

spectra

106



Lebensqualität im Alter

2 Palliative Care

«Palliare» ist lateinisch und heisst «umhüllen», «pallium» bedeutet Mantel. Wie ein schützender, Geborgenheit spendender Mantel sollen auch die Massnahmen der Palliativpflege jene Patientinnen und Patienten umgeben, bei denen nicht mehr die Genesung, sondern die Leidensminderung und die Lebensqualität im Zentrum stehen. Palliative Care ist ursprünglich in der Krebsmedizin entstanden. Angesichts der zunehmenden Zahl an alten und sehr alten Menschen mit unheilbaren Gebrechen ist es heute jedoch ein zentraler Ansatz in Betagten- und Pflegeheimen. Eine Broschüre gibt mit berührenden Geschichten Einblick in die Idee und die Praxis von Palliative Care.

6 Pascal Couchepin im Gespräch

Möglichst grosse materielle, geistige und soziale Unabhängigkeit – für alt Bundesrat Pascal Couchepin ist das die Grundlage für eine gute Lebensqualität im Alter. Der heute 72-Jährige war von 2003 bis zu seinem Rücktritt 2009 als Vorsteher des Departements des Innern auch der Gesundheitsminister der Schweiz. Pascal Couchepin ist mit seiner Gesundheit sehr zufrieden, er macht heute noch mehr Sport als früher und: er hat klare Vorstellungen davon, wie unser Gesundheitswesen auch künftige Herausforderungen meistern kann. «spectra» hat Pascal Couchepin in seiner Heimat in Martigny besucht (s. Bild).

12 Bewegungsfreundliche Lebenswelt

Übergewicht und Adipositas gehören zu den zentralen Faktoren für nicht-übertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebs. Der Faktor «Übergewicht/Adipositas» steht hinsichtlich des Todesrisikos in den Industrieländern mittlerweile an dritter Stelle. Wo muss die Prävention ansetzen, um dem entgegenzuwirken? Gefragt sind nicht nur individuelle, sondern auch strukturelle Veränderungen, die quasi «automatisch» mehr Bewegung in den Alltag der Menschen bringen. Das BAG fördert zusammen mit anderen Bundesämtern solche bewegungsfördernden Projekte am Arbeitsplatz und in der Raum- und Verkehrsplanung.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

«Nicht mehr alles Machbare tun, zugunsten der Seelenruhe»

Palliative Care. Wenn nicht mehr Heilung oder lebensverlängernde Massnahmen, sondern Leidenslinderung und die ganz persönliche Lebensqualität des Patienten im Zentrum stehen, spricht man von Palliative Care. Diese wird in der Alterspflege zunehmend wichtig. Eine Broschüre zeichnet mit feinfühligem Geschichten von Betroffenen und Fachleuten ein berührendes Porträt dieses Ansatzes.

«Es geht darum, Leiden zu mindern. Wichtig ist das Gespräch mit allen. Reden, reden und nochmals reden. Und wichtig ist auch ein grosszügiger Umgang mit Morphium in der Endphase.» Das sagt Balz Briner, Hausarzt im Betagtenheim Am Wasserturm in Basel über Palliative Care. Er ist einer der Protagonisten der Broschüre «Menschen am Lebensende begleiten», herausgegeben von Curaviva und dem Bundesamt für

Kostenloser Download

Die Broschüre «Menschen am Lebensende begleiten. Geschichten zu Palliative Care in Alters- und Pflegeinstitutionen» ist in einer deutschen und einer französischen Version erhältlich. Download unter: www.bag.admin.ch/palliativecare oder www.curaviva.ch/dossiers > Palliative Care

Kostenloser Bezug als Papierversion unter www.bundespublikationen.admin.ch (Artikel-Nr. 316.723)

Gesundheit. Die Autorinnen Cornelia Kazis (deutsche Version) und Anne-Marie Nicole (französische Version) zeichnen darin ein präzises, berührendes Bild von Palliative Care anhand von Porträts und Reportagen von Menschen, die diesen Ansatz täglich in einem Betagtenzentrum leben und erleben. Entstanden sind Geschichten, die davon erzählen, was ältere Menschen in ihrer letzten Lebensphase beschäftigt. Und sie zeigen auf, wie sie in der Grundhaltung von Palliative Care gepflegt und betreut werden.

