

## Modul « Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitsmodelle »

Dieses Modul untersucht Ausgrenzungsmechanismen in der Gesundheitspolitik in Geschichte und Gegenwart. Im Zentrum stehen die Fragestellungen, ob und wie sich in der Schweiz eugenisches Gedankengut auf die Praxis der Medizin, Psychiatrie, Sozialarbeit und Einbürgerung auswirkte und wie Psychiatrie, Genetik und Reproduktionsmedizin einschliessen oder ausschliessen. Ausserdem werden die unterschiedlichen Vorstellungen über Gesundheit in der Schweizer Bevölkerung verglichen und im europäischen städtischen Umfeld wird der Zugang zu den Gesundheitssystemen unter die Lupe genommen. Im Fokus des Interesses steht auch, wie die Kinder von psychisch Kranken mit Stigmatisierung umgehen.

### Projekte

Gesundheitskulturen in der Schweiz: Vergleichende Analysen gesundheitsbezogener Werte und Normen und ihre Bedeutung für soziale Integrations- und Ausschlussprozesse in der Deutsch- und Westschweiz

*Thomas Abel*

Zugangsschranken zum Gesundheitssystem und Ausgrenzung – eine vergleichende Studie zu den Strategien zur Verbesserung des Zugangs zum Gesundheitswesen und zur Bekämpfung der sozialen Benachteiligung in europäischen Städten

*Sandro Cattacin*

Genetik, Reproduktionsmedizin und Gesellschaft: Ausgrenzungs- und Integrationseffekte in der Humanmedizin

*Hansjakob Müller, Ruth Ella Baumann-Hölzle*

Stigma und Identität. Psychosoziale und biographische Integrationsformen und Ausschlussmechanismen von Kindern psychisch kranker Eltern

*Daniel Sollberger*

Internieren und Integrieren. Zwang in der Psychiatrie: Der Fall Zürich, 1870–1970

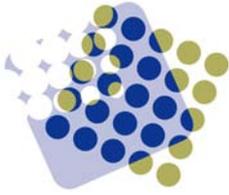
*Jakob Tanner*

Eugenische Konzepte und Massnahmen in Psychiatrie und Verwaltung. Zur Politik von Normierung, Integration und Ausgrenzung am Beispiel des Kantons Basel-Stadt, 1880–1960

*Regina Wecker, Bernhard Küchenhoff*

Städtische Fürsorge im Kräftefeld von Eugenik, Geschlecht und medizinisch-psychiatrischen Normalisierungsdiskursen in Bern und St. Gallen (1918–1955)

*Béatrice Ziegler, Gisela Hauss*



## **Gesundheitskulturen in der Schweiz: Vergleichende Analysen gesundheitsbezogener Werte und Normen und ihre Bedeutung für soziale Integrations- und Ausschlussprozesse in der Deutsch- und Westschweiz**

Thomas Abel

### **Zusammenfassung der wichtigsten Resultate (Auszug aus dem Schlussbericht)**

Das Projekt untersucht gesundheitsorientierte Wert- und Normvorstellungen in der schweizerischen Bevölkerung in ihrer Relevanz für Integration und Ausschluss. Es wird hier der Frage nachgegangen, inwiefern in der Bevölkerung eine Ungleichverteilung sozialer Gesundheitschancen akzeptiert oder abgelehnt wird. Die Ergebnisse liefern Anhaltspunkte zur Frage, ob gesundheitsbezogene Werte- und Normmuster zum Zusammenhalt oder zur Diversifikation der schweizerischen Gesellschaft beitragen.

Das Projekt ist als vergleichende Studie angelegt. Im Zentrum des Interesses steht die Verteilung von gesundheitsrelevanten Wert- und Normvorstellungen in den beiden Sprachräumen Romandie und Deutschschweiz. Neben der sprachregionalen Zugehörigkeit stellen Geschlecht, Alter und Sozialstatus weitere soziostrukturelle Kategorien der Datenanalyse dar. Die Erhebung von Einstellungen und Orientierung von Individuen erlaubt es, Rückschlüsse auf gruppenspezifische Unterschiede in gesundheitsbezogenen Wert- und Normvorstellungen zu ziehen.

Konkret untersucht werden spezifische, auf Gesundheit und Krankheit bezogene Einstellungen, die den Bereichen Solidarität, Chancengleichheit, Verantwortungszuschreibung, Stigmatisierung und Sanktionsbereitschaft zugeordnet werden. Diese fünf Konzepte sind das Ergebnis einer Konkretisierung, im Zuge derer der abstrakte Begriff des Ein- und Ausschlusses in spezifische Dimensionen gefasst wurde. Diese Konzepte von Ein- und Ausschluss werden auf drei spezifische Gesundheitsprobleme, nämlich HIV, Übergewicht und chronische Kopfschmerzen angewendet.

Die Studie wählt den methodischen Zugang der standardisierten telefonischen Bevölkerungsbefragung. Der eingesetzte Fragebogen ist überwiegend in Eigenarbeit entwickelt worden, wobei im Bereich HIV teilweise auf bestehende Messinstrumente zurückgegriffen werden konnte. Der Fragebogen ist auf Deutsch erstellt und anschliessend in das Französische übersetzt worden, wobei durch eine kontrollierte Rückübersetzung eine sprachlich äquivalente französische Fassung sichergestellt wurde. Zur Grundgesamtheit zählen Personen aus Schweizer Privathaushalten im Alter ab 18 Jahren. Die Stichprobe ist mittels eines zweistufigen Zufallverfahrens aus dem elektronischen Telefonverzeichnis gezogen worden. Die Ausschöpfung der Feldarbeit (März bis Juli 2004) liegt bezogen auf die Nettostichprobe bei 42% in der Deutschschweiz respektive 37% in der Romandie. Der Anteil an Interviewverweigerungen und abbrüchen (49%) ist vermutlich durch die Länge des Interviews (durchschnittlich 39 Min.) und das anspruchsvolle und gleichzeitig heikle Thema "Ein- und Ausschluss" erklärbar.

Die Resultate zeigen auf bivariater Ebene eine beachtliche Anzahl statistisch zwar geringer, jedoch in ihrer Richtung meist konsistenter Unterschiede zwischen den beiden Sprachräumen. Diese deuten auf stärker ausgeprägte Solidarität und Chancengleichheit und geringere individuelle Verantwortungszuschreibung und Sanktionsbereitschaft in der Westschweiz hin.

