

Forum

**Die bilateralen Verträge – eine massive Bedrohung für den freien Ärztestand**

Unter uns Ärzten ist kaum etwas über die bilateralen Verträge zu vernehmen, obwohl diese – v.a. das Dossier des freien Personenverkehrs – die Grundfesten von uns als freier Ärzteschaft erschüttern werden. Wir sind absorbiert durch die Diskussion um das Tarmed-Tarifwerk, eine Diskussion, die in Anbetracht gravierender staatlicher Eingriffe im Zusammenhang mit diesen Verträgen keine Bedeutung mehr haben wird. Erste Anzeichen sind gravierende staatliche Eingriffe im Hinblick auf diese Verträge, die unglaublicherweise kaum zu einer Reaktion geführt haben: Das Parlament hat die Einführung eines Bedürfnisnachweises sowie in der Folge die Abschaffung des «Kontrahierungszwanges» beschlossen, Eingriffe also, die schlimmstem Staatsinterventionismus aus längst vergangen geglaubten Zeiten entsprechen.

Um vielleicht doch noch eine Auseinandersetzung um dieses Vertragswerk in Gang zu bringen, möchten wir kurz die wichtigsten Punkte des freien Personenverkehrs und deren Folgen anführen. Wir können dabei dankbar sein, dass wir überhaupt darüber abstimmen können, war dies nach dem Willen des Bundesrates und des Parlaments zunächst gar nicht vorgesehen, was einer neuen Tendenz in der Politik entspricht: Politik am Volk vorbei. Jeder Schweizer Bürger und jede Schweizer Bürgerin aber, welche diese Verträge gelesen und die Tragweite erfasst haben, wird am 21. Mai ein *nein* in die Urne legen.

Das Dossier des freien Personenverkehrs

Diesem Vertragswerk ist zu entnehmen, dass sich innerhalb von etwa 2 bis 5 Jahren die EU-Bürger als Selbständige oder als Arbeitnehmer in der Schweiz unbegrenzt niederlassen können. Da auch die ausländischen Diplome anerkannt werden müssen, kann sich demzufolge jeder Arzt aus der EU in der Schweiz frei niederlassen und tätig werden. Die genauere Prüfung des Abkommens über den freien Personenverkehr in seinen Auswirkungen auf den Gesundheitsbereich zeigt, wie übrigens in allen anderen Teilen auch, dass die bilateralen Verträge einem De-facto-Beitritt zur EU gleichkommen. Was bedeutet das für die Ärzte, die Patienten und das schweizerische Gesundheitswesen?

Verknappung der Studienplätze

Wie wir alle wissen, sind die Studienplätze für Medizinstudenten auch in der Schweiz begrenzt. Die Nachfrage hat in den letzten Jahren nicht abgenommen, und die Univer-

sitäten befinden sich an ihren Kapazitätsgrenzen. Massnahmen zur Studienzahlbegrenzung (Numerus clausus, Eignungstest für das Medizinstudium) bestehen bereits seit 1998. Viele EU-Länder kennen seit längerem Studienplatzbeschränkungen und weisen zudem schlechtere Studienbedingungen und Ausbildungsstandards auf. Im Falle der Annahme der bilateralen Verträge wären auch die Maturanden aus allen EU-Ländern zum Studium in der Schweiz berechtigt. Das bedeutet, dass unsere Universitäten von ausländischen Studenten überflutet werden. Die Schweizer Studenten werden dadurch abgedrängt und sehen sich mit jahrelangem Warten auf einen Studienplatz konfrontiert. Da die ausländischen Schulabgänger zudem meist schlechtere Ausbildungsvoraussetzungen mitbringen, sinkt das Ausbildungsniveau an unseren Universitäten.

Zunehmende Ärzteschwemme

Verschiedene Faktoren werden eine enorme Sogwirkung auf EU-Ärzte in Richtung Schweiz bewirken: In allen umliegenden EU-Ländern sind die Ausbildungsstätten weit dünner gesät als bei uns. Die schweizerische medizinische Ausbildung an unseren Universitäten und Spitälern geniesst einen sehr guten Ruf und bewegt sich auf einem hohen Qualitätsniveau. Schon jetzt ist die gewünschte Facharztausbildung in der Schweiz nicht mehr unter allen Umständen für jeden gewährleistet. Die A-Stellen an Universitätsspitalern stellen ein schwierig zu überwindendes Nadelöhr dar. Diese Situation wird durch die zusätzlichen EU-Ärzte unweigerlich verschärft. Die flankierenden Massnahmen (Kontingentierung) leisten hier keine Abhilfe, sondern bestenfalls eine gewisse Aufschiebung.