Ganzheitliche Behandlung

Gemäss der Definition der WHO ist Palliative Care «die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer voranschreitenden, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt». Was das konkret bedeuten kann und soll, wird in den Broschüren mit Geschichten aus dem Pflegealltag spürbar. Dabei kommen ganz unterschiedliche Menschen zu Wort. Etwa die Heimbewohnerinnen Frau Schwab oder Madame Lutz. Aber auch die an der Behandlung und Betreuung beteiligten Fachleute wie Pflegefachfrauen, Heimleiter, Seelsorgerinnen und Hausärzte sowie freiwillige Mitarbeitende haben die Autorinnen bei ihrer Arbeit begleitet. Und selbst Menschen wie Nghia Thai, der in der Heim-



küche arbeitet, oder Ornella Francolini, die Tochter einer Heimbewohnerin, erzählen in der Broschüre ihre Geschichte. Sie alle können dazu beitragen, den letzten Lebensabschnitt eines Menschen so angenehm wie möglich zu gestalten und das Leiden so gut wie möglich fernzuhalten. Das ist der Kern von Palliative Care. «Palliativ» stammt vom lateinischen Verb «palliare», umhüllen, bzw. von «pallium», der Mantel. Dazu gehört

auch, dass zum Beispiel persönliche Wünsche und Vorlieben beim Essen und Trinken oder bei der Betreuung die Biografie des Patienten, der Patientin berücksichtigt werden.

Zunehmend wichtig in der Alterspflege

Palliative Care ist in der Krebsmedizin entstanden. Angesichts der demografischen Entwicklung erweist sie sich heute aber vor allem in der Alterspflege als zentral; immer mehr Menschen erreichen ein hohes oder sehr hohes Alter, mit entsprechenden Gebrechen, Beschwerden und Krankheiten. Bei diesen Menschen ist die Heilung nicht mehr das Ziel. In den Betagtenheimen rücken auch die High-Tech-Apparaturen der Akutmedizin in den Hintergrund. Das sei «eine Chance, nicht mehr alles Machbare zu tun, zugunsten der Seelenruhe der alten Menschen, die hier leben», so Balz Briner. Umso wichtiger ist es, dass Pflegeinstitutionen und die Bevölkerung über die Möglichkeiten von Palliative Care Bescheid wissen. Die neuen Broschüren bieten dazu nicht nur einen informativen, sondern auch einen inspirierenden und berührenden Einstieg.

Kontakt: Lea von Wartburg, Projektleiterin Palliative Care, Sektion Nationale Gesundheitspolitik, palliativecare@bag.admin.ch

Forum

Lebensqualität – auch im hohen Alter

Pro Senectute und die Kirchen haben unter dem Titel «Alles hat seine Zeit» eine gemeinsame Kampagne gestartet, die das «vierte» Alter ins Zentrum stellt. Wir unterscheiden heute zwischen einem «dritten», aktiven Alter, in welchem Frauen und Männer nach der Pensionierung ihre gewohnte Lebensweise weiterführen können, und einem «vierten», fragilen Alter, in welchem die Kräfte allmählich oder rasch nachlassen. Während für Menschen im dritten Alter die Autonomie im Vordergrund steht, sind Menschen des vierten Alters auf Unterstützung und oft auch auf Pflege angewiesen. Im öffentlichen Bewusstsein wird das dritte Alter vorwiegend positiv gesehen, während sich negative Altersbilder vor allem auf die Zeit zunehmender Fragilität beziehen. Hier steht die Ressourcen- und damit auch die Kostenfrage im Vordergrund: Wer soll sich um die Alten kümmern und wer wird das alles bezahlen? Die Befürchtung ist gross, dass wir uns die Alterung der Gesellschaft gar nicht leisten könnten. Eine Debatte, die sich lediglich auf die ökonomische Aspekte des Alter(n)s be-

