperlichen Zustand mit ohne Befund bezeichnete, erhielt der Untersucher vom Computer einen freundlichen Brief ausgedruckt, in dem er sich höflich nach dem Verbleib der Kopfschmerzen erkundigte. Und der Computer gibt solange keine Ruhe, bis die Diagnose nicht korrigiert wird (siehe Faksimile).

Kontrolle oder Überwachung? Die penetrante Systematik verbietet eigentlich von selbst, hier von einer 'Arbeiterleichterung' zu sprechen ... Der Schutz der peinlichen Daten wurde locker gehandhabt. Im Prinzip waren sie all den vielen hundert FU Terminalbenützern zugänglich, die über die Passwordhürde Anschluss an den Diskettenspeicher der Klinik fanden.

„Absolut unverantwortlich“ meinte einer der Psychologen der Klinik, und die einzige Möglichkeit für ihn bestand darin, überhaupt keine Diagnose mehr zu stellen. Doch auch diese Taktik hat ihre Haken, werden doch die Finanzbeihilfen an die Therapiekosten erst nach einer entsprechenden Diagnose 'locker' gemacht. Man sieht, dass die Institution einen Rahmen liefert, in dem ein Psychologe keine moralisch einwandfreie Position einnehmen kann - s'igs was well!

Und die Datenschutzfrage war nur Symptom einer viel tieferliegenden Misere. Die Psychologen hatten sich monatelang - vergeblich - um die Anwendung von Datenschutzregeln bemüht. Doch die Zugänglichkeit der Forschungsrohdaten sprich Patientendateien waren wichtiger als der Persönlichkeitsschutz. Die naturwissenschaftliche Neugier spielt Bockgumpis mit der Ethik. Solcherart werden die psychiatrisierten Kinder zu einem 'Krankengut', das höheren Interessen zu dienen hat. Und als 'höheres Interesse' galt bereits profanes Karrierestreben. Die Betten mussten ausgelastet, das Personal beschäftigt, die Facharztausbildung gesichert sein. Ein Umsatzdenken wie wir es aus der Privatwirtschaft kennen und das im sozialen Bereich beängstigende Formen annimmt: An einer Koordinationssitzung forderte der Klinikleiter die Poliklinik eindringlich auf, endlich wieder Patienten auf die geschlossene Abteilung zu überweisen. Ansonsten werde er sich selber darum kümmern und Zwangseinweisungen (:ohne Antrag eines Diagnostikers) vornehmen.

In der Klinik herrschte eine ausgesprochene Hierarchiestufung, die sich an jeder Haussitzung wunderbar in Szene setzte (für Aussenstehende auch sichtbar an den Zentimeter genauen Raummassen, die sorgfältig an den Namenstafeln der einzelnen Büros angebracht waren): Die Basis bildete das Pflegepersonal, die Beschäftigungs- und Krankentherapeuten und die Assistenten. Die Psychologen nahmen die unbequeme Mittelposition ein und die Ärzte bildeten die Spitze des ganzen Eisberges (Auf dem Gipfel der Vertraulichkeit hat mir eine Ärztin mitgeteilt, den Unmut der

Psychologen erkläre sie sich damit, dass die Psychologen halt nie "etwas Besseres werden könnten und den Rest ihres Lebens als Angestellte fristen müssten").

Doch die Hierarchie war nur Vorwand, Ablenkungsmanöver vom grossen Methodenstreit zwischen Psychologen und Ärzten: Die Ärzte gaben sich als 'Magier', die die Kinder aufgrund ihres Wissens und mit bestimmten - vor allem pharmakologischen - Hilfsmitteln heilen konnten. Die Stellung der Psychologen nahm sich dagegen recht kümmerlich aus. Ihre Beschränkung auf eine Rolle als 'wissende Begleiter' die die Kinder nicht heilen, sondern sie nur in ihrem Selbstfindungsprozess unterstützen, enthält viel weniger narzisstische Befriedigung. Die eindeutige Stufung in der Klinik verhindert die Auseinandersetzung beider Lehren. Ihre formellen Kompetenzen wurden von den Ärzten krampfhaft durchgesetzt - überhaupt nicht locker und durchaus nicht magisch.“

#### **QI 14 Das Zürcher Manifest (1968)**

Wir stellen fest:

In Zürich ist es zwischen Jugendlichen und der Polizei zu Kämpfen gekommen. Damit brachen auch in unserer Stadt Konflikte aus, wie sie sich gegenwärtig in Ost und West zeigen.

Wir folgern:

Die Zürcher Ereignisse dürfen nicht isoliert beurteilt werden. Sie sind eine Folge unzulänglicher Gesellschaftsstrukturen. Sie als Krawalle abzutun und die Beteiligten nur als randalierende Taugnichtse und Gaffer hinzustellen ist oberflächlich.

Wir sind überzeugt:

Eine Ursache der Krise ist die Unbeweglichkeit unserer Institutionen. Diese Unbeweglichkeit wendet sich gegen den Menschen. Sie verhindert die Anpassung an die wandelnden Bedürfnisse der Menschen und die Entfaltung schöpferischer Minderheiten.

Wir erinnern:

Wesentliche Umwälzungen sind immer von Minderheiten ausgegangen. So fand 1848 der Liberalismus gerade in der Jugend leidenschaftliche Anhänger. Diese Minderheit damals Revoluzzer genannt - bewahrte die Unabhängigkeit der Schweiz und schuf unseren Bundesstaat.

Wir warnen:

Einen kulturellen Konflikt lösen weder Prügel und Verbote noch Besänftigung durch gönnerhafte Angebote. "Wohltätigkeit ist das Ersaufen des Rechts im Mistloch der Gnade" (Pestalozzi). Unterdrückung der Konflikte treibt die Jugend auf die Barrikaden.

Wir fordern:

Bereitstellung eines zentral gelegenen, autonom verwalteten Diskussionsforum für jung und alt.  
Verzicht auf Sanktionen, wie Relegation von Studenten und Schülern, Entzug von Stipendien, Ausweisung von Ausländern, Entlassungen, sofern nicht schwerwiegende Delikte vorliegen.  
Wiederherstellung des verfassungsmässigen Demonstrationsrechts.  
·Fortsetzung der Gespräche mit allen Minderheiten.  
·Einladung zur Meinungsäusserung aller Konfliktparteien durch Presse, Radio und Fernsehen.  
Unverzügliche Bildung einer wissenschaftlichen Arbeitsgruppe mit dem Auftrag, die tiefen Ursachen des Konfliktes zu erforschen und praktische Vorschläge auszuarbeiten.

Dr. Franz W. Beidler, Schriftsteller



Otto Böni, Publizist,  
Dr. Hansjörg Braunschweig, Kantonsrat  
Dr. Hans Burla, Professor  
Walter M. Diggelmann, Schriftsteller  
Max Frisch, Schriftsteller  
Dr. Hans-Rudolf Hilty, Redaktor  
Gottfried Honegger-Lavater, Kunstmaler  
Dr. Willy Rotzler, Redaktor  
Erwin A. Lang, Kantonsrat  
Dr.med. Sandro Pedrolì  
Dr. Arthur Rich, Professor  
Dr.med. Hans Rotter  
Max Schmid, Schriftsteller  
Franz Schumacher, Rechtsanwalt  
Felix Schwarz, Architekt  
Dr. Kurt von Fischer, Professor  
Dr. Gerhard Huber, Professor  
Dr. Hans Biäsch, Professor  
Dr. Ernst Specker, Professor  
Dr. Hans Staub, Professor.

### **QI 15**

**(-) präsentierte dem Senat die Katze im Sack - aber dieser kaufte sie nicht! Aus: „Wochen-Bülletin“ 16. - 21. Mai (o.J. 1977), Offizielles Organ des kleinen Studentenrates Nr. 5**

An der Sitzung des akademischen Senates (Versammlung aller ordentlichen und ausserordentlichen Professoren und der Delegierten der übrigen universitären Stände) vom 9. Mai ging es um das wichtigste Thema seit Jahren, sollte doch im Rahmen der Vernehmlassung einer Änderung der Universitätsordnung zugestimmt werden, die es dem Regierungsrat erlaubt, Zulassungsbeschränkungen einzuführen. Obwohl bereits konkrete Pläne zur Einführung des Numerus Clausus bei den Medizinern vorliegen, die sowohl die kantonalen wie die individuellen Auswahlkriterien festlegen, erachtete es die Erziehungsdirektion jedoch als nicht notwendig, darüber zu informieren; im Gegenteil, sie verhängte eine absolute Informationssperre.

Dies führte bereits zu Beginn der Diskussion zu kaum überhörbaren Unmutsäusserungen der Professorenschaft und zum Antrag, auf eine Vernehmlassung aufgrund der nicht vorhandenen Informationen zu verzichten. Insbesondere die Mediziner machten sich darauf für die Zustimmung stark, sprachen von vorsorglichen Massnahmen (obwohl die konkrete Durchführung bereits vorprogrammiert ist!) und gratulierten dem Senatsausschuss, der einstimmig Zustimmung beantragt hatte, zu seiner "mutigen Haltung". Als dann einer der Mediziner, ein bekannter Professor für Kinderpsychiatrie, die Befürwortungsfront der Medizinischen Fakultät durchbrach und Antrag auf eine negative Vernehmlassung stellte, wurde dieser als uninformatierter Idealist abgetan.

Die Taktik der hauptbetroffenen Fakultät verfiel jedoch bei der Mehrheit der übrigen Professoren nicht und es kam sogar, was als Seltenheit bezeichnet werden muss, zu professoralen Beifallskundgebungen bei Voten der studentischen Vertreter...“ KStR (Kleiner Studentenrat)

### **QI 16**

**Gesprächsnotizen zur Numerus Clausus-Debatte, von H. S. Herzka 1977 aufgezeichnet**

Dienstag, 15.5.77

Prof.C. (mein unmittelbarer Vorgesetzter) rief mich gestern an und wünschte eine dringliche Unterredung mit mir von ca. 20 Minuten in Sachen der letzten

Senatssitzung. Ich habe deswegen für heute Abend 18.00 Uhr eine Besprechung vereinbart, vor der Sitzung der Fachgruppe. Herr C. meint einleitend, dass ihm dieses Gespräch unangenehm sei und dass er am liebsten darauf verzichten würde, es andererseits aber doch für wichtig fände, mich zu orientieren. Herr A. und andere Herren der Fakultät seien ausserordentlich ungehalten über meinen ungeschickten Vorstoss. Vor allem der Herr Dekan fühle sich dadurch in den Rücken geschossen. Es herrsche die Meinung, die ich ja gehört habe, dass ich nicht zu schätzen wisse, dass man sich jahrelang mit dieser Frage befasst habe und erst als letzten Ausweg nun doch zum Numerus Clausus gekommen sei. Man habe es als sehr unangemessen empfunden, dass ich in der Senatssitzung meine Meinung im Sinne einer Ablehnung vertreten hätte. Herr C. betont, dass man selbstverständlich grundsätzlich ein Recht habe, seine Meinung zu äussern, dass man aber Rücksichten nehmen müsse in dieser Angelegenheit. Dass es bedauert worden sei, dass ich mich nicht vorher über die Vorarbeiten, die geleistet worden seien informiert hätte.

Herr C. schlägt mir dann vor, in Zukunft Kommissionsaufgaben zu übernehmen, die zeitraubend und undankbar seien, um so der Fakultät meinen guten Willen zu beweisen und die jetzt entstandene Verstimmung gewissermassen gutzumachen.

Herr C. betont auch, dass er in der Senatssitzung zu meinem ablehnenden Antrag sich nicht geäussert hätte, weil er nicht vor der Senatsversammlung den Eindruck einer gespaltenen Kinderpsychiatrie entstehen lassen wolle. Herr A. habe sich in dem Sinne geäussert, dass aber mein Vorstoss auch der gesamten Psychiatrie geschadet habe. Man werde jetzt mit neuen Berufungen, die vor allem die Herren Sch. und W. betreffen erst recht zurückhaltend sein, nachdem ich diesen ablehnenden Antrag geäussert habe.