Die Anzahl arbeitsloser Ärzte in den umliegenden EU-Ländern ist um ein Vielfaches höher als in der Schweiz. Die bilateralen Verträge ermöglichen diesen Kollegen, in die Schweiz auszuweichen. Wer als Gegenargument anführt, dass die Fluktuationen von Ärzten innerhalb der umliegenden EU-Länder unwesentlich seien, übersieht den Umstand, dass das Attraktivitätsgefälle innerhalb der EU nicht mit demjenigen der Schweiz zu den EU-Ländern zu vergleichen ist. Liechtenstein ist dafür ein gutes Beispiel. Das hohe Lohnniveau ist ein weiterer wesentlicher Faktor, der die Schweiz in hohem Masse attraktiv für EU-Ärzte macht. Auch Sprachbarrieren, die durch unsere Mehrsprachigkeit wegfallen, begünstigen den Zustrom von Ärzten aus der EU. Die zu erwartende, erwähnte Ärzteschwemme wird danach zu einer weiteren Abnahme der Ärzteeinkommen führen, bei vielen bis unter das Existenzminimum. Die Arbeitslosenrate der Schweizer Ärzte wird sich dem EU-Niveau angleichen, wodurch auch den Sozialversicherungen weitere Kosten entstehen werden.

Abbau des hohen schweizerischen medizinischen Qualitätsstandards

Die Schweizer Hochschulen weisen ein hohes Niveau auf und haben international herausragende Forscherpersönlichkeiten hervorgebracht. So ist auch zu erklären, warum die Schweiz in der wissenschaftlichen und technischen Forschung weltweit stets auf den vordersten Rängen figuriert. Wir Schweizer Ärzte, die wir mindestens zwei Landessprachen sprechen und mindestens 6 Jahre Humanmedizin studiert haben, sollen nun gleich bewertet werden wie ein Mediziner mit einem zweijährigen «EuroDoc»-Studium? Der Bildungsabbau lässt grüssen.

Massiv steigende Sozialversicherungskosten und höhere Krankenkassenprämien

Die Schweizer Sozialversicherungen werden bei Annahme der bilateralen Verträge mit Mehraufwendungen belastet werden. So wird die AHV eines ausländischen Arbeitnehmers mit Wohnsitz in der Schweiz unter Anerkennung der im Ausland geleisteten Versicherungszeiten vollumfänglich von der Schweizer AHV ausbezahlt. Das Geld, welches im Ausland einbezahlt wurde, sieht unsere AHV nie mehr! Eines der besten Sozialversicherungssysteme weltweit wird dadurch geschröpft und destabilisiert. In der Schweiz arbeitende Bürger einiger EU-Länder und deren Familienangehörige müssen gemäss KVG obligatorisch in der Schweiz versichert werden, wobei ein Anrecht auf Prämienvergünstigungen besteht. Nebst einem riesigen administrativen Aufwand werden die Kostenfolgen horrend sein. Durch zusätzliche Niederlassungen ausländischer Kollegen rechnet das Krankenkassenkonkordat allein in den ersten zwei Jahren mit Mehrkosten von 2,1 Milliarden Schweizer Franken und einer damit verbundenen Prämienhöhung von mindestens 15% (gemäss Auskunft des Krankenkassenkonkordates).

Fazit

Auch wenn die Befürworter der bilateralen Verträge und der Bundesrat behaupten, dass diese nichts mit der EU zu tun hätten, weiss der aufmerksame Beobachter, dass dem nicht so ist. Tatsache ist, dass die Verträge inhaltlich den EU-Normen angepasst wurden und damit einem De-facto-Beitritt zur EU gleichkommen. Eine Annahme der bilateralen Verträge hätte für uns Ärzte eine Überlastung der Universitäten, einen unvermeidbaren Zustrom von Kollegen aus EU-Ländern mit entsprechend verschärftem Konkurrenzkampf auf freie Praxen und Arbeitsstellen, ein Absinken des Lohnniveaus, eine massive Nivellierung unseres Qualitätsstandards bezüglich Ausbildung, eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung unserer Patienten mit der Gefahr einer zunehmenden Zweiklassenmedizin, steigende Sozialversicherungskosten und erhöhte Krankenkassenprämien zur Folge.

Dem würden Bundesrat und Parlament mit staatlichen Interventionen begegnen, welche unser Gesundheitssystem ruinieren und den freien Ärztestand zum verschwinden bringen würden.