zieht, ist höchst bedenklich. Angesichts der Produktivität moderner Gesellschaften und des Reichtums, der daraus entsteht, erscheint die Behauptung, das Alter sei künftig nicht mehr finanzierbar, als äusserst fragwürdig. Ein Blick zurück könnte uns eines Besseren belehren: Die schweizerischen Sozialwerke wie die AHV oder die Krankenversicherung entstanden unter wirtschaftlich sehr viel schwierigeren Bedingungen, als wir sie heute vorfinden. Diese Einsicht sollte die Zuversicht stärken, dass die Sozialwerke auch angesichts der demografischen Alterung sichergestellt werden können. Bei einer einseitig ökonomischen Betrachtungsweise geht die Erkenntnis verloren, dass das hohe Alter das Ergebnis eines Erfolgsmodells ist: Dank verbesserter Hygiene und Ernährung, dank eines gut ausgebauten Gesundheitswesens und eines funktionierenden Systems der Altersvorsorge ist das lange Leben nicht mehr das Privileg weniger Gutsituierter. Den Errungenschaften des Sozialstaats muss Sorge getragen werden, denn seine Erfolge sind keineswegs garantiert. Zu bedenken ist auch, dass noch nie in der Geschichte der Menschheit so viele

Generationen zur gleichen Zeit gelebt haben. Diese Folge der demografischen Alterung sollte als Bereicherung für die Gesellschaft wahrgenommen werden – und nicht als deren Bedrohung. Die ältesten heute unter uns Lebenden wurden vor bzw. im Ersten Weltkrieg geboren. Sie haben einen ganz anderen Blick auf die Welt als die Nachgeborenen. Der Austausch der Erfahrungen zwischen Jung und Alt kann für beide Seiten bereichernd sein, wenn er nicht von Beserwisserei oder Abwehr des Unvertrauten geprägt ist. Die meisten Menschen möchten gerne lange leben, doch alt zu sein scheint weniger erstrebenswert zu sein – vor allem deshalb, weil das Alter nur mit Verlusten, nicht aber mit Gewinnen in Verbindung gebracht wird. Dabei zeigen sozialwissenschaftliche Untersuchungen, dass die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben im Alter zunimmt – vor allem dann, wenn man in diesem Leben einen Sinn erkennen kann. Pro Senectute setzt sich dafür ein, dass Frauen und Männer auch im hohen Alter eine hohe Lebensqualität erfahren können. Dazu gehören vielfältige Angebote in den Bereichen Beratung, Sport und

Bewegung, die sowohl dem Gemeinschaftsleben als auch der Erhaltung der Gesundheit dienen, sowie Dienstleistungen, die einen möglichst langen Verbleib in den eigenen vier Wänden gestatten. Diese Angebote werden durch Leistungsverträge mit dem Bund sowie mit Kantonen und Gemeinden ermöglicht. In der Vereinbarung mit dem Bund ist festgelegt, dass die Dienstleistungen von Pro Senectute insbesondere auf die Bedürfnisse von finanziell, sozial und gesundheitlich benachteiligten Menschen (sogenannten vulnerablen Zielgruppen) ausgerichtet sein sollen. Menschen im fragilen Alter gehören dazu. Deshalb ist die Tätigkeit in diesem Alterssegment für Pro Senectute von besonderer Bedeutung.



Werner Schärer, Direktor Pro Senectute Schweiz

Das tückische «Gläschen in Ehren» der älteren Menschen

Alkoholismus im Alter. Jeder sechzehnte der über 60-jährigen Menschen in der Schweiz trinkt chronisch zu viel Alkohol. Ein Problem, dass oft nicht ernst genommen wird.

Bei der grossen Mehrheit der Seniorinnen und Senioren in der Schweiz bleibt es beim risikoarmen, gelegentlichen Gläschen Rotwein oder Bier. Immerhin 6,4% in dieser Altersgruppe haben jedoch einen sogenannten chronisch risikoreichen Alkoholkonsum, Männer sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Frauen. «Chronisch risikoreich» bedeutet: Der durchschnittliche Konsum beträgt mehr als vier (Männer) respektive mehr als zwei (Frauen) Standardgläser alkoholischer Getränke pro Tag. Ein Standardglas ist zum Beispiel eine Stange Bier (3dl) oder ein Glas Wein (1dl).