Ich sage Herrn C. ungefähr folgendes: ich habe meine überzeugten Gründe wegen des N.C., die ich Herrn C. nochmals auseinandersetze. Sie sind vor allem bildungspolitischer Art. Ich sei mit unserer Universität seit langem verbunden, sei in diesem Sinne kein Outsider und kenne das Problem der Studentenzunahme. Ich sei aber überzeugt, dass man andere Mittel und Wege finden könnte, wobei ich einige Vorschläge im Sinne meiner an anderem Ort festgehaltenen Überlegungen mache. Ich sage Herrn C. auch, dass ich es eine Ungeheuerlichkeit finde, dass man jetzt gewissermassen als Bussgang in undankbaren Kommissionen mitarbeiten solle und dass ich dazu sicher nicht bereit bin, und nur in Kommissionen mitarbeiten würde, wo ich wirklich etwas beitragen könne und von meinem Standpunkt ein Sinn in der Mitarbeit ist. Ich würde auch an die demokratischen Spielregeln in Realität glauben und nicht nur theoretisch. Ich würde, wenn es notwendig sei, in wichtigen Anliegen zu schweigen eher meinen Rücktritt vom eben erst erhaltenen Extraordinariat erklären. Meine publizistische Tätigkeit wie meine ärztliche Tätigkeit könne ich auch ausserhalb der Universität durchführen, wenn kein Raum für eine eigene und anderslautende Meinung sei.

Ich sage auch, dass das Verhältnis eines der fachlichen Kollegialität sei und Raum bleiben müsse für gegenteilige politische, vor allem bildungspolitische Auffassungen. Dabei sei ich in keinerlei Partei.

Es entspreche aber meiner Kenntnis dieses Gegenstandes und meiner Überzeugung, sowie auch meinen fachlichen psychohygienischen Auffassungen, dass der N.C. abzulehnen sei. Herr C. nimmt meine Stellungnahme mit etwas Erstaunen zur Kenntnis aber wie mir scheint ohne deswegen persönlich verstimmt zu sein. Zur Frage der nachteiligen Wirkungen auf weitere Berufungen meine ich, dass dies ebenfalls eine Ungeheuerlichkeit sei, da man schon seit langem mit Berufungen zurückhalte und jetzt einfach einen Sündenbock dafür suche. Es scheint mir aber, dass die Rücksichtnahme in entscheidenden bildungspolitischen Fragen nicht zu weit getrieben werden darf, da man, wenn man die Psychiatrie oder die Kinderpsychiatrie attackieren will, immer Vorwürfe erheben kann. Auch würden sich bei anderen Belangen der Universitätspolitik wahrscheinlich immer wieder gegenteilige Auffassungen zwischen mir und anderen ergeben, die ich nicht zu vertuschen gewillt sei.

Gesprächsnotiz, Dienstag, 17.5.77 / Fachgruppensitzung für Pädiatrie (und Kinderpsychiatrie)

Erstes Traktandum. Im Hinblick auf die morgen stattfindende Sitzung des Fakultätsausschusses macht Prof. R., der den Vorsitz führt, geltend, er bedaure, gleich mich ansprechen zu müssen. Prof. A. hätte einen sehr empörten Brief geschrieben, und auch der Herr Dekan sei empört über meinen Ablehnungsantrag. Der Fakultätsausschuss werde diese Frage sicher eingehend diskutieren und es sei davon gesprochen, Massnahmen gegen mich zu ergreifen, weil ich diesen Antrag gestellt habe. Da ich darauf zunächst schweige, meint Prof. P., Prof. R, man müsse der Fakultät bzw. dem Ausschuss klar machen, dass meine Meinung eine Einzelmeinung sei und nicht jene der Fachgruppe. Es wird auch gesagt, man könnte daraus einen Angriff auf die Fachgruppe als solche machen. Prof. C. schlägt vor, dass ich meinen Standpunkt nochmals darlege. Ich erkläre meine wichtigsten Argumente gegen den N.C. und dass ich darauf bestünde, dass ein Recht zur freien Meinungsäusserung sei. Wie schon im Gespräch mit Prof. C. wird mir darauf entgegnet, dass dieses Recht zwar grundsätzlich bestehe, dass man andererseits aber auch Rücksicht nehmen müsse und der Antrag der Fakultät auf einen N.C. ohnehin sehr umstritten sei.

Prof. D. meint zu meinen Vorschlägen betreffend vermehrtem Einsatz von didaktischen Hilfsmitteln für technische Untersuchungshandgriffe, dass er für die Neonatologie hier keine Möglichkeit sehe und dass er zwar den N.C. unterstütze, dass er aber (so wörtlich) in seiner Persönlichkeit nicht so sehr gestört sei, dass er jemand anders nicht eine andere Meinung zugestehe. Prof. P. meint, dass alle meine Argumente schon in der früheren Diskussion gefallen seien. Ich entgegne ungefähr, dass ich diese Argumente keineswegs für originell halte, dass ich aber der Ansicht bin, die Tendenz zum N.C. sei schon beim seinerzeitigen Stop für Lehrstellen voraussagbar gewesen. Man könne nicht die Lehrstellen begrenzen, ohne dass der Punkt kommt, wo man dem Studentenandrang nicht mehr gewachsen ist. Ich würde meinen, dass man auf dieser Seite etwas tun muss und nicht die Studentenzahl beschränken. Prof. P. sagt, dass seine Oberschwester streiken, weil die Patienten zu viel beansprucht werden. Prof. H. unterstützt ebenfalls den N.C.

Man einigt sich schliesslich ungefähr darauf, dem Fakultätsausschuss zu versichern, dass meine Meinung nicht jene der Fachgruppe sei und Prof. R. notiert sich nochmals meine Argumente, die er dem Ausschuss offenbar nochmals unterbreiten will. Prof. P. meint anschliessend im persönlichen Gespräch, dass ich dennoch ruhig schlafen solle, die Angelegenheit werde sich schon beilegen. Prof. P. vertritt im Ganzen eine eher besänftigende Haltung. Im Zusammenhang mit der Tatsache, dass für Prof. S. von der Chirurgie ein Extraordinariat beantragt wurde, und zwar ad personam, weil ein etatmässiges Extraordinariat bei der gegenwärtigen Plafonierung aussichtslos sei, weise ich nochmals darauf hin, dass ich es nicht für richtig finde, dass wir diese Plafonierung derart hinnehmen. Anscheinend sind die meisten Herren aber der Meinung, dies sei eine Sache des Kantonsparlamentes und des Volkes, das in der Frage des Ausbaues der Universität doch nicht für einen solchen Ausbau sein würde. Man ist allgemein der Auffassung, man müsse diese Plafonierung, über die alle schimpfen, hinnehmen. Prof. R. nennt die Quote an Lehrstellen lächerlich und betont, dass die meisten Lehrstellen für die Uni Strickhof vergeben werden, für die man jetzt keine Leute hat, nicht einmal genügend Putzpersonal, andererseits seien 12 Bibliothekare grotesker Weise beantragt worden. In der Diskussion wird in anderem Zusammenhang der Rossi-Plan für das Medizinstudium angegriffen. Ich weise darauf hin, dass hier die Situation in folgendem Sinn ähnlich sei wie beim N.C.: Man hat aus Teilaspekten diesen Rossi-Plan aufgestellt, der sich dann aber mindestens nach der Ansicht der Zürcher Fakultät als völlig ungeeignet erwies. Beim N.C. ist es ähnlich: Man fordert ihn jetzt aus einem bestimmten Blickwinkel und berücksichtigt nicht die Auswirkungen, die rundherum entstehen. Die Situation sei auch insofern ähnlich, als man beim Rossi-Plan ebenfalls in Zürich erst opponiert habe bzw. entschieden dagegen aufgetreten ist, als es beschlossene Tatsache war. Auch hier ist eine Minderheit, nämlich die Zürcher Fakultät, gegen den Rossi-Plan, während die Majorität, nämlich andere Fakultäten, dafür sind. Das gleiche Recht der Opposition muss auch innerhalb der Fakultät einem Einzelmitglied zugestanden werden.

Die beiden anwesenden Privatdozenten-Vertreter I. und F. äussern sich zu meinem Problem nicht, greifen aber in einem anderen Zusammenhang Prof. D. an, weil er ein kleines Extraordinariat für Herrn S. beantragt hat, ohne die Privatdozenten zu begrüssen. Herr P. bedauert dies im persönlichen Gespräch später ebenfalls, da es andere verdientere gäbe, die auf ein Extraordinariat warten. Dieser Wahlvorschlag steht mit dem N.C. insofern in Beziehung, als es ein weiteres Traktandum ist, dass gewissermassen in Geheimdiplomatie, unter Ausschluss Interessierter, nämlich der Privatdozenten, beschlossen wurde, was zwar juristisch haltbar, im Sinne der Kollegialität-Information aber beanstandbar ist.

Ich führe am Schluss der Sitzung, die noch verschiedene andere Traktanden behandelt noch an, dass ich als neues Fakultätsmitglied erstaunt sei von der Resignation gegenüber der Lehrstellenplafonierung. Es scheint, dass man zwar vom drohenden "Streik" der Oberschwester spreche - weil die Kinder (durch den Unterricht, H.S.H.) zu sehr beansprucht werden - das aber eine energische Aktion in Sachen der Lehrstellenplafonierung nicht in Betracht gezogen wird: Prof. P. und Prof. H. meinen auch beschwichtigend, dass ein Ausbau dennoch erfolge, d.h. gewissermassen diese Plafonierung nicht so schlimm sei. Über den Weg der kleinen Extraordinariate habe man jetzt auch eine Möglichkeit, die Plafonierung gewissermassen zu umgehen. Prof. D. pflichtet aber bei, dass sich diese Plafonierung in einigen Jahren katastrophal auswirken muss.

Das zu Beginn angeschnittene Gespräch über meinen Antrag wird im übrigen bald einmal von Prof. P. mit der Bemerkung abgebrochen, dass man meinen Standpunkt kenne, dass es grundsätzlich mein Recht sei, eine eigene Meinung zu haben und dass es keinen Sinn habe, weiter darüber zu reden.

Nachzutragen bleibt noch, dass Prof. C. mich in meinem vorangehenden Gespräch gefragt hat, ob ich nicht von anderen Fakultätsmitgliedern in dieser Angelegenheit bereits angesprochen bzw. zitiert worden sei.

Die Wirkung, welche das Gespräch mit Prof. C., sowie in der Fachgruppe auf mich haben ist folgende: Ich habe den Eindruck, dass beide Gespräche in einem ausgesprochenen rügenden und warnenden Tone von Seiten meiner Gesprächspartner geführt wurden. Ich habe den Eindruck, dass sowohl Prof. C. wie die Fachgruppe bzw. deren Präsident aufgefordert worden sind, mich zur Raison zu bringen und mir klar zu machen, dass es nicht angehe, im Senat einen Standpunkt gegen die Fakultät in einer so heiklen Frage zu vertreten. Insbesondere ist es offenbar nicht angängig, dass ein junges und neues Fakultätsmitglied gegen einen Fakultätsbeschluss auftritt. Ich habe den Eindruck einer ausgesprochenen Drucksituation in moralischer Hinsicht, wobei man immer gleichzeitig betont, dass mir natürlich ein Recht auf freie Meinungsäusserung zustehen. Ich finde diese doppelte emotionale Situation sehr widersprüchlich und für mich als Betroffenen ausserordentlich peinlich. Als besondere Druckmassnahme empfinde ich, dass mir gesagt wurde, wie sehr ich mit meinem Antrag "der Psychiatrie", "der Kinderpsychiatrie" geschadet habe, dass dadurch verdiente anderer Kollegen, deren Berufung anstehe, zu Schaden kämen (!), dass dies der pädiatrischen Fachgruppe als Ganzes angelastet würde etc. Hinter diesen Äusserungen steht die klare Tendenz, mich mit Rücksicht auf mir nahestehende Kollegen oder Gruppen zum Schweigen zu veranlassen. In der Fachgruppensitzung mache ich im übrigen ebenso wie im persönlichen Gespräch mit Prof.n C. klar, dass meine Überzeugung ihre Gründe hat, dass ich nicht bereit sei, mich mundtot machen zu lassen, wenn es um wichtige bildungspolitische Fragen geht.