Wir handeln uns mit diesen «bilateralen» Verträgen Nachteile ein, die wir später bitter bereuen werden. Noch ist es erst fünf vor zwölf! Wir können uns noch dagegen wehren, bevor die Gesetze und Verordnungen nur noch in Brüssel gemacht werden. Auch jeder Bauer, jeder Kleinunternehmer, jeder Patient, ja, jeder Schweizer Bürger wird uns unseren Einsatz gegen diese unseligen Verträge von Herzen danken!

Dr. L. Merz, Zürich
Dr. B. Nick, Oberdorf



Missbräuche in der ärztlichen Praxis [1]

Die Autorinnen waren Mitglieder der ehemaligen Berufsordnungskommission (BOK) der Fachgruppe Psychiatrie in Basel. Unser Auftrag war, bei Klagen betreffend sexueller Übergriffe in ärztlichen Psychotherapien freiwillige Schlichtungsverfahren anzubieten mit dem Ziel, einen Vergleich zwischen den Parteien auszuhandeln. Kam kein Vergleich zustande, so hatten die Klagen die Möglichkeit, an den sanktionsberechtigten Ehrenrat als nächste Instanz zu gelangen. Im Artikel unseres Kollegen Dr. W. Tschan wird v.a. die Tätigkeit der ehemaligen Anlauf- und Beratungsstelle (ABS) beschrieben. Die ABS war der BOK vorgeschaltet. Der Vollständigkeit halber möchten wir erwähnen, dass die Klagen ausserhalb unseres Berufsverbandes die Möglichkeit haben, sich an die kantonale Gesundheitsbehörde und/oder an ein Gericht zu wenden. Der Leserbrief von Dr. M. Baur [2] brachte uns vollends zum Bewusstsein, dass durch die Ausführungen von W. Tschan möglicherweise ein Bild der Aktivitäten in Basel gezeichnet wurde, welches ideale Zustände vermuten lassen könnte. Dazu möchten wir einige Ergänzungen anbringen.

Während rund 10 Jahren beschäftigte sich eine Gruppe von engagierten KollegInnen mit dieser Thematik. Resultat dieser Pionierarbeit war eine vertiefte Auseinandersetzung innerhalb unserer Fachgruppe, die zur Gründung der ABS und 1995 der BOK führte. Beide Gremien waren gut frequentiert, arbeiteten professionell und ehrenamtlich. Trotz der starken Nachfrage wurden im April 1999 beide Gremien ersatzlos aufgelöst. Die Gründe dafür waren vielschichtig.

Die Erfahrungen der BOK ergaben in Übereinstimmung mit den in der Literatur genannten Zahlen eine «lifetime»-Prävalenz von 15% der männlichen freipraktizierenden Psychiater in Basel, die sexuelle Übergriffe an ihren PatientInnen verübten. Eine

überwiegende Mehrheit der Täter war auch bei uns Wiederholungstäter. Bis auf wenige Ausnahmen bestritten sie zwar den Übergriff an sich nicht, zeigten jedoch keine Einsicht, dass dieser Verstoss gegen Art. 4 der FMH-Standesordnung für die Betroffenen schwerwiegendes Leid hervorrief. Es verwundert deshalb nicht, dass nur in Einzelfällen Vergleichsverhandlungen der BOK erfolgreich waren. Die Tendenz zur Wiederholung von Übergriffen und die mangelnde Einsichtsfähigkeit der Täter legten nahe, dass freiwillige Vergleiche grundsätzlich keine adäquate Form des Umgangs sind.

Ein weiterer Grund für die Auflösung der BOK war das standespolitische Umfeld. Anfangs der neunziger Jahre entstand in unserer Fachgruppe zunehmend Konsens darüber, dass wir aktiv gegen Missbräuche vorgehen wollten. Sobald aber die BOK ihre Arbeit aufnahm, rückte mehr ins Bewusstsein, dass die Beklagten ja Kollegen aus derselben Fachgruppe waren. Die anfängliche breite Unterstützung zerbröckelte mehr und mehr.

Aufgrund der fehlenden Parteistellung der Klagen (Art. 45 der FMH-Standesordnung) in einem Verfahren vor einer kantonalen Standeskommission kann zurzeit keiner betroffenen Person zu einem solchen Schritt geraten werden. Die Lücke, die durch die Auflösung der BOK entstand, konnte daher bis jetzt nicht geschlossen werden. Wir hoffen, dass unter Einbezug aller bisher Beteiligten in Zusammenarbeit mit den verantwortlichen Standesvertretern unseres Kantons die Diskussion um tauglichere Lösungen wieder aufgenommen werden kann.