Stärkere Wirkung im Alter

Diese von der WHO festgelegten Grenzwerte von vier respektive zwei Gläsern Alkohol pro Tag sind zweifellos für jeden Menschen gesundheitsschädigend. Vor allem bei älteren Menschen können aber auch schon kleinere Mengen problematisch sein, denn diese haben ein erhöhtes Suchtrisiko. Man schätzt, dass jeder dritte alkoholranke ältere Mensch seine Alkoholabhängigkeit erst nach der Pensionierung entwickelt. Dies hat zum Teil physiologische Gründe: Je älter ein Körper ist, desto weniger Wasser enthält er und desto weniger wird der konsumierte Alkohol verdünnt. Die gleiche Menge Alkohol führt bei einem alten Menschen also zu einem höheren Promillewert als bei einem jungen. Das bedeutet auch: Der einst unproblematische Alkoholkonsum kann im Alter zum Problem werden. Zudem sinkt im Alter die Leistungsfähigkeit der Leber. Sie braucht länger, um den Alkohol abzubauen, sodass er länger im Körper bleibt.

Ruhestand – ein kritischer Lebensabschnitt

Die erhöhte Suchtgefährdung älterer Menschen hat aber auch psychosoziale Gründe. Der Ruhestand ist für die einen eine Zeit des Geniessens: Die Zwänge des Arbeitslebens fallen ab, man gönnt sich mehr Musse, mehr Extras im Alltag: einen Apéro, ein Gläschen Wein zum Essen und danach noch ein Schnäpschen. Für andere wiederum ist der Ruhestand eine Zeit der Leere und der Einsamkeit, denn mit dem Ende der



Erwerbsarbeit sind auch die Tagesstruktur, der Halt und das soziale Leben abhanden gekommen. Auch Verlusterfahrungen – der Tod des Lebenspartners, der Geschwister, der Freunde – nehmen in diesem Lebensabschnitt zu. Alkohol hat in all diesen Fällen seinen Reiz und seine Tücken. Aus dem einen Gläschen ab und zu werden zwei, drei, vier. Und das immer häufiger.

Keine Bagatelle

Alkoholsucht im Alter ist meist eine stille Sucht. Die direkt Betroffenen wollen sie in den meisten Fällen nicht wahrhaben, sie schämen sich oder sie erachten es als völlig abwegig, selbst süchtig zu sein. Auch Nahestehende bagatellisieren das Alkoholproblem oft und wollen der alten Dame oder dem alten Herrn die zwei, drei «Gläschen in Ehren» nicht verwehren. Damit tut man diesen Menschen aber nichts Gutes: Alkoholabhängigkeit beeinträchtigt die Lebensqualität im Alter genauso wie in jüngeren Jahren. Ganz abgesehen von den erhöhten Krankheitsrisiken wie Diabetes, Demenz oder Krebs, die ein langanhaltender übermässiger Alkoholkonsum im Alter mit sich zieht. Der Alkoholkonsum hat zudem nicht nur negative Auswirkungen auf die Gesundheit, auch die Unfälle im Haus, in der Freizeit oder im Strassenverkehr nehmen zu.

Veränderungen ansprechen

Doch wie erkennt man eine Alkoholsucht bei älteren Menschen? Neben zunehmenden Unfällen können Interesselosigkeit, Rückzug, Aggressivität, Unruhe oder auch Gewichtsabnahme Anzeichen einer Alkoholsucht sein. Diese Symptome ähneln alle den gängigen Alterserkrankungen, und als solche werden sie meist missinterpretiert – an eine Sucht denken selbst Ärzte oft nicht. Deswegen spielen gerade Nahestehende eine wichtige Rolle in der Früherkennung von Alkoholproblemen. Experten empfehlen, bei Verdacht die älteren Menschen sachte auf ihren Alkoholkonsum und auf die festgestellten Veränderungen anzusprechen. Mit Fragen kommt man meist weiter als mit Anschuldigungen, Moralpredigten und

Diskussionen. Angehörige finden auch bei Fachstellen Hilfe und Beratung im Umgang mit alkoholkranken Senioren.

Wechselwirkung mit Medikamenten

Alkoholerkrankungen im Alter werden oft zusätzlich durch Medikamente verschärft, die typischerweise von älteren Patienten eingenommen werden müssen: zum Beispiel Antidepressiva, Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Schmerzmittel. Viele dieser Medikamente verstärken ihre Wirkung, wenn noch Alkohol im Blut ist. Andere hingegen werden durch Alkohol schneller abgebaut und verlieren so ihre erwünschte Wirkungsintensität mit dem Effekt, dass die Dosis stetig erhöht wird. Dies erhöht wiederum die Wahrscheinlichkeit einer Medikamentenabhängigkeit, die bei älteren Menschen ohnehin schon relativ hoch ist.