#### **QI 17**

#### **Artikel: Gegen Zulassungsbeschränkungen (NC) - für Alternativen an der Universität Schweiz. Ärztezeitung Nr. 44, 1.11.78**

Zulassungsbeschränkungen für Studenten, der Numerus clausus, stehen ständig zur Diskussion. Der Schreibende dieser Zeilen ist mit der Universität Zürich, wo die Frage zurzeit akut ist, seit über 20 Jahren verbunden und hat hier alle Stadien vom Studenten an durchlaufen. Die Probleme des medizinischen Unterrichtes kennt er als Lernender

von seiner Ausbildung als Mediziner (zum Kinderarzt und später zum Kinderpsychiater) sowie als Lehrender aus der eigenen Unterrichtstätigkeit. Aufgrund seiner persönlichen Erfahrung, aus sachlichen Gründen, hält der den Numerus clausus für ungeeignet, um der grossen Zahl junger Menschen, die sich für eine Universitätsbildung interessieren, gerecht zu werden.

#### Thesen gegen den NC

1. Das Recht des jungen Menschen, zu lernen, wozu er die Fähigkeiten und die Neigung hat, die Lernfreiheit, ist ein demokratisches Grundrecht. Es darf nicht angetastet werden. Jede Beschränkung würde gerade diejenigen hart treffen, welche sich - als Heranwachsende - anschicken, die Verantwortung für die demokratische Freiheit mit zu übernehmen.
2. Für das Gedeihen eines kleinen Landes wie der Schweiz, ohne eigene Rohstoffe, ist eine möglichst grosse Verbreitung von Fachwissen in geistiger wie in wirtschaftlicher Hinsicht unerlässlich und das wichtigste Kapital. Zudem ist es für das Funktionieren der Demokratie heutzutage notwendig, dass möglichst viele Menschen ein gründliches Wissen erwerben, da der Souverän nur dann sachkundig über komplizierte Vorlagen entscheiden kann, wenn Sachkenntnis möglichst verbreitet ist.
3. Zulassungsbeschränkungen für eine einzelne Fakultät führen zum Ausweichen der Studierenden auf andere Fakultäten, die zum Teil ebenfalls bereits überfüllt sind. Zulassungsbeschränkungen für die ganze Universität würden folgen.
4. Dadurch werden die Mittelschulabsolventen vermehrt Ausbildungs- und Arbeitsplätze belegen, die sonst den Sekundarschülern zustehen; diese wiederum weichen auf Stellen aus, welche sonst (nach dem Zürcher Schulsystem) Realschüler oder Oberschüler erhalten würden. Es entsteht derart eine "Lawine nach unten", wobei schliesslich die Jugendlichen mit geringer Schulbildung die Leidtragenden sind. Diese sind am wenigsten in der Lage, den seelischen und sozialen Auswirkungen der Jugendarbeitslosigkeit standzuhalten, und unerwünschte sozialpsychologische Erscheinungen, wie Bandenbildung und Jugendkriminalität, müssen die Folge sein.
5. Der heutige Notstand grosser Studentenzahlen ist nicht überraschend gekommen. Schon seit längerem werden nunmehr sehr wenig neue Lehrstellen bewilligt. Für den Ausbau der Universität wurden z.B. in Zürich einseitig räumliche Erweiterungen ("Uni Irchel") realisiert, während der qualitative Ausbau und die Erweiterung des Lehrkörpers damit nicht Schritt hielt. Ein solches Planungsdefizit darf keinesfalls auf die Heranwachsenden der geburtenreichen Jahrgänge abgewälzt werden.
6. Sollte es dazu kommen, dass Hochschulabsolventen mindestens zeitweilig nicht auf ihrem angestammten Beruf arbeiten können, so ist dies keineswegs eine Ausnahme. Umschulung und Berufswechsel gehören zu unserer Zeit. Sie erfolgen teils freiwillig, teils müssen sie aber auch unfreiwillig von verschiedenen Berufsgruppen in Kauf genommen werden, beispielsweise von Architekten, von Lehrern, von Frauen, die in ihrem Beruf keine Stelle finden. Sollten staatliche Beschränkungen für bestimmte akademische Berufsvertreter (ein wohl unerwünschter Eingriff in die Gewerbefreiheit) notwendig sein, so dürfen solche schwere Eingriffe nicht durch scheinbar populärere Ausbildungsbeschränkungen verschleiert werden.

#### Alternativen zum NC

1. Selbst Befürworter des NC geben zu, dass die grosse Studentenzahl der geburtenreichen Jahrgänge der Universität nur vorübergehend Probleme zu lösen gibt. Es sind einerseits Alternativen für die Überbrückung zu schaffen, die eines der wohlhabendsten Länder der Erde verkraften können muss; es ist aber darüber hinaus auch das höhere Bildungssystem grundsätzlich dahin zu prüfen, ob es nicht den Bedürfnissen breiter Bevölkerungskreise besser angepasst werden kann. Dies ist sachlich - und nicht aus ideologischen Gründen - notwendig.

2. Für die ärztliche Ausbildung ist das grösste Problem, dass Patienten durch grosse Studentenzahlen mit Unterricht sehr belastet werden. Eine Entlastung ist teilweise möglich durch vermehrten Einsatz moderner audiovisueller Unterrichtsmittel, durch den Aufbau von effizienten Unterrichtsprogrammen und durch Übungen am Modell; unersetzbar bleibt, dass der Student sich im ärztlichen Gespräch mit dem Patienten übt. Wird dieses jedoch gelehrt und mit dem richtigen Mass anteilnehmend und auf einführende Art und Weise geführt und nicht als Ausfragerei betrieben, so bedeutet es keine grosse Belastung für den Patienten, sondern kann diesem im Gegenteil eine heilsame Möglichkeit der Aussprache bieten. Den Patienten stark belastende technische Untersuchungsmethoden können zum grössten Teil von Studenten gegenseitig geübt werden; viele Techniken müssten erst in der Spezialarztausbildung, die nur von einem Teil der Medizinstudenten absolviert wird, erlernt werden.

3. Die Studiengänge könnten ganz neu gegliedert werden. Eine Möglichkeit sei wenigstens angedeutet: Das Studium wäre zu gliedern in ein Grundstudium, das einer beliebig grossen Zahl Studierender offensteht und beispielsweise drei oder vier Jahre dauert. In diesem Grundstudium wäre es praktisch jedem Mittelschulabsolventen möglich, elementares Fachwissen zu erwerben. Anschliessend sollte er sich entscheiden können, ob ihm nicht eine Stellung in Wirtschaft, Gewerbe, Handel oder Politik entsprechen würde, für die er seine Ausbildung ausserhalb der Universität fortsetzen könnte. Im späteren Beruf stünde einem solchen Absolventen des Grundstudiums dann ein umfassendes Wissen zur Verfügung, das er bitter nötig haben wird, beispielsweise für Fragen des Umweltschutzes, der Gesundheitspolitik, der Personalausbildung und Personalführung, der Sozialfürsorge, der allgemeinen Erziehung und der Berufsschulung. Nur ein Teil der Absolventen des akademischen Grundstudiums würde voraussichtlich einen eigentlichen akademischen Beruf wählen, der sich in Form eines wiederum drei oder vier Jahre dauernden Spezialstudiums anschliessen würde. Die Bildungsunterschiede zwischen Akademikern und Nichtakademikern würden damit etwas ausgeglichen. Die beiden heute schon von der Universität wahrgenommenen Unterrichtsaufgaben, nämlich einerseits allgemeine "höhere Schule", andererseits "Berufsschule" für akademische Berufe zu sein würden deutlicher unterscheidbar für Studenten, Lehrkörper und Souverän.

4. Fortgeschrittene Studierende könnten in grossem Ausmass in der Erwachsenenbildung, d.h. in einem wesentlich erweiterten und neu konzipierten Volkshochschulsystem, für welches es Modelle gibt, eingesetzt werden.

5. Universitätsabsolventen, ganz besonders ausgebildete Ärzte, sollten vermehrt in der Dritten Welt eingesetzt werden und somit zur Verminderung der Nord-Süd-Problematik in der Weltpolitik beitragen. Die notwendige Fachausbildung wäre als Entwicklungshilfe zu finanzieren. Dies wäre gerade für die Schweiz eine würdige Aufgabe. Die Auslandstätigkeit wäre nach der Rückkehr teilweise anzurechnen.

6. Schliesslich können die grossen Studentenzahlen in einzelnen Fachrichtungen dadurch gemildert werden, dass neue, bisher nicht vorhandene, aber für die Bevölkerung notwendige Studiengänge an der Universität eingerichtet werden, beispielsweise für Jugend- und Sozialarbeit, für Psychotherapie oder für Psychohygiene.

Selbstverständlich kostet jede Alternative zu Zulassungsbeschränkungen vermehrte Mittel. Diese Mittel freizumachen und einzusetzen würde sich ganz besonders dann rechtfertigen, wenn im Sinne der hier skizzierten Vorschläge das an der Universität verfügbare Wissen einer breiteren Bevölkerungsschicht vermittelt würde.

Dieser Artikel unterstrich berufspolitisch meine Opposition zur offiziellen, akademischen Standespolitik. Zum heutigen Zeitpunkt, 2006, ist die Situation ausgesprochen widersprüchlich. Man versucht einerseits mit Prüfungshürden die Anzahl Medizinstudenten einzuschränken. Dabei übersieht man, dass solche Prüfungen einseitig den Wissensstand abfragen, dass aber andere zentrale Fähigkeiten des Arztberufes, wie Einfühlungsvermögen, Kommunikationsfähigkeit, Intuition, Improvisations und Organisationstalent oder Beobachtungsgabe zu wenig zum Zug

kommen, so daß das Selektionsergebnis sehr einseitig wird. Andererseits ermöglicht die Personenfreizügigkeit des Staatsvertrages mit der Europäischen Union die Einwanderung ausländischer Ärzte.

#### **QI 18**

#### **Wohin treibt die Zürcher Kinderpsychiatrie? von Maja Wicki (Tagesanzeiger Magazin, Zürich Nr. 27, 4. Juli 1987)**

Dieser Tage, möglicherweise nach Redaktionsschluss dieser Seiten und vor Erscheinen dieses Magazins, wird der Name des neuernannten Chefs der Zürcher Kinder- und Jugendpsychiatrie bekanntgegeben. Dass mit der Nomination die Weichen für die zukünftige Ausrichtung dieser Psychiatrie gestellt werden und dass dies auch eine politische Implikation hat, zeigt der folgende Diskussionsbeitrag. Seine Forderungen sind auch dann aktuell (oder sogar erst recht), wenn das Psychiatrieverständnis des Ernannten sich als das entpuppt, was die Autorin für verhängnisvoll hält.

An die tausend Kinder und junge Menschen wurden im vergangenen Jahr von der Zürcher Psychiatrischen Poliklinik für Kinder, Jugendliche und den sechs im Kanton verteilten Kreis- und Regionalstellen als Neueintretende untersucht. Dazu kamen mehr als halb so viele junge Patienten aus dem Vorjahr und etwa anderthalb so viele Familienangehörige, die mituntersucht und mitbehandelt werden mussten.

Im Lauf desselben Jahres wurden im Kinderheim "Brüschhalde", der kantonalen Beobachtungs- und Therapiestation in Männedorf, an die dreissig Kinder im vorschul- und schulpflichtigen Alter betreut, Kinder, die unter so schweren Störungen leiden, dass eine ambulante Abklärung und Therapie nicht genügen. Zwanzig weitere Therapieplätze stehen in der Tagesklinik an der Spiegelhofstrasse in Zürich zur Verfügung und wurden von jüngeren und älteren Kindern beansprucht, welche gleichzeitig psychiatrische Hilfe, heilpädagogische Betreuung und individuelle schulische Förderung nötig haben, die Abende und die Freizeit jedoch zu Hause verbringen können. Achtzig weitere kamen zur ambulanten Behandlung, zur Abklärung oder zur Nachuntersuchung an die Spiegelhofstrasse. Auch im benachbarten Kinderspital steht eine kleine Station von zwölf Betten für Kinder mit seelisch verursachten körperlichen Krankheiten bereit, die immer voll besetzt ist.