Drs. Silvia Cueni, Maya Schuppli-Delpy,
Basel

- 1 Tschan W. Missbräuche in der ärztlichen Praxis. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(3):145-8.
- 2 Baur M. Missbräuche in der ärztlichen Praxis. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(11):578.



Medizinisch-ethische Richtlinien zur Sterilisation geistig behinderter Menschen der Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Die neuen Richtlinien sind zur Vernehmlassung in der Schweizerischen Ärztezeitung publiziert worden [1]. Vergleicht man sie mit den bisher gültigen Richtlinien von 1981, so fällt auf, dass der neue Entwurf anhand der Zeilenzahl geschätzt gut 5 mal umfangreicher ausgefallen ist. Aber ist er auch um so viel besser, informativer, hilfreicher für die Praxis? Zweifel sind erlaubt.

1. Die Richtlinien von 1981 gingen vom Grundsatz aus, dass die Einwilligung zur dauerhaften Unfruchtbarmachung ein abso-

lut höchst persönliches Recht sei, für das es keine Stellvertretung gibt, weil der Eingriff die biopsychosoziale Integrität der Person schwerwiegend verändert. Andere absolut höchst persönliche Rechte sind die Eheschliessung, die Einwilligung zur Ehescheidung, die Errichtung eines Testaments u.a. 1981 waren die Juristen der damaligen Kommission der Meinung, nur durch ein Gesetz könne dieses Recht eingeschränkt werden. An ein solches Gesetz dachte niemand.

2. Die neuen Richtlinien lehnen diesen Grundsatz eines absolut höchst persönlichen Rechtes ab, was zur Folge hat, dass bei Urteilsunfähigkeit ein Stellvertreter/eine Stellvertreterin den Entscheid fällen kann. Als Begründung heisst es, Urteilsfähigkeit sei nicht mit naturwissenschaftlicher Objektivität festzustellen (was wohl nie jemand behauptet hat). Die ärztliche Praxis sei deshalb zwangsläufig in den Verdacht geraten, die Richtlinien zu desavouieren, «da sich der scheinbar klare Ausschluss der Sterilisation Urteilsunfähiger, den diese statuieren, in der konkreten Umsetzung nicht für jedermann zweifelsfrei verwirklichen lässt». Das soll wohl heissen, dass Fälle vorgekommen sind, wo Urteilsunfähige trotzdem sterilisiert wurden. Diese Praxis soll nun offenbar durch die neuen Richtlinien legitimiert werden. Ihr Zweck ist es, die Sterilisation Urteilsunfähiger zu erlauben und das ohne Gesetz, einfach durch Richtlinien. Man kann vermuten, dass es der Kommission bei dieser Praxisänderung doch nicht so ganz wohl gewesen ist. Das würde jedenfalls die wortreichen Ausführungen zu ethischen und rechtlichen Fragen erklären. Es ist nicht einsichtig, warum die neuen Richtlinien einen Kommentar nötig haben, der zum guten Teil nur das schon Gesagte wiederholt.

3. Die Richtlinien von 1981 haben knappe aber klare Anweisungen für den Arzt bzw. Gutachter gegeben. Die Minimalanforderungen sind genannt, die an die Urteilsfähigkeit zu stellen sind. Davon ist in den neuen Richtlinien nicht mehr die Rede.

Dafür wird jetzt unter 4.2 vorgeschlagen, das psychiatrische Gutachten und die beiden anderen schriftlichen Stellungnahmen an eine zentrale Meldestelle zu schicken. Erst im Kommentar wird deutlich (II 4.2), dass diese Massnahme anscheinend nur für den Fall vorgesehen ist, dass die betroffene geistig behinderte Person für den Eingriff urteilsunfähig ist. Das sollte aber bereits vorn in den Richtlinien stehen. Würde die Meldung auch bei urteilsfähigen Personen verlangt, stellt sich die Frage der Grenzziehung. Psychiatrische Begutachtungen bzw. Beratungen wurden und werden häufig vom Operateur auch bei geistig gesunden Personen verlangt, dann wenn besondere Umstände für den Wunsch nach Unfruchtbarmachung vorhanden sind, z.B. ungewöhnlich junges Alter, erbliche Belastung u.a. Bis zu welchem

Grad der geistigen Behinderung würde also bei Urteilsfähigkeit die zentrale Meldung erwartet? Grössere Klarheit wäre schon an dieser Stelle nötig.