Gute Heilungschancen

Auch und gerade im Alter lohnt es sich, eine Alkoholsucht zu bekämpfen. Die Erfahrung zeigt, dass Massnahmen bei älteren Menschen sehr erfolgversprechend sind. Besonders dann, wenn sie erst im Alter ein Alkoholproblem entwickelt haben. Dabei kann Abstinenz ein Ziel sein, muss aber nicht. Oft bedarf es auch keiner langwierigen Therapien, sondern nur einiger Gespräche, um sich der Ursache des Trinkens bewusst zu werden.

Struktur, Freunde, Hobbys

Schliesslich gilt aber: Älter werden heisst nicht Asket werden. Damit es aber beim massvollen Alkoholkonsum bleibt, ist es wichtig, sich auch im Alter eine sinnerfüllte Alltagsstruktur zu schaffen. Ein gutes soziales Netzwerk, Familie und Hobbys sind die beste Prävention gegen Altersalkoholismus. Dann bleiben der Wein oder das Bierchen ein wohlverdienter Genuss.

Link: www.suchtundalter.ch

Kontakt: David Hess-Klein,
Sektion Alkohol
david.hess-klein@bag.admin.ch

Aus erster Hand

Der französische General und Staatsmann Charles de Gaulles hat mal gesagt: «La vieillesse est un naufrage.» Das illustriert treffend, wie das Alter lange empfunden wurde – als Schiffbruch. In der Vormoderne blieb das Leben oft Fragment. Die Menschen starben in der Regel jung. Wer dennoch altern durfte, empfand es häufig als Last, wenn die Sinnvoller Arbeit und Familie wegfielen und sich zunehmend körperliche Beschwerden und Einsamkeit einstellten.

In den letzten zwei Jahrhunderten hat sich die Lebenserwartung der Menschen in Europa mehr als verdoppelt. Die Langlebigkeit schenkt uns ein neues, bislang unbekanntes Zeitfenster. Viele nutzen dieses aktiv, engagieren sich weiterhin beruflich oder nebenberuflich, entdecken neue Talente oder Fähigkeiten, unternehmen Reisen, treiben Sport und helfen, die Enkelkinder grosszuziehen. Dieser dritte, von vielen Alltagszwängen befreite Lebensabschnitt ermöglicht es uns zudem, die eigene Biografie zu erzählen und nicht zuletzt ein anderes Weltverständnis zu entwickeln. Das kollektive Gedächtnis, das Wissen um die eigene Herkunft, erhält eine neue Qualität, weil Kinder nicht mehr nur Eltern, sondern häufig zwei Grosselternpaare und gar Urgrosseltern erleben dürfen.

Die Alterung der Gesellschaft hat aber auch ihre Kehrseiten. Dazu gehören nicht zuletzt der akute Pflegenotstand, die steigenden Gesundheitskosten oder auch die Zunahme nichtübertragbarer Krankheiten wie Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Leiden der Atemwege oder muskuloskelettale Krankheiten. Für viele Menschen ist das Alter auch mit finanziellen Engpässen und mit Einsamkeit und Depression verbunden.

In Sachen Langlebigkeit sind wir in den Industrieländern Weltspitze. Dieser Spitzenplatz verlangt aber auch, dass wir uns entscheiden, welchen Sinn wir dem immer länger dauernden Alter geben und in welcher Qualität wir den dritten Lebensabschnitt verbringen wollen. Ich bin überzeugt, dass wir ein Bewusstsein schaffen müssen, dass ein gesunder Lebensstil Lebensqualität und Genuss bedeutet und zudem massgebend dafür verantwortlich ist, wie körperlich, geistig und seelisch «fit und zwäg» wir unser Leben und insbesondere unser Alter verbringen. Wir alle können dazu beitragen, dass die «geschenkten Jahre» auch als Geschenk erlebt werden – und nicht als Schiffbruch.