Nicht mitgerechnet in dieser Addition der Not sind die ungezählten jungen Patienten und deren Angehörige, die Hilfe bei frei praktizierenden Ärzten und Psychologen finden oder sich an die staatlichen und privaten Drop-ins, an Kriseninterventions- und Auffangzentren wenden, die an die Epilepsie-Klinik gelangen, in Erziehungsheimen unterkommen oder in Augenblicken akuter Gefährdung, etwas bei Suizidversuchen, in die Intensivstationen der öffentlichen und privaten Krankenhäuser eingewiesen werden. Doch diese Abteilungen, die ja offen geführt werden, sind nicht für psychiatrische "Fälle" eingerichtet, so dass junge Menschen, die an akuten Depressionen leiden, an schweren Verwirrungen und Verfolgungsängsten, in den psychiatrischen Kliniken für Erwachsene unterkommen müssen. In Zürich fehlt eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik, der Mangel ist offenkundig. Und ebenso offenkundig ist der zweite Mangel: Dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst fehlt der Chef und Leiter, der zugleich den Kinderpsychiatrischen Lehrstuhl an der Universität auf kompetente Weise innehat und der für die Fachausbildung der angehenden jungen Kinderpsychiater verantwortlich ist.

#### **Nervosität und Resignation**

Nun steht die Besetzung der doppelten Vakanz unmittelbar bevor. Dass es dabei um mehr als um das leerstehende Katheder und um eine der üblichen Chefarztstellen geht, wurde im Lauf der Recherchen immer deutlicher. Mit der Wahl, darüber sind sich alle Sachkundigen einig, fallen die Würfel bezüglich der Richtung, in welche sich die Zürcher Kinderpsychiatrie in den nächsten Jahren entwickeln wird - und da überwiegen Nervosität und Resignation.

Von dem Dutzend direkt Betroffener, die ich befragt habe, entzogen sich einige Koryphäen der Befragung; die andern liessen sich eingehend darauf ein, jedoch nur unter der Bedingung, ungenannt zu bleiben. Nun sind aber die verweigerten Interviews und die verschwiegenen Namen ebenso "Bekenntnis" wie die Aussagen selbst, "vom Negativen her", wie Lou Andreas-Salomé, bei Freud psychoanalytisch geschult und selbst "in der Zunft" tätig, dies auf treffende Weise bestätigt. "Verschweigt sich ein Positives", schreibt sie, "dann kann es noch zum Bekenntnis werden vom Negativen her: an seinen Fehlern und Mängeln kann es sich umreissen mit seinen leeren Stellen den Umriss bedingen." Der Satz passt nicht nur auf den "Lebensgrundriss" von Lou Andreas-Salomé selbst, auf den er gemünzt ist, sondern ebenso sehr auf den "Grundriss" der Zürcher Kinderpsychiatrie, der sich gerade aus der Spannung zwischen Mitgeteiltem und Verschwiegenem ergibt, zum einen, zum anderen aus der Zweiteilung der regierungsrätlichen Entscheidungskompetenz, die ebenfalls Spannungen nach sich zieht: Die Erziehungsdirektion ist für den Fachbereich Universität zuständig, das heisst für die kinderpsychiatrische Professur und damit für Lehre und Ausbildung; die Gesundheitsdirektion für den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst. Trotz der unterschiedlichen und ausweichenden Praxis der Interviewgewährung wurde klar, dass zwischen den beiden Regierungsabteilungen hinsichtlich des für die vakante Stelle designierten Kronprinzen ein deklariertes Konsens besteht.

Im Vergleich zu früher hat sich im vergangenen Jahr die Anzahl der hilfebedürftigen Kinder und Jugendlichen etwas vermindert, die Geburtenrückgänge machen sich bemerkbar. Gleichzeitig aber sind die Krankheitsbilder schwerer und komplexer geworden. Ein Teil der Erkrankungen sind durch körperliche Ursachen erklärbar, zum Beispiel durch angeborene Hirnleistungsstörungen oder durch krankheits- oder unfallbedingte Hirnschädigungen; die Mehrzahl aber hat ihren Ursprung in der Seele, in diesem innersten Kern des Menschen, der "ich" sagt, der liebt und nach Liebe hungert, der hofft, der Angst empfindet, der sich einkapselt und verkümmert oder sich weitet und entfaltet, der sich gegen andere Ichs abgrenzt, der ins Gespräch und in die Gemeinschaft eintritt oder an deren Rand verharrt und vereinsamt, der alle körperlichen, gemütmässigen und intellektuellen Befähigungen und Äusserungen mitbeeinflusst, der das Mass des Wohlbefindens oder des Unwohlseins ausmacht. Wenn die Bedürfnisse der kindlichen Seele zu kurz kommen, können sich Körper und Intellekt, Autonomie und Gemeinschaftssinn nicht im Gleichgewicht entwickeln. Das Kind leidet darunter, und es teilt sein Leiden durch Störungen mit. Es wird krank. Denn die Seele des Menschen kann sich nicht anders als ganzheitlich mitteilen.

"Kinderknast" und "Kinderirrenhaus"?

Für die Behandlung körperlich und seelisch kranker Kinder gibt es nicht ein Patentrezept, sondern es braucht deren ungezählte, und höchst vielfältige Einrichtungen sind dazu nötig. Pädiatrie und Psychiatrie, Psychologie, Heilpädagogik und Sozialpädagogik haben zu diesem Zweck zusammengewirkt, seit die Kinderpsychiatrie Ende des letzten Jahrhunderts ihren Anfang nahm und seit hier in Zürich auf dem Areal des "Burghölzli" in der alten "Stephansburg" die erste Kinderbeobachtungsstation eröffnet wurde. Das war im Jahr 1921. Deren Gründer war Hans W. Maier, Oberarzt unter Eugen Bleuler am "Burghölzli", und unter dessen Ägide begann Jakob Lutz, der heutige Doyen der Zürcher Kinderpsychiater, seine Laufbahn, während der er mit viel Menschlichkeit und beispielhaftem Fachwissen den Kinderpsychiatrischen Dienst so ausbaute und dezentralisierte, wie er zur Hauptsache heute funktioniert. Als Jakob Lutz 1968 von dessen Leitung zurücktrat, übernahm Robert Corboz (am 14. Juni dieses Jahres verschieden) Amt und Lehrstuhl, bis er 1983 aus Altersgründen beides wieder zur Verfügung stellte. Ein erster Versuch, für ihn ein Nachfolger zu finden schlug fehl. Alle designierten Kandidaten zogen es vor, nicht nach Zürich zu kommen. Der Grund für deren Absage war die fehlende kinderpsychiatrische Klinik. Damals übernahm Hans Kind, der Chef der Psychiatrischen Poliklinik für Erwachsene, interimistisch die Leitung des verwaisten Kinderpsychiatrischen Dienstes; doch auf Ende dieses Jahres tritt auch er von beiden Ämtern zurück. Die Vorgeschichte der fehlenden kinderpsychiatrischen Klinik macht einen wichtigen Teil der Kontroverse auch um die jetzt dringend fällige Neubesetzung aus: Am 26. September 1982 verwarfen die Zürcher Stimmbürger das Projekt einer



stationären Psychiatriestation für Kinder und Jugendliche. Der Abstimmung war eine aufgepeitschte Kampagne vorausgegangen, in der mit schwerem emotionalem Geschütz gegen die beiden Initianten des Projekts, Robert Corboz und Heinz Stefan Herzka, operiert wurde. Es war von "Kinderknast" und "Kinderirrenhaus" die Rede, und der dringend benötigte Bau kam nicht zustande. Nach der Emeritierung von Robert Corboz blieb Heinz Stefan Herzka weiter an der Front. Er leitet als Extraordinarius die Abteilung für Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters, ist leitender Arzt an der Tagesklinik und ein hervorragender Psychotherapeut, er ist Autor und Herausgeber einer grossen Anzahl international anerkannter Bücher aus seinem Fachgebiet, er ist ein ausgezeichnete Lehrer für die Studenten und eine zuverlässige Instanz für ratsuchende praktizierende Kinderärzte. Aber auf der Liste der Kandidaten, die die Medizinische Fakultät der Regierung zur Wahl vorgelegt hat, fehlt Herzkas Name. Er "identifiziere sich zu sehr mit der Sache der Kinder und Jugendlichen", heisst es, er habe auch während der Unruhen versucht, diese zu verstehen; und er arbeite eben nicht naturwissenschaftlich. Es müsse nun endlich ein "neuer Wind" wehen.

### "Neuer Wind"

Mit der Rede vom "neuen Wind" wird, wie immer, wenn Bilder und populäre Redewendungen für fehlende Argumente herhalten müssen, ideologisch operiert. Und wieder wird vor allem "vom Negativen her", vom Nichtgesagten her der Umriss der Kontroverse deutlich, die sich hier öffnet. Es geht weniger um das Wer als um das Wie des zukünftigen obersten Kinderpsychiaters. Massgeblich sind standespolitische Leitbilder, und diese reduzierten sich weitgehend auf die Konturen eines beschlagenen Naturwissenschaftlers. Aber geht diese Reduktion nicht zu weit?

Ich stelle hier zum offiziellen Leitbild ein Gegenbild auf: Die Anforderungen, die an einen Kinderpsychiater gestellt werden, gehören zu den vielschichtigsten und am schwersten erlernbaren. Er muss ein guter Mediziner und daher auch ein guter Naturwissenschaftler sein, das ist unbestritten, er muss sein Fachwissen aufs beste beherrschen; der Körper des Kindes und des Jugendlichen kann im Austausch und Zusammenspiel der organischen und der seelischen Funktionen ebenso schwer gestört sein wie der Körper eines erwachsenen Menschen. Aber immer ist das Kind zugleich gesund und krank. Es gibt nicht "Krankheiten", es gibt nur kranke Menschen, die in Symptomen, durch Schmerz, durch Schwäche, durch das Versagen bestimmter Funktionen mitteilen, dass sie Hilfe brauchen. Und es gibt nur kranke Kinder auf erschütternde Weise: Sie leiden, ohne zu wissen woran und warum, sie wissen nicht um ihre Krankheit und um deren Ursache. Der Arzt, der das Kind untersucht und auf die Eigengesetzlichkeit seines Körpers eingeht, muss gleichzeitig die schwebende Sprache der Seele verstehen, die sich häufig auch nur "vom Negativen her", nur durch Verweigerung mitteilen kann: zum Beispiel durch Verweigerung jeder Mitwelt und Umwelt im Autismus, durch Verweigerung des Essens und des Reifens in der Anorexie, durch Verweigerung der erwarteten Selbständigkeit in Form von Einnässen, Einkoten und anderen Regressionen, durch Verweigerung der sozialen Regeln in hilfloser Kriminalität, durch Flucht vor der äusseren Realität in eine innere, geheime, aber auch zutiefst ängstigende Realität in der Schizophrenie. Um die Sprache der Hoffnungslosigkeit verstehen zu können, muss der Psychiater, und der Kinderpsychiater noch auf viel feinere Weise, von jedem Standesdünkel frei sein. Um zum horchenden, verstehenden, mitfühlenden und zugleich überlegenen Helfer zu werden, muss er sich seines eigenen begrenzten Könnens immer bewusst bleiben und bereit sein, sich selbst beraten und helfen zu lassen, von den Eltern, den Krankenschwestern, den Psychologen und Heilpädagogen, den spezialisierten Therapeuten und Therapeutinnen, den Erziehern und Erzieherinnen. Er darf es nicht unter seiner Würde finden, mit Amtsstellen zusammenzuarbeiten, mit Jugendanwaltschaften, Sozialämtern und Schulen; er muss Mut haben, gegen dogmatische, "wissenschaftlich" erhärtete und politisch bequeme Richtungen und Lösungen anzutreten, ganz und gar als der Anwalt des Lebens und des Wohlbefindens des Kindes.