4. Ich erlaube mir hier eine persönliche Bemerkung aus jetzt langjähriger Erfahrung. Nicht wenige Ärzte und auch Psychiater kennen den Unterschied zwischen dem psychologischen und dem Rechtsbegriff der Urteilsfähigkeit nicht. Sie übersehen, dass Urteilsfähigkeit im Rechtssinn immer nur relativ ist, d.h. bezogen auf ein ganz bestimmtes Problem oder Geschäft. Eine Person kann sehr wohl für alltägliche Dinge urteilsfähig sein, nicht aber für eine Frage, die spezielle Anforderungen stellt. Es gibt auch das Umgekehrte gerade bei geistig Behinderten, dass eine Person in hohem Grad betreuungsbedürftig und in alltäglichen Dingen sehr vermindert urteilsfähig ist, aber bezüglich Sterilisation einen klaren Willen zum Ausdruck bringen kann.

5. In Abschnitt 3.3 heisst es, wenn eine behinderte Person eine dauerhafte ablehnende Willensäusserung erkennen lasse, dürfe der Eingriff nicht durchgeführt werden. Das kann sich nur auf Urteilsunfähige beziehen, weil klar sein dürfte, dass bei vorhandener Urteilsfähigkeit der Eingriff gegen den Willen ausgeschlossen ist. Wer aber urteilsunfähig ist, der kann für das fragliche Problem auch keinen rechtlich relevanten Willen äussern. Man kann also schlimmstenfalls bei Urteilsunfähigkeit auch gegen den Willen der betroffenen Person den Eingriff durchführen. Man wird in diesem Fall sagen, der Widerstand richte sich gar nicht gegen die Sterilisation, die doch nicht verstanden werde, sondern einfach gegen die notwendige Milieuänderung (Spitalaufenthalt). Auch die neuen Richtlinien können in Gefahr geraten, durch die Praxis desavouiert zu werden.

6. Mit dem Verzicht auf das absolute Hindernis der Urteilsunfähigkeit öffnen die neuen Richtlinien potentiell die Möglichkeit, auch andere geistig Behinderte als nur schwer Schwachsinnige, die jetzt vor allem im Visier sind, zu sterilisieren. Ob die Kommission diese Möglichkeit tatsächlich will? Sie sollte sich zu dieser Frage eindeutig äussern.

7. Es ist klar, dass in erster Linie Angehörige und Betreuer ein Interesse an der Sterilisation Urteilsunfähiger haben. Man kann sich deshalb fragen, ob die schriftliche Stellungnahme einer in die Betreuung eingebundenen Person zweckmässig sein kann. Es ist kaum denkbar, dass ohne die Initiative der Betreuer und/oder des gesetzlichen Vertreters eine Sterilisation in die Wege geleitet wird. Jedoch hat das ärztliche Gespräch unter Ausschluss der Betreuer oder Angehöriger zu erfolgen, nicht nur teilweise, wie es offenbar in ad II 4.2 nachträglich einge-

fügt wurde. Dort heisst es weiter, zur Urteilsfähigkeit müsse in klarer Weise Stellung bezogen werden. Was soll hier «in klarer Weise» bedeuten, wenn doch einleitend gesagt wird, Urteilsfähigkeit lasse sich nur auf dem Weg bewertender, durch die Subjektivität des Gutachters mitgeprägter Kommunikation interpretativ erschliessen? Und ist die notwendige Klarheit zu erreichen, wenn der Gutachter möglicherweise gar keine klare Vorstellung vom Rechtsbegriff der Urteilsfähigkeit hat?

8. Wenn die Kommission trotz berechtigter Bedenken auf das bisherige Erfordernis der vorhandenen Urteilsfähigkeit für den Eingriff verzichten will, dann sollte sie wenigstens wie die bisherigen Richtlinien dem Gutachter klare Hinweise für sein Vorgehen geben. Zum praktischen Vorgehen heisst es (4.2), es sei ein unabhängiges psychiatrisches Gutachten erforderlich, und weiter hinten (ad II 4.2), die psychiatrische Begutachtung müsse durch einen «unabhängigen, d.h. nicht in die Betreuung der betroffenen urteilsunfähigen Person involvierten Facharzt» erfolgen. Man könnte diese Aussage so verstehen, dass nur bei Urteilsunfähigkeit, die also schon feststehen würde, ein psychiatrisches Gutachten erforderlich wäre. Das dürfte aber kaum die Meinung der Kommission sein. Eine eindeutige Formulierung ist notwendig.