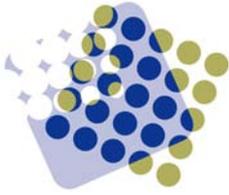
Die postulierten Skalen zu Solidarität, Chancengleichheit, Verantwortungszuschreibung, Stigmatisierung und Sanktionsbereitschaft wurden einer skalenanalytischen Inspektion mittels Item- und Faktorenanalysen unterzogen, wobei der Fragestellung entsprechend die Möglichkeit von je nach Sprachraum verschiedener Skalenzusammensetzung berücksichtigt worden ist. Für beide Sprachräume resultieren voneinander unabhängige Faktoren, welche grundsätzlich den postulierten Konzepten entsprechen. Dabei zeigen sich in ihrer Zusammensetzung z.T. gleiche, z.T. verschiedene Skalen für die Deutsch- und Westschweiz.

Auf multivariater Ebene wurden die so konstruierten Skalen multiplen linearen Regressionen unterzogen, um die Zusammenhänge zwischen ausgewählten sozialen Stratifikationsmerkmalen und den themenspezifischen Aspekten von Ein- und Ausschluss zu untersuchen. Als wichtigste Prädiktoren zeigen sich dabei Geschlecht und politische Einstellung, indem Frauen sich häufig stärker in Richtung sozialem Einschluss äussern als Männer und mit einer zunehmenden politisch rechten Einstellung häufiger Ausschlusstendenzen geäussert werden. Soziale Ungleichheit und Religiosität zeigen sich in der Deutschschweiz weitaus häufiger als statistisch signifikante Prädiktoren von Ein- und Ausschluss als in der Westschweiz. Dabei zeigen die Resultate, dass mit zunehmender Religiosität vermehrt sozial ausschliessende Einstellungen geäussert werden. Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass die hier bearbeitete komplexe und teils heikle Thematik in einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung umsetzbar ist und trotz entsprechender Ausfälle brauchbare Teilnahmequoten erzielen kann.

Die Ergebnisse der Studie verweisen auf interessante Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der Deutsch- und Westschweiz: Die für sozialen Ein- und Ausschluss relevanten Einstellungen zu gesundheitlichen Einschränkungen zeigen sich am stärksten abhängig von Geschlecht und politischer Einstellung, wobei diese Determinanten in beiden Landesteilen ähnlich wichtig sind. Jene der sozialen Ungleichheit und Religiosität dagegen sind beinahe ausschliesslich in der deutschsprachigen Schweiz von Bedeutung. Bezüglich Ein- und Ausschluss verweisen die Ergebnisse der Studie auf beachtliche, auch aus sozialpolitischer Perspektive relevante, sprachraumspezifische Unterschiede: In der Westschweiz zeigt sich eine signifikant stärkere Betonung von kollektiven, in der Deutschschweiz von individualisierten Verantwortungsvorstellungen.

Projektdauer 01.06.2003-31.12.2004

Prof. Thomas Abel  
Abteilung für Gesundheitsforschung  
des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM)  
Universität Bern  
Niesenweg 6  
3012 Bern  
Tel. +41 (0)31 631 35 12  
[abel@ispm.unibe.ch](mailto:abel@ispm.unibe.ch)



## **Barriers to health systems and exclusion: A comparative study of the strategies developed to reduce health care barriers and combat social deprivation in European urban contexts**

Sandro Cattacin

### **Summary of the main results (extract from the final report)**

Numerous studies in recent years have revealed that there are substantial inequalities in health in Western European countries and that the health divide, which is found to a greater or lesser extent in all countries, is increasing. In the face of this evidence, we wanted to show how the difficulties of comprehensive adequate public health access are tackled at the local level and how they are progressively becoming a key challenge and also a driving force for modernization of the health care systems – especially as many see the accessibility of health services not as a plain matter of service provision but as a matter of rights – human rights – that welfare states must ensure. However, the accessibility of health services is difficult to tackle on the national level, and for this reason practical solutions have mostly emerged in the urban contexts (or at regional levels) to face critical situations. The main element is that the health care institutions have to face increasingly diversified patient needs without having been prepared to handle diversity. Many problems of accessibility thus arise from around and within the health system; the problems challenge the organisation of the system and also point up the importance of adapting the system in order to fulfil the mandate of ensuring the health of the overall population.

Our project reveals that different orientations and initiatives that have been produced at the local level, although formal health policies are mostly shaped at national or regional levels. These local measures have been set up over the past decades to cover the existing gaps in the public health system. Health care organisations are confronted with difficulties in communication, setting up efficient information strategies and insuring the quality of services; health systems are confronted with the problem of providing large health insurance coverage also to people without the right to state health insurance benefits or people with low income. Many types of different barriers arise within these fields, and different responses to reduce barriers to health care can be distinguished in the local contexts that were examined in this study. The responses are driven by the desire to take the social diversity into account in the health services and to offer people new options to obtain health insurance. The responses include interventions by actors from parallel worlds to provide health care for the excluded, responses by community organisations to bridge the gaps and responses by institutional actors to diversify service delivery. These strategies were summed up and represented in a typology of orientations that range from difference mainstreaming vs. difference specification to indiscriminate access vs. selective access.

Analysis of these orientations reveals that different procedures exist for the reduction of exclusion mechanisms and that they have an effect on barriers to access the health care by constituting additional entry points that can eventually allow access to a general system of health provision. It shows especially that an innovating force can be unleashed by introducing conscious reflection in the health services, by operating an internal opening process through the specification of services. Furthermore, barriers can also be reduced by mechanisms of generalisation, in particular through the inclusion of diversity strategies and establishing structures for the representation of user groups (minorities, handicapped).

The analysis shows also that ‘difference sensitivity’ in a universal system and the development of a policy based on the “fact of pluralism” (Rawls) – i.e., difference sensitivity as a result of an equity oriented modernization – are fertile conditions for introducing measures in the field of health, as the case of Bradford (UK) showed clearly. It is nevertheless a risky model, because it is based on the idea that guidelines can be implemented hierarchically, and it places special emphasis on differences, which can have also negative outcomes. However, the inclusion of difference can be a solution to diminish the closing off of communities that is often observed.