Wunschbilder und Realität verwechselt.

Echte Wissenschaftlichkeit widerspricht diesem ganzheitlichen Leitbild nicht, im Gegenteil. Auch das präzise Ermitteln und Vergleichen von Symptomen und ganzen Krankheitsbildern, von deren Verursachung und Veränderung, von Möglichkeiten der Prävention und der Heilung gehören dazu, solange sie mit dem Eingeständnis einhergehen, dass es sich dabei um Abstraktionen und Annäherungen handelt. Ohne diese Relativierung gleitet Wissenschaftlichkeit in neopositivistische Unbrauchbarkeit und Arroganz ab.

Als ein Beispiel fragwürdiger Wissenschaftlichkeit liegt die Auswertung einer Feldstudie vor mir, die der designierte Kronprinz auf den vakanten kinderpsychiatrischen Lehrstuhl, ein Professor aus Berlin, kürzlich publiziert hat. Er kommt darin zum Schluss, dass "im Kontrast zu populären Ansichten und Theorien keine Belege für die Annahme bestehen, dass die Adoleszenz eine normative psychologische Krise darstellt", das heisst, dass der Grossteil der von ihm untersuchten grossstädtischen 13- bis 19jährigen "impulskontrolliert, emotional stabil, frei von Befürchtungen um (ihren) Körper, positiv sozial integriert und mit einem positiven Moralverständnis ausgestattet (sind). (Sie) verfüge(n) über positiv formulierte Berufs- und Bildungsziele, konflikt- sowohl angstfreie sexuelle Einstellungen und habe(n) eine stabile Beziehung zu Eltern und Familie" - und noch mehr der Verwechslungen von Wunschbildern und Realität.

Wenn diese heile Welt wissenschaftlich erwiesen ist, sind dann die Erfahrungen, die wir in unserer Jugend machten und die wir an ungezählten jungen Menschen beobachten, nichts als Täuschungen? Wo liegt da der Unfug? Beim "unwissenschaftlich" beobachtenden Vergleich oder bei der angeblich "wissenschaftlichen" Studie? Um die Wissenschaftlichkeit empirischer Ergebnisse zu prüfen, gibt es einfache Kontrollfragen, die in jedem soziologischen Proseminar eingepaukt werden. Kann diese Feldstudie nur einem der Güterkriterien entsprechen? Es stellt sich die Frage, ob solche und ähnliche Produkte nicht "Wissenschaftlichkeit" vorgeben, um "normale" Verhaltensmuster zu propagieren? Und ob der Zweck nicht einer gefährlichen politischen Tendenz entspricht, Auflehnung und Aufruhr der Jugend als "abnormes" Verhalten zu deklarieren, damit entsprechend dagegen vorgegangen werden kann?

Wohin treibt die Kinder- und Jugendpsychiatrie?

(Anmerkung: Maja Wicki studierte Philosophie und lebt als freie Journalistin in Zürich. Sie ist regelmässige Mitarbeiterin des "Tages-Anzeigers".)

### **QI 19**

#### **Anmerkungen von H. S. Herzka zum psychopathologischen Befundbogen des Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienstes, an Prof. Steinhausen, November 1990**

„Der Bogen hat verschiedene Auswirkungen in Hinsicht auf die klinische Erfassung, die Didaktik und die Forschungsmöglichkeiten. Diese drei Aspekte sind von den folgenden Anmerkungen in unterschiedlichem Ausmass betroffen,

Der Bogen enthält Symptome, die auf gänzlich verschiedenen Ebenen liegen; teils handelt es sich um verhältnismässig leicht feststellbare Tatsachen (beispielsweise Sprechstörungen, Einnässen) teils um Befunde, die spezifische Beobachtungen voraussetzen (Merkfähigkeitsstörungen, Denkstörungen) teils um intersubjektive Bewertungen (Angststörungen, Affektstörungen, aber auch Essstörungen). Problematisch scheint mir die gleichwertige Behandlung dieser verschiedenen Ebenen.

Die Beurteilung nach drei Schweregraden setzt eine klare, altersgemässe Normvorstellung voraus. Diese ist aber in der Regel weder bei den Eltern, noch bei Anfängern in der Untersuchung gegeben, vor allem wenn es sich um jüngere Kinder handelt. Die entsprechende Bewertung ist von einer, meines Erachtens, fiktiven Norm aus bestimmt, die beispielsweise auf der Erfahrung mit einem älteren Kind oder bei jungen Mitarbeitern auf bestimmten, nicht transparenten Urteilen darüber beruht, wie ein Kind zu sein hat.

Schon die facts, beispielsweise das Einnässen, ganz besonders aber die von intersubjektiver Einschätzung abhängigen Daten werden je nach Untersucher oder

Begleiter so ganz unterschiedlich gehandhabt. Selbst die Frage, von wann an etwa im Vorschulalter schon von Einnässen gesprochen werden soll, ist nicht klar; um wieviel mehr ist diese Schwierigkeit bei der Beurteilung, von wann an magisches Denken als formale Denkstörung gilt. Dabei spielt ja immer der von Entwicklungsstand, von der Kultur und der persönlichen Beurteilung abhängige Kontext eine Rolle, der im Befundbogen nicht widergegeben ist.

Vorgesehen ist nebst der Beurteilung durch den Untersucher diejenige einer Begleitperson. Wichtige klinische Befunde beruhen aber gerade darauf, dass verschiedene Informationspersonen unterschiedliche Urteile abgeben, beispielsweise Vater, Mutter, Lehrer. Die Information erfährt somit eine starke Reduktion. Abgesehen vom Normproblem werden die Befunde von Untersuchern mit ganz unterschiedlicher Erfahrung ausgefüllt, wobei die Ausbildungszeit für Assistenten verhältnismässig kurz ist. Dadurch wird der Realitätsbezug des Befundbogens nochmals vermindert.

Der Bogen impliziert, dass jedes Symptom ein pathologischer Befund ist, d.h. es werden solche Symptome, die im Kontext der Geschichte und Umstände eine zweckmässige und gesunde Reaktion darstellen, mit Symptomen gleichgestellt, die einen entwicklungshemmenden und damit pathologischen Stellenwert haben. Beispielsweise ist das Weglaufen oder Schwänzen bei einem misshandelten Kind oder sehr autoritären Bezugspersonen etwas anderes als in anderem Kontext. Der Befundbogen isoliert das Symptom aus der Komplexität des situativen und biographischen Kontextes, der ihm erst die pathologische Wertigkeit geben kann. Der Bogen suggeriert auch, dass das Wesentliche einer Störung die Summe der Symptome ist. Wie jeder weiss, ist gerade dies nicht der Fall sondern es handelt sich immer um eine Relation zwischen einerseits der Symptomatik und andererseits der Lebenssituation und dem sozialen Rahmen.

Der Bogen suggeriert auch, dass die verschiedenen Symptombereiche auf verschiedenen Entwicklungsstufen von einigermaßen gleicher Bedeutung sind, d.h. er enthält keinerlei entwicklungspsychologische Differenzierung, so dass sich beispielsweise die Frage stellt, wie Denkstörungen im Vorschulalter überhaupt diagnostiziert werden können. Nimmt man aber an, dass bestimmte Gruppen in bestimmten Patientenkategorien als Ganzes "nicht beurteilbar" sind, so wird das eine Mal ein entwicklungspsychologischer Sachverhalt, das andere Mal eine diagnostische Schwierigkeit mit dem gleichen Kriterium versehen (z.B. bei einem älteren, aber mutistischen Kind, bei dem Denkstörungen oder Wahnvorstellungen ebenfalls nicht zu ermitteln sind).

Der vorliegend formalisierte Status erweckt den Eindruck, die Symptomatik sei zeitlich konstant; er erlaubt es nicht, kurz- und mittelfristige Schwankungen festzuhalten.

Der Bogen sieht offenbar bewusst von allen systemischen Zusammenhängen ab. Diese sollen zwar nicht überschätzt werden, müssten aber doch etwa gleichermassen wie die individuumzentrierten Befunde festgehalten werden können.

Zusammenfassend sind besagte Beobachtung und Anamnese zweifellos notwendig; die ausgedehnte Formalisierung scheint mir aber den Befund so stark zu zergliedern und kognitiv auszurichten, dass demgegenüber die Bemühungen um eine ganzheitliche Erfassung, Erkenntnisse über die Wertigkeit und Variabilität der Symptome, über die Bedeutung des situativen und kontextuellen Zusammenhanges sowie die in der Untersuchung notwendige Kommunikation und Einfühlung stark in den Hintergrund gedrängt werden.“

## **QI 20**

### **Titelschwindel an der Uni. Von Daniel Ammann. (Magazin FACTS, 9/2001)**

Uni Zürich. Die leitende Dozentin für Psychopathologie entpuppte sich als Hochstaplerin. Die Verantwortlichen wollten den Fall vertuschen.

Der Zürcher Professor Hans-Christoph Steinhausen, Direktor des Zentrums für Kinder- und Jugendpsychiatrie, lässt sich oft und gerne in den Medien zitieren. Ob "Glückspost" (Alkohol in der Schwangerschaft) oder "Blick" (Kindsmisshandlung),

NZZ (psychische Störungen), "Weltwoche" (Hyperaktivität) oder FACTS (Magersucht) - wenn er die Arbeit seines Zentrums einer breiteren Öffentlichkeit näher bringen kann, kennt Steinhausen keine Berührungängste. Geht es indes um Fehlleistungen, die er zu verantworten hat, gibt sich der Psychiater wortkarg und abweisend: "Sie sollten die Sache schnell begraben", rät Prof. Dr. med. Dr. phil. Steinhausen und droht unverhohlen mit Konsequenzen. FACTS werde sonst künftig keine Information mehr "über Forschung in meinem Haus" erhalten. Die "Sache" betrifft eine Mitarbeiterin, die Steinhausen vor Jahren nach Zürich berufen und zur leitenden Psychologin seines Zentrums ernannt hat. Gezielt baute er sie auch als Nachfolgerin für den renommierten Kinder- und Jugendpsychiater Heinz Stefan Herzka auf, der dieser Tage als Uni-Professor pensioniert worden ist. Mit Erfolg: Ende Jahr setzte Steinhausen seine Favoritin bei der medizinischen Fakultät als leitende Dozentin für Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters durch. Damit begann eine Affäre, die seither unter dem Deckel gehalten wird: Psychiater Steinhausen setzte nämlich auf eine Hochstaplerin. Die Frau schmückte sich mit einem falschen Titel und arbeitete in seinem Zentrum - ohne aufzufallen. Lange führte sie das akademische Kürzel PD - Privatdozentin - im Vorlesungsverzeichnis zum Beispiel, in Medieninformationen oder auf der Website des Zentrums. Bloss: Habilitiert hat sie gar nicht. Das bestätigt man an ihrem früheren Universitäts-Arbeitsplatz. Nur wer eine Habilitation hat, darf sich als Privatdozentin bezeichnen. Steinhausen aber hielt es offenbar nicht für nötig, die akademischen Meriten seiner Angestellten nachzuprüfen. Dazu will er keinen Kommentar geben und beruft sich auf seine "Schweigepflicht". Fakt ist: Der Titelschwindel kam durch einen Zufall ans Licht. Nicht Steinhausens Zentrum entdeckte ihn. Es war ein fakultätsfremder Professor, der dem Schwindel auf die Spur kam. Dass solches überhaupt passieren kann, lasten mehrere Uni-Insider nicht nur den Aufsichtsorganen an, die offensichtlich versagt haben. Dahinter versteckte sich ein generelles Malaise bei der Nachfolgefrage und in der Förderung des Nachwuchses, heisst es. "Die universitären Strukturen sind unglaublich patriarchal", sagt ein Privatdozent, der anonym bleiben möchte: "Die Professoren sind praktisch allmächtig und verfolgen zu oft ihre Einzelinteressen nach Belieben." Eine mangelnde Öffentlichkeit kritisieren vereinzelt selbst Professoren: "Gerade bei der Nachfolgediskussion spielt die Demokratie einfach nicht", bestätigt ein Mediziner. Wenig transparent verfährt das Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie auch im aktuellen Fall. Statt offen zu einem Fehler zu stehen, erklärt Steinhausen nun, die Psychologin habe gekündigt - "aus persönlichen Gründen". Leidtragende der Affäre sind die Studierenden, die immer noch nicht wissen, wie die Nachfolge Herzka nun geregelt wird - obwohl der Zeitpunkt seiner Pensionierung schon seit Jahren feststand. Ad interim hat jetzt Steinhausen selber die Stelle des leitenden Dozenten übernommen. Das freut Studierende der Pädagogik und Sonderpädagogik wenig. In einem Brief an Steinhausen zeigen sie sich über diese Situation "sehr beunruhigt und verunsichert".