Es muss also im Abschnitt ad II 4 «Praktisches Vorgehen» eingefügt werden, dass in jedem Fall eine psychiatrische Begutachtung stattfinden muss, und zwar durch eine Fachperson, die mit dem Rechtsproblem der Urteilsfähigkeit vertraut ist. Dann muss es heissen, die Anforderungen an die Urteilsfähigkeit müssen der Sachlage angemessen sein. Die geistig behinderte Person muss mindestens verstehen, dass ein operativer Eingriff mit kurzem Spitalaufenthalt vorgenommen werden soll, der dauernd verhindern wird, dass die Person Kinder zeugen bzw. gebären kann. Die zu explorierende Person muss ihre Meinung möglichst frei äussern können, d.h. ohne die Anwesenheit anderer, sie beeinflussender Personen. Schliesslich muss ihr genügend Zeit für den Entscheidungsprozess gewährt werden, was in der Regel wenigstens zwei Explorationen in mehrwöchigem Abstand notwendig macht.

Damit der Umfang durch diese Einfügung nicht noch grösser wird, könnte man ohne Not die zahlreichen Wiederholungen im Text weglassen, oder nach einigen Anpassungen vorn den ganzen Kommentar, der wenig zur Klarheit beiträgt.

Prof. H. Kind, Herrliberg

1 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. Medizinisch-ethische Richtlinien zur Sterilisation geistig behinderter Menschen. Schweiz Ärztezeitung 2000; 81(8):389-94.



Was hat Schizophrenie mit der EU zu tun? Keine Satire

Ein herausragendes Merkmal schizophrener Gemütskrankheiten ist die Auflösung der Ich-Grenzen. Die Patienten wissen nicht mehr, wo sie selbst aufhören und wo die Umwelt beginnt. Fremde Gedanken werden übernommen, Körperteile werden nicht als zu sich selbst gehörig wahrgenommen, die Grenzen verschwinden, die Persönlichkeit droht zu zerfallen. Zu den Folgen gehören schwerste zwischenmenschliche Konflikte. Der Patient, der auch die Fähigkeit verloren hat, die Grenze des anderen zu respektieren, wird als wahnhaft und verschroben empfunden und sozial isoliert.

An dieser schweren Krankheit scheinen auch die Länder Europas zu leiden. Die Europäische Union hat einen Grossteil ihrer Grenzen aufgelöst. Die Folgen bleiben nicht aus. Aus dem Mangel an Respekt vor gewachsenen Grenzen resultiert eine eklatante Misswirtschaft im europäischen Raum. Der Beispiele sind genug: Bauern wehren sich verzweifelt gegen Schweinetransporte quer durch Europa, gegen den Zwang, BSE-verseuchtes Fleisch importieren zu müssen, gegen unsinnige Produktionsnormen, die lokale Gegebenheiten übergehen. Die Alpenländer drohen im EU-Güterverkehr zu ersticken. Gewachsene Strukturen sozialer Eintracht werden dem Phantom eines europäischen Einheitsstaates geopfert. Die Übergriffe auf staatliche Souveränität wie zum Beispiel gegenüber Österreich mehren sich. Die Gefahr besteht, dass die europäischen Nationen ihre Identität, ihr Ich, verloren haben, bevor die Völker es gemerkt haben. Europa wird schizophren.

Die Engländer kennen das treffende Sprichwort «Good fences make good neighbours». Gute Zäune machen gute Nachbarn. In der Therapie der Schizophrenie spielt der Aufbau der Ich-Grenzen, das Finden und Stärken der Persönlichkeit, eine zentrale Rolle. Die Therapie für Europa wird sich darauf besinnen müssen. Ein friedliches Zusammenleben der europäischen Völker wird nur möglich werden, wenn die gewachsenen Grenzen respektiert werden. Wo dies vernachlässigt wird, drohen schwere Konflikte und Gewaltausbrüche – im zwischenstaatlichen wie im zwischenmenschlichen Bereich. Die Schweiz wird gut daran tun, diesen Grundsatz, der ihr in den vergangenen Jahrhunderten den Frieden gesichert hat, zu respektieren, und sich nicht auf bilaterale Verträge mit einer EU einlassen, wo bewährte Zäune eingerissen und so die guten nachbarschaftlichen Beziehungen vergiftet werden. Sonst werden auch wir wohl bald der schizophrenen Eurose anheimfallen.

Dr. med. Florian Ricklin, Zürich