The openness of the universal system is certainly a good basis for action against discrimination, but the static view of society (Marshall), which sees society as continuously including disadvantaged groups and in this way creating a society of the middle class, contrasts with the reality of an extreme mobile society that is less determined by class than by the life-world. Because culture influences behaviours, policies have to be close to the communities and their reproductive logic. The introduction of equity in the health system is in this context easier when a communitarian difference orientation already exists. The problem is, as we describe in the research project, choosing policy changes that permit the introduction of a general orientation (and legal basis) advocating the idea of equity and non-discrimination. The main disadvantage of the communitarian model is the limited institutionalization of policy choices. As the struggle for equal rights for women shows, the system adapts only slowly from the legislative point of view and subsidiary solutions, which are fragile and based on weak legal instruments, are privileged.

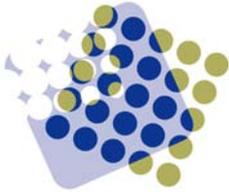
This discussion of the results points up that the search for an ideal model of intervention in the field of health can leave aside existing realities; it must incorporate the different historical aspects and different values prevailing in the local context.

Method: This project was based on the research instruments of the comparative approach. Documentary research and semi-structured interviews were the main tools to collect information. Before embarking on the collection of information, an analytical framework was set up for the empirical part. This framework was based on the one hand on thematic and contextual monographies and on the other hand on comparative literature on public health systems and social deprivation.

Duration 01.03.2004-30.09.2006

Prof. Sandro Cattacin  
Département de Sociologie  
Université de Genève  
40, Boulevard du Pont-d'Arve  
1211 Genève 4  
Tel. +41 (0)21 694 06 00  
[sandro.cattacin@unige.ch](mailto:sandro.cattacin@unige.ch)

Further contact person  
Dr. Isabelle Renschler  
Département de Sociologie  
Université de Genève  
102, Boulevard Carl-Vogt  
1205 Genève  
Tel. +41 (0)21 694 06 00  
[isabelle.renschler@socio.unige.ch](mailto:isabelle.renschler@socio.unige.ch)



## **Genetik, Reproduktionsmedizin und Gesellschaft: Ausgrenzungs- und Integrationseffekte in der Humanmedizin**

Hansjakob Müller, Ruth Ella Baumann-Hölzle

### **Zusammenfassung der wichtigsten Resultate (Auszug aus dem Schlussbericht)**

Die Techniken der ärztlich assistierten Fortpflanzung und der genetischen Diagnostik eröffnen neue Möglichkeiten zur Prävention der Geburt von Kindern mit schweren Behinderungen. Auf zwei grundlegend verschiedenen Wegen wurde versucht, die damit unweigerlich verbundenen Fragen der Integration und Ausgrenzung im Verlaufe der letzten Jahrzehnte zu erfassen, respektive nach konkreten Lösungen zu suchen, wie der inhärenten Gefahr der Diskriminierung von Mitmenschen begegnet werden kann.

Der Jurist Christoph Keller untersuchte, wie Recht und Reglementierung mit den potentiell diskriminierenden Auswirkungen dieser Technologien umgehen. Dabei hat er unter anderem festgestellt, dass die Absicht immer mehr durchdringt, die neuen Verfahren ohne Druck möglichst allen zugänglich zu machen, dass man aber ausgesprochen zurückhalten ist, das zu benennen, was durch einen Abort ausgegrenzt wird. Leider konnte ein Parallelprojekt nicht realisiert werden, in dem die Entwicklung und die entsprechenden Auswirkungen von ethischen Richtlinien überprüft worden wären.

Die Soziologin Denise Hürlimann hat einen Gesprächsleitfaden für Schwangere, ihre Partner und die diese betreuende/beratende Ärzteschaft praxisnah evaluiert und systematisch weiterentwickelt. Dieser trägt dazu bei, dass die Ärzteschaft nach dessen Benutzung auf fachlichinhaltlicher Ebene sicherer, auf der emotionalen jedoch unsicherer wirkt, was der Entscheidproblematik das notwendige Gewicht gibt. Es wurde in enger Zusammenarbeit mit weiteren Fachleuten und der Schweiz. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe aufgrund des Leitfadens ein Beratungskonzept entwickelt, das als Grundlage für Weiter- und Fortbildungen dient und zweifelsohne einen beachtlichen Impact auf die Beratungskompetenz der Ärztinnen und Ärzte bei der pränatalen Diagnostik haben wird.

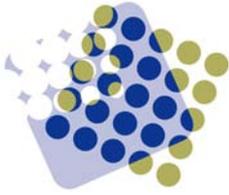
Projektdauer 01.04.2003-31.03.2006

Prof. Hansjakob Müller  
Abteilung Medizinische Genetik  
Universitätskinderklinik beider Basel  
Römergasse 8  
4005 Basel  
Tel. +41 (0)61 685 64 33  
[hansjakob.mueller@unibas.ch](mailto:hansjakob.mueller@unibas.ch)

Dr. Ruth Ella Baumann-Hölzle  
Interdisziplinäres Institut für Ethik  
im Gesundheitswesen  
Dialog Ethik  
Sonneggstrasse 88  
8006 Zürich  
Tel. +41 (0)1 252 45 96  
[rbaumann@dialog-ethik.ch](mailto:rbaumann@dialog-ethik.ch)

Further contact person  
Christoph B. Keller  
Alemannengasse 93  
4056 Basel  
Tel. +41 (0)61 322 63 46  
[ckeller@access.ch](mailto:ckeller@access.ch)

Denise C. Hürlimann  
St. Wolfgangstrasse 29  
6331 Hünenberg  
[denise.huerlimann@psychologie.ch](mailto:denise.huerlimann@psychologie.ch)



## **Stigma und Identität. Psychosoziale und biographische Integrationsformen und Ausschlussmechanismen von Kindern psychisch kranker Eltern**

Daniel Sollberger

### **Zusammenfassung der wichtigsten Resultate (Auszug aus dem Schlussbericht)**

Kinder und Erwachsene, deren Vater oder Mutter psychisch krank ist, gehören zu den «vergesenen» Angehörigen. Die Datenlage zu den Betroffenen in der Schweiz ist schlecht: Schätzungen kommen auf eine Zahl von 50'000 Kindern, ohne dass dabei die vermutlich hohe Dunkelziffer berücksichtigt wäre. Rund 50% der psychisch Kranken in der Schweiz haben Kinder, rund die Hälfte der psychiatrisch hospitalisierten Frauen sind Mütter, von den Männern sind ein Drittel Väter. Angesichts der zunehmenden Verbreitung psychischer Erkrankungen, insbesondere der Depression, die der Weltgesundheitsorganisation WHO zufolge bis zum Jahr 2020 zur zweithäufigsten Erkrankung weltweit werden wird, ist davon auszugehen, dass auch immer mehr Kinder von diesen Problemen betroffen sein werden.