## QI 21

### **Nachwuchsverhinderung - ein erfahrungsgestützter (evidence based) Diskussionsbeitrag. (Schweiz Ärztezeitung 2001;82(24):1276-1277)**

„Als Kinder- und Jugendpsychiater habe ich mich von Berufs wegen mit Bildungsstrukturen zu befassen; denn diejenigen, welche bei uns Rat suchen, sind Nutzniesser oder auch Geschädigte von Schul- und Ausbildungssystemen. In den nachstehenden Ausführungen geht es jedoch um die eigene Sache: den akademischen Nachwuchs in der Medizin. Landesweit wird dessen Mangel beklagt, werden auch Remeduren gemixt, die sich offenbar als wenig effizient erweisen. Ich versuche aus meiner persönlichen Sicht und Erfahrung Faktoren zu nennen, die mir während meiner Lehrtätigkeit aufgefallen sind, und die ich für Teile eines allgemeinen Syndroms halte: jenem der Nachwuchsverhinderung. Seit einem Drittel Jahrhundert gehöre ich dem akademischen Lehrbetrieb an, seit 1977 als persönlicher, d.h. nebenamtlicher Professor, sozusagen als Nationalspieler der B-Liga. Unmittelbarer Anstoss zu diesen Ausführungen ist, dass meine eigene Nachfolge auf das Sommersemester 2001 nur interimistisch „geregelt“ ist, obschon ich seit mehreren

Jahren auf meinen Rücktritt hinwies und auch eine abgeschlossene Strukturplanung für mein Lehrgebiet erfolgte. Die spezielle Geschichte um meine Lehramt ist eine kleine, an und für sich unbedeutende Seldwylatragödie; aber nur aus der genauen Kasuistik kann das Allgemeine der Störung, um die es hier geht, erschlossen werden. Was meinen "casus" betrifft, ist rasch resümiert: Gegen Ende letzten Jahres stand meine Nachfolgerin fest, eine Dame in leitender klinischer Stellung. Wir besprachen bereits die Übergabe. Auch dass sie meine langjährige Mitarbeiterin entlassen würde, war unabwendbar. Diese passte nicht mehr in das neue Konzept. Einige Wochen später kündigte diese designierte Nachfolgerin jedoch ihre Stellung unerwartet, nicht etwa weil sie eine auswärtige Berufung erhalten hätte, sondern - recht speziell - aus persönlichen Gründen. Das hartnäckige, auch vom Lokalradio verbreitete Gerücht besagt, sie habe den von ihr geführten, angeblich im Ausland erworbenen Titel einer Privatdozentin zu Unrecht geführt, ohne je habilitiert worden zu sein; eine kleine Hochstapellei also, die per Zufall von einem fakultätsfremden Kollegen aufgedeckt worden sei. (Was tatsächlich vorgefallen ist, habe ich nicht aus erster Hand erfahren können; vermutlich, weil, wie es ein Kollege formulierte, meine Nachfolge mir ja schliesslich gleichgültig sein könne).

Nun gab es allerdings schon vorher, und gibt es weiterhin, für die Stelle grundsätzlich zwei valable Kandidaten, beide rechtmässig habilitiert, wobei von dem einen die spezielle Eignung und auch sein Interesse an der Stelle weit herum bekannt ist. Nur passt dieser Kandidat offenbar dem zuständigen Klinikdirektor nicht, weil die beiden, wie der Volksmund sagt, das Heu nicht (mehr) auf der gleichen Bühne haben. Und so bleibt es bei der interimistischen Lösung, bei welcher ein nicht gerade unterbeschäftigter Klinikdirektor den vakanten Job zusätzlich auf sich nimmt.

Doch nun zur allgemeinen Problematik der Berufungs- und Beförderungspraxis: Interimistische Regelungen (nicht: Lösungen) sind auch nach lang vorhersehbaren Rücktritten keine Seltenheit. Oft werden die Ansprüche an die - natürlich im Ausland gesuchten - Nachfolger enorm hoch geschraubt, während das Angebot an strukturellen Möglichkeiten für den Gesuchten bescheiden oder diffus ist. Das begünstigt, dass ausländische Bewerber den möglichen Ruf aus der Schweiz für ihr Karrierepoker einsetzen.

Die langfristige Vorhersage nützt nichts. Denn die Anbieter der vakanten Stelle werden von den hervorragenden Kandidaten, die bessere Möglichkeiten haben, hingehalten; die Suchenden huldigen jedoch weiterhin einem, in diesem Fall illusionären, Prinzip Hoffnung und stehen zum Zeitpunkt der Neubesetzung mit leeren Händen da. Die interimistische Regelung spart einige Monate das Honorar des Neuen, was, in Anbetracht der immer knappen Budgets, nicht unwillkommen ist. In der Zwischenzeit zerfallen die bisherigen Strukturen und irgendwann einmal muss alles von Grund auf neu aufgebaut werden und man wundert sich über die Kostenexplosion....

Strukturpläne werden auf Vorrat gemacht, d.h. - als wäre dies selbstverständlich - ohne Berücksichtigung und Mitbestimmung der davon später Betroffenen. Dadurch werden sie zu Sandkastenübungen, denn jeder weiss (mindestens in der Wirtschaft), dass Strukturen nur so viel taugen, als sie auch den dafür unmittelbar Verantwortlichen - in unserem Fall den gar noch nicht vorhandenen Nachfolgern - entsprechen. Dazu kommt, dass oft Wesentliches im unklaren bleibt, beispielsweise die Frage, ob eine neu zu berufende klinische Kapazität in einem Spezialgebiet überhaupt eine Bettenstation erhalten wird, weil Betten von den grossen Generalisten nicht gerne abgetreten werden.

Der für bedeutsame Berufungen von hochrangigen Kommissionen mit auswärtigen Experten am internationalen (meist nur deutschsprachigen, warum eigentlich?) Sternenhimmel geübten Such- und Selektionspraxis steht ein Beförderungssystem in den unteren Rängen gegenüber, das oft auf Anpassung und gegenseitiger Dankbarkeit, also auf einer Art Höflingsideologie beruht. Wer seinem Chef brav dient, zu dessen Glanz und Glorie beiträgt (bzw. was dieser dafür hält), darf hoffen. Der Chef spielt seine Schützlinge bisweilen gegeneinander aus. Auf einen, der das durchsteht und ankommt, kommen Mehrere, die aus dem Big Brother-Spiel entweder selbst aussteigen, oder mehr oder weniger subtil hinaus komplimentiert werden. Sie sind zumeist für den akademischen Nachwuchs verloren, denn nur wenige schaffen ohne die Verbindungen ihres Chefs den Erfolg an dem Ort.

Natürlich braucht es bei Neubesetzungen frischen Wind und neue Ideen, oft auch neue Leute. Aber das wäre - ginge es nach der Vernunft - kein Grund, bewährte und erfahrene Kräfte zu verjagen, noch bevor man sich über ihre Lernfähigkeit ein Bild gemacht hat. Trotzdem geschieht es. Denn offenbar sind die Neuerer, bzw. jene, die sich dafür halten, ihrer Sache und ihrer fachlichen Autorität so unsicher, dass sie sich keine rationale Diskussion oder Überzeugungsarbeit zutrauen. Zuerst einmal wird tabula rasa gemacht. Und man wundert sich weiter über die Kostenexplosion...Jede private Firma würde nach dieser in die Pleite segeln.

Konzepte machen ist ein Lieblingsspiel. Bisweilen sind sie notwendig. Aber oft dienen sie dazu a) sehr individuelle und persönliche Vorlieben oder Ängste der Betroffenen in eine neutrale Form zu verpacken; b) dem Rivalitäten und Verteilungskämpfen um das liebe Geld ein Mäntelchen sachlicher Argumentation umzuhängen; c) das, was wesentlich und rasch getan werden sollte, auf die längere Bank zu schieben; d) Studierende, Mitarbeiter und andere störende Trittbrettfahrer des akademischen Betriebskarussells ruhig zu stellen und e) eine Basis dafür zu haben, wie es dann, unter dem Einfluss der als neue Umstände deklarierten, tatsächlich aber auf neuen Personen beruhenden Situation, doch nicht gemacht wird.

Das Thema universitäre „Klinikdirektoren“ (Arzt, zwanzig Ausbildungsjahre), Lehrer (ungelernt), Forscher (Autodidakt) und Manager (Naturtalent), ist unerschöpflich. Entgegen allen Vorurteilen ist es eine bunt gemischte Schar von Menschen, wie die Pfarrherren, die Bauern, die Gewerbetreibenden oder die Künstler. Aber ihre Stellung verleitet einige dazu in die Rolle gutmütiger Lokalfürsten oder machtbewusster Landvögte zu schlüpfen, die Mittel, Positionen und vor allem Lehraufträge mit unfehlbarem Gespür verteilen. Sie bilden ein gut funktionierendes Netzwerk. Kommissionen, Ausschüsse jedwelcher Art, persönliche Beziehungen, sorgen dafür, dass man sich laufend gegenseitig kleine Unterstützungen erweist, jeder den anderen mit unliebsamen Wahrheit verschont und das Fussvolk der Fakultätsversammlung, die eigentlich ein demokratisches Parlament wäre, stets mit möglichst einstimmig beschlossenen, fertig präparierten Lösungen gespiesen wird, sodass die Sitzungen nicht noch länger dauern, was jeden freut. Das dieses oligarchische System meist perfekt funktioniert, dass deren Störefriede rasch einmal nichts mehr zu melden haben, dass republikanisch gesinnte Vorstösse von Fakultätsmitgliedern höflich versanden oder drastisch mundtot gemacht werden - das ist ein Kernproblem der Thematik, die ich hier nur punktuell und vorsichtig anzudeuten wage.

Beispielsweise war noch gar nicht die Rede davon, wie eine mögliche wirtschaftliche Rendite indirekt auf die Forschung Einfluss nimmt. So werden für bestimmte Vorhaben, welche wirtschaftlich interessant sein könnten, grosszügig Forschungsstellen und Infrastruktur - die begehrten Drittmittel - zur Verfügung gestellt. Das ist edel und gut. Geht es dann aber darum, das bei Forschungsgesuchen, beispielsweise für den Nationalfond, eine Vorselektion gemacht werden muss (die fakultätsintern erfolgt), so haben diejenigen die beste echte Chance, welche dank „Drittmitteln“ schon eine Basis haben; wer hat, dem wird gegeben. Oder es war nicht die Rede von der Methodenmonotonie, d.h. dem Umstand, dass bei Forschungsgesuchen immer die Frage nach bewährten, und damit oft schon zu Tode wiederholten Methoden gestellt wird, sodass originelle, ganz neuartige Ansätze, die vielleicht-horribile dictu- sogar ein Flopp werden könnten, vielleicht aber auch zu wirklich neuen Erkenntnissen, statt zu Varianten des Bekannten führen würden, fast keine Chance haben, Mittel zugesprochen zu erhalten. Es war auch nicht die Rede von den Schwierigkeiten über Interdisziplinarität und Teamwork nicht nur zu reden, sondern auch demokratisch in deren Sinn zu handeln. Schon gar nicht war die Rede von der überfälligen Kooperation von natur- und geisteswissenschaftlichen Ansätzen. Ja, es gäbe noch manches mehr.