Andrea Arz de Falco
Leiterin des Direktionsbereichs
Öffentliche Gesundheit
Vizedirektorin Bundesamt für Gesundheit

Wie viel Alkohol ist ok?

Männer: max. 2 Standardgetränke/ Tag*
Frauen: max. 1 Standardgetränk/Tag*
1 Standardgetränk entspricht 10 g reinem Alkohol (z.B. 3 dl Bier/1 dl Wein/2 cl Schnaps/4 cl Likör)

*Das sind Richtwerte. Mit steigendem Alter verträgt der Körper weniger Alkohol.

«Wir urteilen nicht darüber, ob der gewählte Lebensentwurf gut ist oder nicht.»

Interview mit Kaspar Zölch. Was passiert mit suchtkranken Menschen, wenn sie ein Alter erreichen, in welchem sie auf die Pflege und Betreuung in Alters- oder Pflegeheimen angewiesen sind? Noch gibt es wenige Einrichtungen, die sie aufnehmen. Im Solina in Spiez im Berner Oberland leben 180 pflegebedürftige Menschen. 10 von ihnen sind ehemalige Drogenabhängige, die mit Methadon oder Diaphin (pharmazeutischer Markenname für reines Heroin) substituiert werden, 25 weitere sind alkoholkrank. Standortleiter Kaspar Zölch schildert seine Erfahrungen mit seiner bunt gemischten Klientel und ihren ganz besonderen Bedürfnissen.

spectra: Herr Zölch, was ist das Besondere an Ihrer Institution?

Kaspar Zölch: Wir betreuen 180 Bewohnerinnen und Bewohner zwischen 18 und 104 Jahren, ein Drittel von ihnen ist unter 65 Jahre alt. Alle sind schwer bis schwerst pflegebedürftig, auf der Pflegestufenskala liegen wir bei etwa 8,2 von 12 Punkten. Dazu gehören neben betagten und dementen auch mehrfachbehinderte oder tumorerkranke jüngere Menschen ohne medizinische Perspektive und Personen, die aus psychiatrischen Einrichtungen zu uns kommen. Unsere Bewohnerinnen und Bewohner widerspiegeln in gewisser Weise die Gesellschaft draussen. Im Vordergrund steht die Frage: Was bringen die Menschen mit ins Solina? Jede und jeder hat Ressourcen. Daraus entsteht das Leben in unserem Haus.

Auf unseren Abteilungen ist alles gemischt. Wir haben keinerlei krankheitsspezifischen Spezialabteilungen für Demenz, Multiple Sklerose oder Halbseitengelähmte. Wir bekennen uns dazu, die Bewohnerinnen und Bewohner zu durchmischen. Neun Personen bilden zusammen eine Wohngruppe, die Aufteilung geschieht nach den Ressourcen, unabhängig von Alter und Geschlecht oder ob jemand mit einem Suchtproblem zu uns kommt. Wir leben diese Philosophie seit etwa sieben Jahren – mit gutem Erfolg.

Die meisten unserer Bewohnerinnen und Bewohner sind in ihrer Mobilität eingeschränkt, sehr viele im Rollstuhl. Ihr Wohlbefinden steht im Zentrum. Wie können wir mit pflegerischen, medizinischen und sozialtherapeutischen Massnahmen jeder und jedem einen Lebensabschnitt garantieren, während dem sie sich wohlfühlen? Alles dreht sich um die zentralen Themen wie Selbstbestimmung, Schmerzfreiheit und Lebensenergie.

Seit rund zehn Jahren betreuen Sie hier auch suchtkranke Menschen.

Ja, viele kommen aus den Heroinverschreibungsprogrammen in Bern, Burgdorf, Biel und Thun. Oder aus Spitälern,

in denen sie beispielsweise nach einem Unfall gelandet sind. Der jüngste ehemalige Drogenabhängige ist 38, der älteste 58. Die Zeit auf der Gasse verkürzt das Leben drastisch. Die meisten haben eine massive psychiatrische Grunderkrankung, auf die sie dann – gewissermassen als Selbsttherapie – ihr Suchtverhalten gepflanzt haben. Drei Viertel sind Männer, rund ein Viertel Frauen. Sie alle sind chronisch krank, im Vordergrund steht ihr Wohlbefinden. Es ist nicht unser Hauptziel, sie auf eine Abstinenz hinzuführen. Wir urteilen nicht darüber, ob der von ihnen gewählte Lebensentwurf gut ist oder nicht. Wenn jemand seinen Konsum reduzieren möchte, dann unterstützen wir ihn natürlich dabei.