### **Die Belastungen der Kinder**

Kinder, die in Familien aufwachsen, in denen ein Elternteil an einer schweren psychischen Störung leidet, sind in vielfältiger Weise von dieser Krankheit und ihren Folgen betroffen. Zahlreiche Studien weisen nicht nur ein erhöhtes Risiko psychischer Erkrankung für die Kinder nach, sondern zeigen insbesondere psychosoziale Belastungen auf wie z.B. Vernachlässigung, Trennungen, Störungen der Eltern-Kind-Beziehung, familiäre Disharmonien und erschwerte Lebensbedingungen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die nicht nur psychiatrisch-psychologisch, sondern auch gesellschaftlich und gesundheitspolitisch relevante Frage, weshalb die Mehrheit der Nachkommen psychisch kranker Eltern - auch als Erwachsene - gesund bleibt oder allenfalls vorübergehende oder leichtere psychische Störungen entwickelt.

### **Das Forschungsprojekt**

Das Forschungsprojekt «Identität zwischen Integration und Ausschluss. Psychosoziale und biographische Integrationsformen und Ausschlussmechanismen von Kindern psychisch kranker Eltern» untersucht in zwei Teilstudien mittels quantitativer und qualitativer Methoden die Frage, wie Kinder von psychisch Kranken mit der elterlichen Krankheit und deren Folgen umgehen, wie sie diese bewältigen und eine eigene Identität bilden.

### **Quantitative Untersuchung**

In der ersten Teilstudie wurden 105 erwachsene Söhne und Töchter von Männern oder Frauen, die an einer Schizophrenie, einer manisch-depressiven Krankheit oder einer Depression leiden, mittels eines von uns entwickelten Fragebogens zu ihrer Situation als Kinder von psychisch kranken Müttern oder Vätern befragt.

Die Befragung ergab, dass die Nachkommen in ihrer Kindheit grossen Belastungen und Sorgen ausgesetzt waren, mehrheitlich weder von Eltern noch von Fachleuten über die elterliche Krankheit aufgeklärt worden waren (je jünger, desto weniger) und aufgrund von Tabuisierungen kaum mit andern über die Probleme in der Familie sprechen konnten. Wurden die Kinder informiert, so meist nicht in einer für sie hilfreichen Art und Weise: Viele konnten sich trotz ihres Wissens um die psychische Erkrankung ihrer Eltern und ihrer Kenntnis der Diagnose das Verhalten ihrer kranken Eltern nicht erklären.

Angesichts der Stigmatisierung psychisch Kranker überrascht das Ergebnis, dass mehr als 80% der Befragten Stigmatisierung nur selten oder überhaupt nicht erfahren haben. Jedoch gab ein grosser Teil der Nachkommen an, als Kind ein Gefühl der Andersartigkeit gehabt zu haben. Dies weist darauf hin, dass die berichteten geringen Erfahrungen einer Stigmatisierung bereits als Resultat der Bewältigung von befürchteten Stigmatisierungen betrachtet werden können: Durch die Tabuisierung der Krankheit schützten sich Kinder vor möglicher Stigmatisierung.

### **Qualitative Untersuchung**

In der qualitativen Teilstudie wurden autobiographische Interviews mit 22 der 105 Studienteilnehmenden geführt. Dabei ging es um die Frage, welche Bedeutung die Befragten der elterlichen Erkrankung geben und welches autobiographische Selbstbild (narrative Identität) sie in der individuellen Bewältigung entwickeln.

Viele der Kinder leben in zwei getrennten Welten: in der ihrer Familie mit einem kranken Elternteil und in jener ausserhalb der Familie. Die Kinder bewegen sich in beiden Welten, vermitteln zwischen ihnen und positionieren sich ihnen gegenüber in unterschiedlicher Weise. Verunsicherungen angesichts plötzlicher Persönlichkeitsveränderungen der Eltern, Irritation und Verwirrung angesichts des Erlebens von Zwang und Gewalt, von Suizidversuchen oder eines Suizids führen zu Krisen, die verlässliche Realitäten in Frage stellen und in den Kindern schwere Selbstzweifel auslösen.

Vor diesem Hintergrund sehen sich die erwachsenen Nachkommen in ihren selbstvergewissnenden, autobiographischen Erzählungen gefordert, gegenüber gesellschaftlichen Vorstellungen von Normalität, von Krankheit und Gesundheit, aber auch gegenüber unterschiedlichen Öffentlichkeiten erzählerisch Stellung zu beziehen.

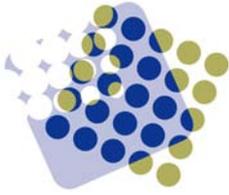
In ihren autobiographischen Erzählungen beziehen die erwachsenen Nachkommen auf unterschiedlichste Weise Stellung: einerseits durch Hervorheben der Normalität, in der sie ihre eigenen Familien und sich selbst verorten, andererseits aber auch indem sie Gegenwelten («heile» Ersatzfamilien) aufbauen. Krankheitsdiskurse erlauben es, Anormales normal erscheinen zu lassen: die Gewalttätigkeit des Vaters etwa wird «normal» und damit entschuldigbar durch das Wissen, dass er krank ist. Zugleich aber bedeutet dies für die Kinder auch zu erkennen, dass sie durch die Vererbbarkeit selbst ein Erkrankungsrisiko tragen. Die Themen Krankheit und Vererbung werden so zu Schlüsselfragen bei der Entwicklung einer biographischen Identität. Schliesslich werden in den diskursiven Selbstverortungen der Erzählenden Loyalitäts-, Schuld- und Schamkonflikte erkennbar.