Wir dürfen uns darüber freuen, dass wir in einzelnen Forschungsbereichen zur Weltelite zählen, aber uns damit nicht darüber hinweg trösten, dass wir in vielen anderen Sparten, bezogen auf unsere materiellen und personellen Ressourcen, weit unter unseren Möglichkeiten bleiben. Das Problem ist längst erkannt. Zu den vorhandenen Rezepten kann ich wohl kaum Neues beisteuern, aber aus begründeter Erfahrung einige Aspekte hervorheben:

Die Ursachen des Nachwuchsmangels sind psychologischer und psychosozialer Art, d.h. es sind - in unserem Fachjargon- sowohl "Persönlichkeitsfaktoren" wie "Systemfaktoren", die wahrzunehmen wären.

Korrekturen erfordern nicht so sehr Zivilcourage von Einzelpersonen, als vielmehr einen gemeinsamen politischen Willen der Fakultätsmitglieder, die konstante Entwicklung einer Hauskultur der vertieften Diskussionsbereitschaft, der sachbezogenen Kritikfähigkeit (austeilen, einstecken, beherzigen oder begründet zurückweisen) und des Hinterfragens in den eigenen Reihen. Das ist zeitlich nur möglich, wenn Bürokratie und Formalismus auf das unerlässliche Mindestmass zurückgefahren werden.

Daraus müsste mehr Transparenz und liberale Demokratie der primären Entscheidungsbildung resultieren, und weniger Absprachen im kleinen Kreis (Kommissionitis) und "unter sich".

Dann könnte auch das Gewicht der Partikularinteressen von etablierten Verantwortungsträgern eingeschränkt werden.

Dies müsste mit der Bereitschaft zu unkonventioneller Auswahl mit Risikofreude verbunden sein, die auch mit einem allfälligen Scheitern rechnet.

Die vorhandenen politischen, weitgehend laizistischen Kontrollgremien müssten sich konstruktiv einmischen, zur fairen Konfrontation bereit sein und die Chance ihres Standpunktes von aussen auch dann wahrnehmen, wenn dies im Hinblick auf die nächsten Wahlen wenig Popularität verspricht.

Amerkung der Redaktion: Heinz Stefan Herzka ist Professor für Kinder- und Jugendpsychiatrie, speziell Psychopathologie des Kindes und Jugendalters an der Universität Zürich; er tritt auf Ende des Wintersemesters 2000 / 2001 in den Ruhestand. Er war als leitender Arzt der Zweig und Regionalstellen sowie der von ihm begründeten Tagesklinik des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Zürich tätig und wirkte einige Jahre als Vizepräsident, sowie als Mitglied der Aus- und Weiterbildungskommission seiner Fachgesellschaft, die er auch in internationalen Gremien vertrat. Von 1977 - 1984 war er Chefredaktor der damals dreisprachigen "acta paedopsychiatrica"; die von ihm geleitete akademische Tätigkeit ist dokumentiert in: Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters an der Universität Zürich, Dokumentation 1968 bis 1998, Schwabe & Co. AG Basel (im Kommissionsverlag)“

## QI 22

### **Replik des Dekans der medizinischen Fakultät der Universität Zürich auf den Artikel Nachwuchsverhinderung von H. S. Herzka (Schweiz Ärztezeitung 2001;82(24):1276-1277)**

„Eigentlich ist es zu begrüssen, wenn ein Fakultätsmitglied in engagierter Form und in konstruktiver Weise Überlegungen zu spezifischen oder allgemeinen Problemen seiner Fakultät anstellt. Form, Inhalt und Mitteilungs sollten dabei so gewählt sein, dass die Glaubwürdigkeit eines konstruktiven Engagements nicht verlorenght. Die vom Verfasser gewählte Form lässt am guten Willen zweifeln und fügt der Fakultät und der Universität mehr Schaden zu als die angeprangerten Probleme, die es selbstverständlich zu lösen gilt. Der Beitrag von Herrn Prof. Herzka, ohne Aufforderung zur Gegendarstellung abgedruckt, ist in diesem Kontext inakzeptabel.

In der vorliegenden Replik will ich versuchen, das verzerrte Bild, das Herr Kollege Herzka von der Fakultät und seinen Fakultätskollegen zeichnet, durch sachliche Richtigstellung zu korrigieren.

Weder die Leserschaft von «Facts» noch diejenige der Schweizerischen Ärztezeitung wird eine Möglichkeit haben, in interne Strukturen – soweit sie denn änderungsbedürftig sind – eingreifen zu können, zumal die beigegebene schmale Information falsch oder verzerrt, keinesfalls aber «evidence-based» ist.

Zu ergründen, welche Motive einen Kollegen dazu treiben, nach seinem Ausscheiden aus der Fakultät zum grossen Rundschlag anzusetzen, bleibt der hohen Kunst derjenigen Wissenschaftsdisziplin überlassen, der der Autor des «Verhinderungsbeitrages» angehört. Die Attacken richten sich gegen ein Sammelsurium

von Sachverhalten und Personen. Sie reichen von Interimslösungen, Strukturplänen, Berufungs- und Beförderungsverfahren über Konzepte bis zur Persönlichkeit von Klinikdirektoren und schliesslich bis zum Mysterium einer Fakultätsversammlung. Im Vorfeld der Diskussion sollte nicht unerwähnt bleiben, dass der Begriff «evidence-based» gerade nicht «erfahrungsbezogen», sondern «faktengestützt» ist. Von Fakten geht Herr Herzka aber gerade nicht aus, sondern eher von Ressentiment-belasteten persönlichen Empfindungen einer Fakultät gegenüber, die ihn zum Nebenamtlichen Extraordinarius (ad personam) gemacht hat.

Entweder wissentlich oder in Unkenntnis universitärer Reglemente macht Herr Herzka den Leser glauben, die Fakultät habe für einen Nebenamtlichen Extraordinarius automatisch einen Nachfolger zu bestimmen. Ein Nebenamtliches Ordinariat oder Extraordinariat ist eine einmalige Adpersonam-Entscheidung, die nicht für einen ständigen Funktionsbereich, sondern in Anerkennung der persönlichen Verdienste eines Mitgliedes des Lehrkörpers einer Fakultät für die Dauer des aktiven Dienstes ausgesprochen wird. Bei Neubesetzungen von etatmässigen Professuren erfolgt die Auswahl der Kandidaten/-innen stets im Bemühen, den Besten bzw. die Beste zu gewinnen. Hierzu sind selbstverständlich Verhandlungen auf beiden Seiten erforderlich, bei denen nicht nur die Universität ihr Angebot, sondern auch der/die Kandidat/ in ihre Vorstellungen darlegen müssen. In dieser Situation tragen Polemiken zur Fakultätsstruktur in öffentlichen Journalen in keiner Weise zur Attraktivität der Medizinischen Fakultät Zürich für die jeweiligen Kandidaten bei. Der Vorwurf einer notorischen Bevorzugung von Nichtschweizer Bewerbern ist in Anbetracht der Berufungspraxis der vergangenen Jahre eine schlichte Fehlinformation: Während das Verhältnis von Nichtschweizer zu Schweizer Bewerbern etwa 3:1 beträgt, erfolgten im vergangenen Hochschuljahr Berufungen im umgekehrten Verhältnis 1:3, was in Anbetracht des zahlenmässig in einem kleinen Land zwangsläufig begrenzten Nachwuchspotentials beachtlich ist. Eine Universität sollte sich bei der Wahl der Besten primär nach der Qualität orientieren. Es gilt aber – und das muss deutlich gesagt werden – dass bei gleicher Qualifikation Schweizer Bewerber bevorzugt werden. Die Kritik am Beförderungssystem geht an einer akademischen Denkweise vorbei. Klinik- und Institutsleiter werden nicht in ihre Position geboren, sondern haben sich im Verlaufe ihres akademischen Werdeganges einem kompetitiven Wahlverfahren gestellt. Dies ist ein hürdenreicher, steiniger Weg, der ein hohes Mass an persönlichem Einsatz erfordert. In diesem Zusammenhang den Vergleich mit dem «Big-Brother-Spiel in einem akademischen Container» zu wählen, ist bestenfalls geschmacklos. Der frische Wind und die neuen Ideen, die bei Neubesetzungen für eine gesunde akademische Dynamik sorgen, haben nichts mit «Tabula-rasa-Machen» zu tun, sondern dienen einer natürlichen Reformbedürftigkeit, die neben dem Bewahren bewährter Strukturen ihren Platz haben.

Die polemischen Ausführungen über Konzepte als «Lieblingsspiel», das «Potential universitärer Klinikdirektoren und über die Fakultätsversammlungen» sind so verallgemeinernd gehalten, dass es schwerfällt, hierauf konkret zu antworten. Zur Verbesserung der angeprangerten Kultur einer Fakultätsversammlung sind weder «Facts» noch die Schweizerische Ärztezeitung oder ein anderes Journal geeignete Foren. Die Intentionen, die hinter dem Artikel von Herrn Herzka stehen, bleiben unklar, die Ausführungen sind aber sicherlich nicht als konstruktiver Beitrag zur Verbesserung von Strukturen und Prozessabläufen im dynamischen akademischen Leben einer medizinischen Fakultät gedacht, sondern diffamieren die Kolleginnen und Kollegen der Fakultät, die durch ihren Einsatz in ihrem spezifischen Fach- und den fächerübergreifenden Fakultätsgeschäften dazu beitragen, dass die Medizinische Fakultät der Universität Zürich national und international ein hervorragendes Ansehen genießt.

Die angebotenen Verbesserungsrezepturen kommen leider nicht über allgemeine Anprangerung ohne konkrete Vorschläge hinaus.

Die Fakultät besteht aus den von ihr gewählten Mitgliedern, die auch ihr Profil bestimmen. Es ist bedauerlich festzustellen, dass ein Kollege nach dem offiziellen Ausscheiden aus der Fakultät in polemischer Weise über eine der Sache völlig undienliche öffentliche Plattform Kritik äussert, weil er glaubt, dies zur Zeit seiner aktiven Fakultätszugehörigkeit versäumt zu haben.

Ungeachtet derartiger unschöner Ausführungen wird die Medizinische Fakultät auch weiterhin ein offenes Gremium mit allen Vor- und Nachteilen demokratischer Entscheidungswege sein, in dem konstruktive diskussionsfreudige Kritik erwünscht



ist, soweit sie an richtiger Stelle, zum richtigen Zeitpunkt mit korrekten Argumenten plaziert wird.“

### QI 23

#### **a) Artikel, Auszug (H.S.H.): Heftige Kritik an der Universitätsleitung. Sitzung des Kantonsrates vom 25.9.2006, Neue Zürcher Zeitung, 26. September 2006. Vorwürfe zur Personalführung - Forderung nach einer PUK**

Kantonsräte von links bis rechts haben am Montag im Rat die Universitätsleitung ungewohnt heftig angegriffen. Sie warfen ihr Führungsschwäche und Arroganz vor. Gefordert, allerdings erfolglos, wurde auch eine parlamentarische Untersuchungskommission.

fur. Es war, als entlade sich auf einen Schlag eine über lange Zeit angestaute Frustration über die Führung der Universität Zürich. Dermassen heftig - und in dieser Art schwer nachvollziehbar - ging am Montagmorgen im Kantonsrat ein Donnerwetter über der Universitätsleitung nieder. Von allen Fraktionen, mit Ausnahme der EVP, waren Vorwürfe zu hören, die zum Teil an Härte schwer zu überbieten sind. Anlass dafür war eine schon länger hängige Interpellation von SP-Kantonsrat Christoph Schürch zu verschiedenen Problemen an der Universität und am Universitätsspital. Gemeint sind damit beispielsweise die vergangenen Wirren um die neue Führung der Herzchirurgie, die fehlerhafte Hautkrebs-Studie von 2003, Personalkonflikte, aber auch Verzögerungen bei der Schaffung eines Lehrstuhls für Hausarztmedizin. Hinzu kamen der jüngste Konflikt in der Vetsuisse-Fakultät und im Tierspital sowie die Diskussion um ein neues Wahlverfahren für den Rektor und die Prorektoren.