Wo sind die Unterschiede zwischen Alkoholkranken und Opiatabhängigen?

Alkoholiker sind schwieriger zu führen als substituierte Bewohner. Denn bei einem Diaphin-Substituierten haben wir Sanktionsmöglichkeiten. Wer beim Atemtest zu viel Alkohol im Blut hat, bekommt Methadon statt Diaphin, was gar nicht geschätzt wird. Diese Abneigung gegen Methadon geht sogar so weit, dass man lieber auf die Heimferien am Meer als auf Diaphin verzichtet. Denn wir dürfen kein Diaphin über die Grenze nehmen.

Wie hat das Personal reagiert, als Sie anfangen, ehemalige Drogenabhängige aufzunehmen?

Am Anfang herrschten grosse Ängste. Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gingen auf Distanz und fanden, dass diese Menschen nicht hierher gehören. Man befürchtete, dass Medikamente gestohlen oder gedealt werden würden, und konnte sich nicht vorstellen, auf dem Medikamentenwagen ein Alkoholtestgerät mitzuführen und die substituierten Bewohner vor der Medikamentenabgabe hineinblasen zu lassen. Heute ist die Betreuung von Diaphin-Patienten völlig problemlos, es ist ein Krankheitsbild wie andere auch. Die Bewohner müssen in der Regel ihre Dosis selber intravenös injizieren, wir können den Pflegenden nicht zumuten, in den vom langjährigen Konsum verhärteten Venen eine passende Stelle zu finden.

Wie gehen Sie mit Alkoholikern um?

Alkohol ist in unserem Land erlaubt, solange man sich anständig aufführt und genug Geld hat, ihn sich zu kaufen. Man darf sich in der Schweiz das Hirn und die Leber wegtrinken und auch die Lunge wegrauchen, das ist nun mal so – und in einer Langzeitpflegeinstitution gilt das grundsätzlich auch. Entscheidend ist das Limit in Bezug auf die eingenommenen Medikamente – insbesondere bei Substitutionspatienten. Je nach dem suchen wir nach den adäquaten Massnahmen: Begrenzung der Trinkmenge,

Steuerung via Sackgeld. Wir machen auch Versuche mit kontrolliertem Trinken: morgens ein Bier, mittags ein Bier, abends ein Bier und auf die Nacht ein Bier. Das geht in einzelnen Fällen gut und nimmt den Patienten den Beschaffungsstress.

Problematisch wird es, wenn jemand aufgrund seines bisherigen Konsums nicht mehr urteilsfähig ist und er mit seinem Verhalten seine Gesundheit massiv gefährdet. Dann müsste der Konsum eigentlich verboten werden. Wer aber entscheidet, ob jemand noch urteilsfähig ist? Viele wollen nicht abstinent leben, obwohl dies der einzige Weg wäre, ihr Überleben zu sichern. Das führt gelegentlich zu ganz heiklen Auseinandersetzungen.

Wie werden solche Probleme gelöst?

Wir veranstalten regelmässig «runde Tische» mit den betroffenen Bewohnerinnen und Bewohnern, ihren Angehörigen (so sich noch jemand finden lässt), den Pflegenden und Betreuenden, der Beistandschaft, dem Sozialdienst, gelegentlich dem Seelsorger. Das gibt auch mal ganz harte Diskussionen. Wie sieht der Lebensentwurf der oder des Betroffenen aus, was ist nötig für das persönliche Wohlbefinden? Wenn jemand sein Leben bewusst im Rauschzustand verbringen will, darf er das – wir sind keine moralische Instanz und haben keinen Erziehungsauftrag.

Welche Tagesstruktur bieten Sie den Bewohnerinnen und Bewohnern?

Es gibt ein sehr niederschwelliges Angebot in der Creawerkstatt. Dort wird mit den Bewohnerinnen und Bewohnern sehr individuell gearbeitet und sie können sich dort ein kleines Sackgeld verdienen. Hinzu kommen verschiedene Therapiegruppen: Malen, Kochen, Männer- und Frauengruppen usw. Eine gewisse Struktur ergibt sich auch aus den Alltagsaufgaben: Tische decken und abräumen, selber Zimmer aufräumen und das Bett machen, kleine Trainingseinheiten im Bereich Körperpflege.