### **Empfehlungen für die Praxis**

Kindern psychisch kranker Eltern muss vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden. Notwendig sind Informationsangebote, Aufklärung und Unterstützung der Kinder beim Umgang mit ihren Eltern. Ebenso sind Behandlungsprogramme notwendig, die auf die Förderung elterlicher Kompetenzen bei den Erwachsenen zielen. Damit können nicht nur die Belastungen der Kinder und deren Krankheitsrisiken gemindert werden. Die Verbesserung familialer Bewältigung mindert zugleich das Risiko von Krankheitsrezidiven bei den Eltern.

Projektdauer 01.05.2003-31.07.2006

Dr. Daniel Sollberger  
Psychiatrische Universitätsklinik  
Wilhelm-Klein-Strasse 27  
4025 Basel  
Tel. +41 (0)61 325 55 90  
[daniel.sollberger@upkbs.ch](mailto:daniel.sollberger@upkbs.ch)



## **Internieren und Integrieren. Zwang in der Psychiatrie: Der Fall Zürich, 1870–1970**

Jakob Tanner

### **Zusammenfassung der wichtigsten Resultate (Auszug aus dem Schlussbericht)**

#### **Thema**

Zwang wird heute meist mit negativen Gefühlen verbunden. Auch Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie sind umstritten, werden jedoch als dem Selbstschutz der Kranken dienend begründet. Ein historischer Rückblick zeigt allerdings, dass sich psychiatrische Kliniken immer wieder mit dem Vorwurf der "Zwangsanstalt" auseinandersetzen mussten. Dabei wurde Kritik nicht nur von Seiten der Öffentlichkeit, sondern auch aus den Reihen der Psychiater selbst formuliert. Ausgehend von der so genannten non-restraint-Bewegung, die sich seit den 1860er Jahren bemerkbar machte, bis in die "Antipsychiatrie" ein Jahrhundert später lässt sich eine intensive Auseinandersetzung mit der Zwangsförmigkeit der psychiatrischen Institutionen beobachten.

Was aber ist Zwang? Gibt es objektive Kriterien dafür, oder hängt die Frage, unter welchen Bedingungen eine psychiatrische Massnahme als Zwangsmassnahme zu verstehen ist, von entsprechenden Motiven und der jeweiligen Perspektive ab? Das Projekt setzt sich mit dieser zentralen Frage zunächst theoretisch-methodisch auseinander und setzt so gewonnene Erkenntnisse für die historische Aufarbeitung der Entwicklung der Zürcher Psychiatrie um. Dabei ist es wichtig zu sehen, dass Zwang kein auf die Psychiatrie beschränktes Phänomen ist. Das Thema Zwang in der Psychiatrie wird deshalb in einem gesellschaftlichen Kontext untersucht, in dem Normen sowie unterschiedliche Formen und Grade von Zwang auch solcher zur Durchsetzung von Rechtsnormen generell eine grosse Bedeutung haben. Auf diese Weise wird es möglich, den ambivalenten Umgang demokratisch organisierter Gesellschaften mit Individuen wie z.B. psychisch Kranken zu analysieren.

Ausgangspunkt des Projekts sind zwei Thesen: Erstens kann Zwang in der Psychiatrie nicht anhand einzelner Massnahmen untersucht werden, sondern er resultiert aus der Interaktion zwischen PatientInnen, Institutionen und Gesellschaft. Am Beispiel der Zürcher Psychiatrie wird untersucht, welche Massnahmen zwischen 1870 und 1970 durchgeführt wurden und welche PatientInnen davon betroffen waren. Gleichzeitig stellt sich die Frage nach den Motiven und gesellschaftlichen Ordnungsvorstellungen, die diese Massnahmen anregten und legitimierten. Internieren und Integrieren so die zweite These bilden nicht nur Gegensätze, sondern sind auf komplexe Weise aufeinander bezogen. Werden Massnahmen gegen den Willen der Betroffenen durchgeführt, verwehrt man ihnen das Recht auf Selbstbestimmung. Auf diese Weise werden PsychiatriepatientInnen aus der Gesellschaft und der Gemeinschaft autonomer Individuen ausgeschlossen. Gleichzeitig haben solche Massnahmen auch ein schützendes und (re)integratives Potenzial. Dieses Zusammenspiel wird am Beispiel der Entmündigung, der Sterilisation, der Arbeits- bzw. Beschäftigungstherapie und der Psychochirurgie untersucht. Dabei zeigt die Analyse von Diskurs und Praxis der vier Massnahmen, wie Krankheitsdefinitionen, die Anstaltsordnung in psychiatrischen Institutionen und gesellschaftliche Normalisierungstendenzen ineinandergriffen.

#### **Untersuchungsmethoden**

Das Projekt kombiniert quantitative und qualitative, historischkritische Methoden, wobei die zweite im Vordergrund steht. Einerseits werden in einem Stichprobeverfahren Krankenakten der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Zürich und der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Rheinau datenbankgestützt ausgewertet, um einen Überblick über Patientenzahlen, Diagnosen, Massnahmen und deren Motive zu gewinnen. Andererseits werden ausgewählte Fallbeispiele qualitativ analysiert und um zusätzliche Quellen, vor allem publizierte wissenschaftliche Schriften und Verwaltungsakten, ergänzt.

### **Wichtigste Resultate**

Das Projekt zeigt, dass es aus historischer Perspektive Sinn macht, sich nicht auf eine Definition von Zwang zu beschränken. In methodischer Beziehung scheint es zudem gewinnbringend, nach der Referenzordnung zu fragen, die eine Zwangsanwendung motivierte. Die Studie schlägt daher eine sozial- und kulturhistorische Perspektivierung vor, welche die psychiatrische Zwangsanwendung und wahrnehmung mit kulturell verbindlichen Ordnungsvorstellungen in Verbindung bringt.

Aus der quantitativen Analyse resultiert, dass sich im Gegensatz zur Kategorie Schicht bei der Kategorie Geschlecht durchweg signifikante, bemerkenswerte Unterschiede feststellen lassen. Die Ergebnisse sprechen deshalb für die These, dass die Diagnose und Behandlung der PatientInnen durch geschlechtsspezifische Rollenbilder geprägt wurde, die im Widerspruch zur Selbstdarstellung und den Ansprüchen der Medizin die psychiatrische Praxis beeinflussten. Diese These wird durch die qualitative Analyse ausgewählter Massnahmen bestätigt.