Dass die Universitätsleitung in solchen Fällen nicht immer eine gute Figur gemacht hatte, verleitete verschiedene Ratsmitglieder dazu, Schlagwörter wie "Ignoranz" und "Arroganz" gleich wiederholt von sich zu geben. Die Leitung sei unfähig, Fehler in der Personalführung einzugestehen und zu analysieren, kritisierte Schürch. Ein Konfliktmanagement finde nicht statt, und das "elitäre Gehabe" vor allem der medizinischen Fakultät werde von der Universitätsleitung zugelassen und damit gefördert. Die grüne Fraktionssprecherin Esther Guyer sprach von fehlender Professionalität. An der Universität würden die Überbringer der schlechten Botschaft bestraft und die Täter geschützt. Noch heftiger schlug FDP-Kantonsrat Hansruedi Hartmann in die Kerbe, der einen ganzen Katalog von Vorwürfen vortrug. Seine Anschuldigungen reichten von schweren Führungsmängeln und Amtsmissbrauch über Diskriminierung und Rufmord als personalpolitische Strategie bis zu fortschreitender Entdemokratisierung und Verdacht auf Bestechlichkeit. Es herrsche ein Milieu der Zerstörung von Vertrauen in die Wissenschaft, donnerte Hartmann. SVP-Kantonsrat Matthias Hauser kritisierte, dass die Universitätsleitung sämtliche Vorkommnisse verschleierte, etwa indem sie den Professoren im Konflikt im Tierspital verboten habe, mit den Medien zu sprechen.

Guyer und Hartmann forderten zur Aufklärung der Vorwürfe die Einsetzung einer parlamentarischen Untersuchungskommission (PUK), Schürch forderte die Bildungsdirektion auf, die Fälle abzuklären. Derzeit liegt der Ball allerdings bei der Geschäftsprüfungskommission. Diese hat bereits vor Wochen entschieden, eine Subkommission einzusetzen, welche die Vorfälle im Tierspital abklären soll. Dabei bleibt es vorderhand. Es liegt jedenfalls keine Antrag vor, eine PUK zu bilden. Es wäre auch ziemlich übertrieben.

Dem Ruf der Universität Sorge tragen

Die respektablen Leistungen der Universitätsleitung für Lehre und Forschung blieben bei diesem Trommelfeuer logischerweise unerwähnt. Die Wogen zu glätten versuchte aber Bildungsdirektorin Regine Aepli, von Amts wegen auch Präsidentin des Universitätsrates. ... Das Führen von Wissenschaftlern - darunter solche mit Weltruf - sei aber sehr schwierig.

Universitätsrektor Hans Weder, der sich die Kritik auf der Tribüne des Rathauses anhörte, wollte dazu keinen Kommentar abgeben.

b) Ratsbericht (Protokoll, stark gekürzt, H.S.H.), 168. Sitzung, Montag, 25. September, 8.15 h. Vorsitz: Hartmuth Attenhofer (sp., Zürich)  
Harte Vorwürfe an die Adresse der Universitätsleitung. Jahresbericht 2005 der Universität

fur. Der Regierungsrat und die Geschäftsprüfungskommission des Kantonsrats (GPK) beantragen, den Jahresbericht der Universität Zürich für das Jahr 2005 zu genehmigen....

#### Universitätsleitung in der Kritik

In einer Interpellation hat Christoph Schürch (sp., Winterthur) Fragen zur Art der Führung der Universität Zürich gestellt. Konkret gemeint sind vor allem Konflikte in der Medizinischen Fakultät beziehungsweise im Universitätsspital sowie der Fall der unter unschönen Umständen entlassenen Professorin Ellen Stubbe an der Theologischen Fakultät. Der Interpellant wollte unter anderem wissen, wie sich der Regierungsrat die Konflikte erklärt, wie der den Prozess der Verselbständigung der Universität beurteilt, ob dieser mit den Konflikten zu tun hat und welche Massnahmen zur Verhinderung solcher Konflikte in Zukunft ergriffen werden sollen. In seiner Antwort bezweifelt der Regierungsrat, dass es in den letzten Jahren zu mehr Konflikten gekommen ist als vor der Verselbständigung der Universität. Allerdings sind die Anforderungen an Führungspersonen, vor allem in der Medizin, gestiegen. Dass es in einem Grossbetrieb wie der Universität mit rund 7000 Mitarbeitenden zu Personalkonflikten kommen kann, lässt sich trotz professioneller Personalführung nicht verhindern. Strukturelle Probleme sind in diesem Zusammenhang aber nicht auszumachen. Instrumente zur Konfliktverhinderung und Konfliktbewältigung sind an der Universität in genügendem Mass vorhanden.

Christoph Schürch (sp., Winterthur) ist mit der Antwort überhaupt nicht zufrieden. Meine Kritik richtet sich aber nicht gegen die Bildungsdirektorin, sondern gegen die Universitätsleitung. Deren Haltung atmet den Geist der Verteidigung, der Selbstgerechtigkeit und der Ignoranz gegenüber Problemen und deren Opfern. Nie findet ein Eingeständnis von Fehlern statt, nie fällt ein Wort des Bedauerns. Es ist unbestritten, dass es bei 7000 Mitarbeiter immer wieder Probleme gibt. Aber das Problem ist die Art und Weise, wie mit Krisen umgegangen wird. Es finden kein Konfliktmanagement und keine Aufarbeitung statt, und es herrscht bei der Universitätsleitung eine Unfähigkeit, Fehler zu analysieren. In der Medizinischen Fakultät etwa herrscht ein bis zur Betriebsblindheit ausartendes elitäres Gehabe, das zugelassen und damit gefördert wird. Schürch zählt neun Fälle auf, die öffentlich wurden. Die Art, wie sie bewältigt oder nicht bewältigt wurden, ist befremdend. Ich rufe die Bildungsdirektion auf, eine Untersuchung darüber einzuleiten. Esther Guyer (gp., Zürich) dankt der Universität für ihre Leistungen in Forschung und Lehre. In der Personalführung ist sie aber zu kritisieren. Ihre Fehler schaden dem Ruf der Universität. Der Rektor hat im Fall Stubbe die Rehabilitierung der Professorin durch den Regierungsrat sofort wieder relativiert. Hier fehlt die Professionalität. Die Überbringer von schlechten Nachrichten werden bestraft, die Täter geschützt. Wir haben ein gravierendes Führungsproblem an der Universität. Wir hoffen, dass unser Vorstoss für ein professionelleres Verfahren zur Wahl des Rektors Ihre Zustimmung findet. Wieso aber geht die Universität zum Beispiel nicht härter gegen Titelbetrug vor? Es ist Zeit zu handeln. Wir müssen eine parlamentarische Untersuchungskommission (PUK) einsetzen. Elisabeth Scheffeldt (sp., Schlieren) kritisiert, dass in der Antwort gesagt wird, es stehe alles zum Besten. Bei Personalkonflikten etwa könnten sich die Angehörigen der ETH Zürich an eine interne Ombudsstelle wenden, jene der Universität an eine Personalkommission, in der aber ein Vertreter der Universitätsleitung sitzt. Es ist bedauerlich, dass der Regierungsrat keine andere Art der Konfliktbewältigung prüft. Die SP ist aber nicht für eine Einsetzung einer PUK. Gegen die Arroganz der Universitätsleitung nützt eine PUK nichts.

Hansruedi Hartmann (fdp., Gossau) rollt den Fall Stube auf. Dieser dokumentiert, was sich an der Universität nicht länger unter den Tisch kehren lässt, nämlich: Begünstigung im Amt, Amtsmissbrauch, schwere Führungsmängel, Verdacht der Bestechlichkeit, Rufmord als personalpolitische Strategie, Fehlen von

Konfliktlösungsinstrumenten, Mobbing, fortschreitende Entdemokratisierung und Diskriminierung weiblicher Wissenschaftlerinnen. Es geht um ein Milieu der fortschreitenden Zerstörung des Vertrauens in unsere Wissenschaft. Ich bitte alle Fraktionen, sich über die Universität unter dem Rektorat von Hans Weder zu informieren. Die Frage einer PUK muss diskutiert werden. Lorenz Schmid (cvp., Männedorf) hält die Sorgen um die Universität für berechtigt. Es ist unglaublich, noch fünf Jahre nach der Verselbständigung diese als Erklärung für Mängel anzubringen. Die Personalpolitik ist immer öfter Thema in der Öffentlichkeit, darum müssen wir sie ernst nehmen. Die Wahl des Rektors soll nicht mehr durch den Senat, sondern im vollen Umfang durch den Universitätsrat erfolgen. Wir werden diskutieren, ob nicht auch die Dekane durch den Universitätsrat gewählt werden sollen. Hanspeter Amstutz (evp., Fehraltorf) massiert sich nicht an, ein Urteil über die Führungsfähigkeit der Universitätsleitung zu fällen. Die Universität arbeitet erfolgreich in der Forschung. Ich vermag mir auch kein Urteil über die Qualität der Organisationsstruktur anzumessen. Die Idee eines Ombudsmannes für die Universität finde ich aber durchaus prüfenswert. Aber es ist eine Illusion, dass Stellen an der Universität immer konfliktfrei besetzt werden können. wo viel Neues entsteht, ist lange nicht alles perfekt. Matthias Hauser (svp., Hüntwangen) wirft der Universität vor, dass ein Pressestopp verfügt worden war und sexuelle Belästigungen vorgekommen seien. Die Bildungsdirektion hat wie die Universitätsleitung immer alles verschleiert. Regine Aeppli hat Hans Weder immer gedeckt. Karin Maeder (sp., Rütli) fragt, ob die GPK bereits eine PUK gefordert hat. Es ist deren Aufgabe, diesen Antrag zu stellen. Esther Guyer (gp., Zürich) will nicht nur Schuldzuweisungen machen, sondern selbst handeln. Die GPK kommt erfahrungsgemäss nicht an alle Informationen heran. Es ist an der Zeit, sich ernsthaft mit einer PUK zu befassen. Bildungsdirektoren Regine Aeppli (von Amtes wegen auch Präsidentin des Universitätsrates) kommt eine Stelle aus der Bibel in den Sinn: Wer ohne Fehl und Tadel ist, der werfe den ersten Stein. Der Kantonsrat hat 1998 die Universität in die Selbständigkeit entlassen. Die Konsequenzen der Entlassung von Institutionen in die Autonomie sollte man bedenken. Wer mehr Handlungsspielraum erhält nutzt sie vielleicht nicht immer im Sinne des Erfinders. Ich bin erstaunt über die Heftigkeit der Anwürfe gegen die Universitätsleitung und den Rektor. Personelle Konflikte sind in einem Grossbetrieb unvermeidlich. Es sind immer dieselben sieben oder acht Fälle, die Gegenstand der Kritik sind. In der gleichen Zeit wurden aber rund 350 neue Professorinnen und Professoren an die Universität berufen. Bei der Kritik muss Augenmass bewahrt werden. Es kam an der Universität immer wieder zu Konflikten, und es betraf schon früher mehrheitlich die Mitglieder der medizinischen Fakultät, aber damals suchten diese weniger häufig den Kontakt zu den Medien. Der Universitätsrat kann nicht plötzlich die Leitung der Universität übernehmen, wenn ihm Entscheide nicht passen. Aber im Universitätsrat wird die Führung thematisiert. Im Rahmen der Evaluation an der Universität wurde auch die Universitätsleitung evaluiert. Ihr wurde ein gutes Zeugnis ausgestellt. Es gab auch kritische Anmerkungen. So muss etwa die Verwaltung professioneller werden. Der Universitätsleitung wird geraten, forscher, selbstbewusster und weniger konsensorientiert zu führen. Wissenschaftler zu führen ist aber schwierig, weil diese zu intelligenter Gegenwehr fähig sind. Ich bin gegen über der Diskussion um ein neues Wahlverfahren für den Rektor offen. Wir müssen dem Ruf unserer Universität Sorge tragen. Kritik in Ehren, aber diesem Anspruch wurde heute Morgen nicht immer Rechnung getragen.