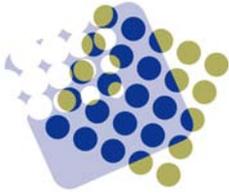
### **Empfehlungen**

Zwang erscheint häufig als ein vergangenes Phänomen aus dunklen Zeiten; der zivilisatorische, politische und medizinische Fortschritt habe die psychisch Kranken "von den Ketten befreit". Diese eindimensionale Geschichte ist verbunden mit einer Tabuisierung der nach wie vor und meist auch zu Recht bestehenden gesellschaftlichen Zwänge und mit einer Individualisierung gesellschaftspolitischer Probleme. Diese sozialen Mechanismen und diskursiven Dispositive bedürfen der interdisziplinären Analyse und Klärung. Auch heute macht sich in der Psychiatrie ein Spannungsfeld zwischen Zwangsmassnahmen und Freiheitsrechten bemerkbar, wobei sich die Bewertung aufgrund der medikamentösen Therapien kompliziert hat. Um so wichtiger ist eine Diskussion dieser Fragen in Politik und Öffentlichkeit sowie in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen.

Projektdauer 01.09.2003-31.01.2006

Prof. Jakob Tanner  
Universität Zürich  
Sozial- und Wirtschaftsgeschichte  
Rämistrasse 64  
8001 Zürich  
Tel. +41 (0)1 634 36 41  
[jtanner@hist.unizh.ch](mailto:jtanner@hist.unizh.ch)

Further contact person  
Dr. Marietta Meier  
Universität Zürich  
Sozial- und Wirtschaftsgeschichte  
Rämistrasse 64  
8001 Zürich  
Tel. +41 (0)1 634 36 43  
[marmeier@hist.unizh.ch](mailto:marmeier@hist.unizh.ch)



## **Eugenische Konzepte und Massnahmen in Psychiatrie und Verwaltung. Zur Politik von Normierung, Integration und Ausgrenzung am Beispiel des Kantons Basel-Stadt, 1880–1960**

Regina Wecker, Bernhard Küchenhoff

### **Zusammenfassung der wichtigsten Resultate (Auszug aus dem Schlussbericht)**

Das Projekt untersucht die Rolle von Psychiatrie und Verwaltung bei der Durchsetzung und Propagierung eugenischer (rassenhygienischer) Massnahmen in der Sozial- und Gesundheitspolitik. Es fragt nach der Legitimierung und dem Kontext dieser Massnahmen am Beispiel der Entwicklung im Kanton Basel-Stadt zwischen 1880 und 1960.

Erstmals wurden Krankengeschichten aus den Basler psychiatrischen Anstalten in grösserem Umfang für ein historisches Forschungsprojekt ausgewertet. Mit der systematischen Erschliessung und Analyse des Quellenbestands konnte gezeigt werden, dass eugenische Denk- und Handlungsmuster in einem dichten institutionellen Netzwerk etabliert und umgesetzt wurden. Dabei wird deutlich, dass die enge eugenische Indikation - die "Verhütung erbkranken und die Förderung erbgesunden Nachwuchses" - nur eine der verschiedenen Begründungen für Massnahmen und Eingriffe wie Sterilisationen, Kastrationen, Abtreibungen, Eheverbote und Scheidungen darstellte - und oft nicht einmal die wichtigste.

Anders als in den wissenschaftlichen und populärwissenschaftlichen Schriften des Zeitraums, in denen auch in der Schweiz die "Verbesserung des Volkskörpers" im Zentrum stand, werden in den Krankenakten die eugenischen Massnahmen mit der individuellen Lebenssituation der Patientinnen und Patienten begründet. Ihnen wurden die Fähigkeiten abgesprochen, Kinder aufzuziehen oder finanziell für sie zu sorgen, einen Haushalt "ordentlich" zu besorgen oder eine Ehe zu führen, die den gesellschaftlichen Normen entsprach. Man befürchtete auch, dass sie der Gesellschaft finanziell zur Last zu fallen würden. Die "Erbgesundheit" des künftigen Kindes war - erstaunlicherweise - weniger wichtig, vielmehr fokussierte man auf die aktuelle Lebenssituation und die sehr umfassend definierte Gesundheit der Eltern, besonders aber der (zukünftigen) Mütter. Damit wird auch erklärbar, warum Frauen - insbesondere Frauen der unteren sozialen Schichten - stärker im Zentrum eugenischer Vorstellungen und Massnahmen standen. Geschlecht und Schicht wurden zu wesentlichen Parametern eugenischer Massnahmen.

Aufgrund der Rechtslage war für operative Eingriffe wie Sterilisationen oder Abtreibungen die Einwilligung der Betroffenen erforderlich. Diese rechtliche Vorschrift wurde weitgehend eingehalten. Allerdings konnte festgestellt werden, dass die Einwilligung nicht selten durch Druck zustande kam, indem zum Beispiel die Entlassung aus der Klinik, die Bewilligung einer erwünschten Abtreibung oder die "Ehe-Erlaubnis" von einer Sterilisation abhängig gemacht wurde. Auch in diesem Kontext wurde versucht, die PatientInnen aufgrund ihrer individuellen Situation von der Notwendigkeit der Massnahme zu überzeugen. Bei dieser Überzeugungsarbeit war dem Pflegepersonal eine wichtige Rolle zugeordnet. PatientInnen, die diesem Druck nicht nachgaben, hatten allerdings insbesondere in der Psychiatrischen Poliklinik (PUP) Möglichkeiten, der unerwünschten Sterilisation zu entgehen.

Eugenische Konzepte fanden zwar in den Gutachten bei der Begründung von Massnahmen selten konkret Erwähnung, waren aber dennoch Bestandteil einer umfassenden Sexual- und Geschlechterpolitik, und sie ermöglichten und legitimierten das Eingreifen in die ansonsten als privat definierten und geschützten Lebensbereiche "Familie" und "Ehe". In diesem Kontext etablierte

sich die Psychiatrie als beratende oder entscheidende Expertin in Fragen der Geburtenkontrolle und der Sexualpolitik.

Dabei zeigt sich auch, dass sich aus den Deutungs- und Handlungsmustern durch die Teile der Bevölkerung von Ehe, Sexualität und Fortpflanzung ausgeschlossen werden sollten, langsam auch Deutungsmuster etablierten, die im Kanton Basel-Stadt schon früh (seit den 1930er-Jahren) zu einer relativ liberalen Praxis der Geburtenkontrolle durch Abtreibungen und zu einer liberaleren Vorstellung der Sexualnormen führten. Hingegen bestand weiterhin die Vorstellung, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen (insbesondere junge, so genannte schwachsinnige oder "moralisch defekte" "minderwertige" Frauen) weiterhin repressiv zu behandeln waren. Wie diese gegenläufigen Trends nebeneinander bestanden, ob sie sich gegenseitig beeinflussten oder gar bedingten und welche Rolle dabei die Eugenik spielte, sind Fragen, die bisher noch nicht beantwortet sind.

### **Bedeutung**

Eugenik wurde bisher mehrheitlich als Teil nationalsozialistischer deutscher Politik analysiert. In ihrer Anwendung stellte die nationalsozialistische Eugenik allerdings eher eine Ausnahme dar. Die Erforschung "eugenischer Netzwerke" in demokratischen oder nicht totalitären Staaten, wie der Schweiz, ist daher besser geeignet, das "normale" Zusammenwirken von Wissenschaft, Politik und Verwaltung zu belegen und damit gegenwärtige Entwicklungen der "Biopolitik" kritisch zu analysieren.

Eugenische Massnahmen waren nicht geschlechtsneutral. Sie beruhten auf normativen Vorstellungen von differenten "biologischen" und sozialen Geschlechterrollen und wurden bei Männern und Frauen unterschiedlich angewandt. Die Mehrheit der Sterilisationen betraf Frauen, während bei den (relativ wenigen) Eheverböten die Situation und das Verhalten des Mannes im Zentrum standen. Die Verbindung der Kategorie "Geschlecht" mit eugenischen Deutungsmustern bringt für die Analyse von Politik und Vorstellungen nationaler Identität neue Ergebnisse.

### **Vorgehen und Methoden**

Das Projekt beruht auf einer computergestützten Analyse von rund 1200 Krankenakten. Mit der systematischen Erschliessung und Analyse des Quellenbestands konnte gezeigt werden, wie eugenische Denk- und Handlungsmuster in einem dichten institutionellen Netzwerk etabliert und umgesetzt wurden.

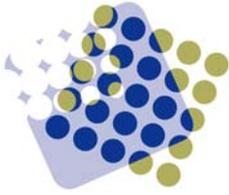
In der Operationalisierung der Fragestellungen fragten wir zunächst danach, wie in der psychiatrischen Klinik Wissen über die Vererbung von Geisteskrankheiten hergestellt wurde. In einem zweiten Schritt fragten wir, welche Rolle das Wissen über die Vererbung von Geisteskrankheiten bei der psychiatrischen Begutachtung zivil- und strafrechtlich relevanter Fragen sowie bei der Begründung administrativer Massnahmen und chirurgischer Eingriffe spielte. In einem dritten Schritt fragten wir schliesslich, welche Indikationen (sozial, medizinisch, eugenisch - wie sie bereits in der zeitgenössischen Literatur verwendet und unterschieden wurden) zur Durchführung der Massnahmen ausschlaggebend waren.

Die Frage, ob und wie eugenische Vorstellungen und Konzepte die Sexualnormen verändert haben, ist eine zentrale Frage des Anschlussprojekts der Forschungsgruppe. Diese Forschungsergebnisse werden zusammen mit den Ergebnissen des vorliegenden Projekts 2009 veröffentlicht.

Projektdauer 01.07.2003-30.06.2006

Prof. Regina Wecker  
Historisches Seminar  
Universität Basel  
Hirschgässlein 21  
4051 Basel  
Tel. +41 (0)61 295 96 66  
[regina.wecker@unibas.ch](mailto:regina.wecker@unibas.ch)

Dr. Bernhard Küchenhoff  
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
Lenggstrasse 31  
8029 Zürich  
Tel. +41 (0)1 384 22 36  
[Bernhard.Kuechenhoff@puk.zh.ch](mailto:Bernhard.Kuechenhoff@puk.zh.ch)



## **Städtische Fürsorge im Kräftefeld von Eugenik, Geschlecht und medizinisch-psychiatrischen Normalisierungsdiskursen in Bern und St. Gallen (1918–1955)**

Béatrice Ziegler, Gisela Hauss

### **Zusammenfassung der wichtigsten Resultate (Auszug aus dem Schlussbericht)**

Das Projekt beantwortet die Frage nach der eugenischen Praxis in städtischer Vormundschaft unter Berücksichtigung der medizinisch-psychiatrischen Gutachtertätigkeit in Belangen der Sterilisation in zwei Regionen. Es steht damit in einem nationalen und internationalen Forschungszusammenhang zur eugenischen Praxis in demokratischen Staaten, für den die Massnahme der Sterilisation Signalcharakter hat.

Dabei konkretisiert das Projekt diesen Zusammenhang auf die im deutschsprachigen Raum geführte Debatte zum Verhältnis zwischen Fürsorge bzw. Sozialer Arbeit und Eugenik. Ausserdem liefert das Projekt einen Beitrag zur Debatte um die These der Sozialdisziplinierung als Kern der Jugendfürsorge und dem die Sozialdisziplinierung begrenzenden Handlungsspielraum betroffener Männer und Frauen.

Die Studie analysiert die ambivalente Hilfepraxis der Vormundschaft unter Einbezug des Handelns von psychiatrischen Kliniken im Kontext von Abtreibung und Sterilisation und verortet ausschliessende Massnahmen verschiedener Diskurspraktiken, in denen sich die vielfältigen Verknüpfungen von eugenischen, medizinisch-psychiatrischen und disziplinierenden Orientierungen nachweisen lassen.

Die Untersuchungen in den Städten Bern und St. Gallen sind entsprechend der Quellsituation nicht identisch angelegt, die Auswahl der Fälle erfolgte jeweils nach unterschiedlichen Strukturen. In beiden Städten wird die alltägliche, institutionelle Praxis von Vormundschaft, Amtsvormundschaft und der damit verbundenen Jugendfürsorge in der Zeit von 1920 bis 1950 untersucht, wobei gerade das Nebeneinander eugenisch motivierter Massnahmen und solcher, die disziplinierend auf das Verhalten und das Milieu abstellten, von Interesse ist. In Bern wird ferner die Sterilisations- und Abtreibungspraxis im Kanton in der Zwischenkriegszeit bis in die 1950er-Jahre aufgrund von psychiatrischen Fallakten und Obergutachten (bei Abtreibungsgesuchen) mit Fokus auf ihre eugenische Funktion, bestimmte Frauen von der Fortpflanzung auszuschliessen, analysiert.

Die Wahl der zu untersuchenden Institutionen folgt der Überlegung, dass grosse Machtgefälle Situationen schaffen, in denen situativer, institutioneller und prozeduraler Zwang Handlungsalternativen von Betroffenen massiv beschränken und damit das Prinzip der "Freiwilligkeit" von Massnahmen praktisch aushöhlen. Dieser Mechanismus ist bei Einschränkung der Rechtsfähigkeit (Bevormundung) und bei Notlagen von Frauen, etwa durch unerwünschte Schwangerschaften, anzunehmen.

Der unterschiedliche wirtschaftliche und politische Hintergrund führte in St. Gallen und Bern zu sich unterscheidenden Modellen von Jugendfürsorge und Vormundschaft im Spannungsfeld zwischen Gemeinnützigkeit und sozialstaatlicher Verantwortung. Ausserdem beteiligte sich in Bern die sich professionalisierende städtische Jugendfürsorge und Vormundschaft am öffentlichen Diskurs zu Eugenik und Sterilisation, während man in St. Gallen lediglich in einem nichtpolitischen Raum der ehrenamtlichen Kinderschutzarbeit und Jugendfürsorge über Sterilisationen

nachdachte.

Die Gegenüberstellung beider Städte macht deutlich, dass sich die Vormundschaft gerade auch in "harten", disziplinierenden, aber auch in eugenisch motivierten Massnahmen als flexible und situative Regulationsmacht zeigte - dies in beiden Städten, unabhängig von gegebenen Unterschieden in städtischen Strukturen. Der Ausbau sozialstaatlicher Strukturen kann damit nicht als allgemeingültige Voraussetzung für den "harten" - auch eugenisch motivierten - Zugriff auf die Bevölkerung gesehen werden.

Trotz struktureller Unterschiedlichkeit präsentiert sich die eugenische Praxis der städtischen Behörden als vergleichbar. Für die 1930er- und 1940er-Jahren zeigt sich eine zunehmende Medikalisierung und Biologisierung in den das soziale Milieu erkundenden moralisch-pädagogischen Denkmodellen, hingegen finden sich explizit eugenische Begründungen für Massnahmen in beiden Städten nur selten. Die Zahl der in Akten und Protokollen der Vormundschaften dokumentierten Sterilisationen und Kastrationen ist sehr gering. "Harte" Massnahmen wie Sterilisationen, aber auch Anstaltseinweisungen, mit denen Menschen von unerwünschten sexuellen Kontakten ferngehalten oder aber an der Fortpflanzung gehindert wurden, verfügte man aufgrund finanzieller, moralisch-pädagogischer, psychiatrischer und eugenischer Argumentationen.

Die Sterilisationsempfehlung war von psychiatrischen Gutachten abhängig. Dies stärkte die Stellung der Psychiatrie gegenüber Vormundschaft und weiteren Behörden. Dennoch gingen Verfahren von der Vormundschaft wie auch von der Psychiatrie aus. Die wechselseitige Zusammenarbeit zwischen Vormundschafts- und Armenbehörden sowie Psychiatrie funktionierte in disziplinierenden Zusammenhängen ohne inhaltliche oder konzeptionelle Kohärenz, ohne umfassende Regelungen, schnell, situativ und pragmatisch.

In den Fallakten der Vormundschaft und in einem beachtlichen Anteil der Abtreibungsgutachten lässt sich in moralischen Argumentationen eine sozialdisziplinierende Absicht entschlüsseln, wobei sich fürsorgliche und psychiatrische Paradigmen vermischen. Um Sterilisationen zu begründen, verknüpfte man disziplinierende und eugenische Argumente über die Grenzen der Fachgebiete hinweg in für die Betroffenen schwer zu durchschauender Weise. Eugenische Indikationen spielten dabei eine geringere Rolle und wurden höchstens als Ergänzung und Untermuerung psychiatrischer, medizinischer und sozialer Indikationen genannt. Es sind zwar die Sterilisationsfälle, die im Kontext der Vormundschaft stattfanden, in denen sich die Mechanismen des Zwangs besonders deutlich rekonstruieren lassen. Wie aber deutlich wird, können diese Mechanismen nicht nur im Feld der Vormundschaft, sondern auch in der Gutachtertätigkeit der Psychiatrie nachgewiesen werden. So gaben viele Frauen die Einwilligung zur Operation erst nach anfänglicher Ablehnung und nach ärztlicher Überzeugungsarbeit. Die Zustimmung im Sinn eines "informed consent" erfolgte oft unter psychologischem Druck, in Abhängigkeit von der Expertenmeinung und aus Angst vor alternativen Massnahmen.

Die Quellen aus der Vormundschaft belegen, dass aus Betroffenenperspektive die Sterilisation vielfach als Ausschluss aus gesellschaftlichen Rollen und Zusammenhängen bewertet wurde. So wurde etwa jungen, kinderlosen Frauen die hoch bewertete Rolle als Ehefrau und Mutter mit der Sterilisation verwehrt, was gesellschaftliche Stigmatisierungen nach sich zog. Die gesellschaftlich intendierte Integration verkehrte sich so in einen Ausschluss von Frauen aus einem zentralen gesellschaftlichen Bereich.

Projektdauer 01.07.2003-31.12.2006

Dr. Béatrice Ziegler  
Falkenriedweg 23  
3032 Hinterkappelen  
Tel. +41 (0)1 634 38 66  
[bziegler@access.unizh.ch](mailto:bziegler@access.unizh.ch)

Dr. Gisela Hauss  
Institut für Soziale Arbeit (IFSA)  
Fachhochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen  
Industriestrasse 35  
Postfach  
9401 Rorschach  
Tel. +41 (0)71 844 48 60  
[gisela.hauss@fhsg.ch](mailto:gisela.hauss@fhsg.ch)