Wie werden die ehemaligen Drogenabhängigen hier in Spiez aufgenommen, wie ist das Zusammenleben mit anderen Heimbewohnern?

Angehörige haben gelegentlich Mühe, dass im Nachbarzimmer der Grossmutter jemand liegt, der eine Drogenkarriere hinter sich hat. Wenn sie dann selber hier waren und das Zusammenleben im Alltag sehen, lösen sich die Vorurteile meistens auf.

Im Dorf sind wir teilweise akzeptiert. Es schleckt keine Geiss weg, dass manche Bewohner mit dem Rollator losziehen, um sich bei Aldi, Coop oder in der der Landi 5 oder 10 Büchsen Bier à 50 Rappen zu kaufen, anderes liegt kaum drin – bei maximal 10 Franken Taschengeld



Kaspar Zölch

täglich (von dem auch Zigaretten gekauft werden müssen). Manche versuchen es auch mal mit Betteln. Das alles gibt im Dorf böse Blicke und Gerede. Man fragt sich: Warum baut man für 60 Millionen ein Heim für «solche Leute»?

Wie funktioniert das Zusammenleben unter den Bewohnern?

Zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern gibt es wenige Probleme. Vor allem für demente Menschen spielt die Biografie des Gegenübers keine Rolle. Entscheidend für sie ist, ob sie als Mensch respektiert werden. Es gibt gewisse Anstandsregeln, die für alle gelten müssen. Sehr distinguierte ältere Personen haben gelegentlich mehr Probleme. Problematisch ist sicher die Mischung in Mehrbettzimmern. Dieses Problem löst sich mit der Fertigstellung des Neubaus: Dann werden wir nur noch Einzelzimmer haben.

Das Gassenleben ist geprägt von Beschaffungskriminalität und Dealen. Themen, die auch Sie beschäftigen?

Manches lässt sich nicht verhindern, wenn man Freiheiten zulässt und allen gestattet, ihren Lebensentwurf – im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben – so zu leben, wie sie das wollen. Bei illegalem Zusatzkonsum intervenieren wir, bei Wiederholungen ziehen wir einen Schlussstrich. Das wissen aber die Betroffenen auch.

Kiffen ist ebenfalls ein Thema. Hasisch ist grundsätzlich nicht toleriert, aber wir spielen nicht Polizei. Rauchen innerhalb des Betriebs – ausser auf den Balkonen und im Fumoir – ist ohnehin nicht erlaubt. Der Konsum im Freien geschieht auf eigenes Risiko. Wenn Stoff offen herumliegt, wird er vom Personal konfisziert. Cannabis kommt aber auch offiziell zum Einsatz: Manche Personen, vor allem Spastiker, bekommen aus medizinischen Überlegungen Hanftropfen.

«Nach zehn Sekunden kommt eine Welle, als würde die Seele in ein warmes Bad steigen.»

Eine Begegnung mit Dominik Wyttenbach (Name von der Redaktion geändert), 38, der seit fünf Jahren im Solina in Spiez lebt. (siehe Hauptartikel Seite 4)

«Aufgewachsen bin ich in Bern. Meine Mutter arbeitete. So wurde ich zuerst im Waisenasyl zur Heimat und mit zwölf in der Notaufnahmegruppe untergebracht. Ich flog dann von verschiedenen Schulen, schaffte aber dennoch den Sekundarabschluss und machte eine Gärtnerlehre. Als Jugendlicher hab ich einigen Blödsinn gebaut, kiloweise Hasch ge-dealt und fünf Autos geklaut. Damals lebte ich in einer WG, trug Dreadlocks, war auch in der Rasta-Sekte «12 Stämme Israels». Wir zogen herum und machten Discos in der ganzen Schweiz und auch in Deutschland.

Ich habe stets gearbeitet und meine Steuern bezahlt. Als Gärtner arbeitete ich nur ganz am Anfang, dann in verschiedenen anderen Berufen, in einer Bäckerei und bei einem Boilerhersteller. Ich hatte auch verschiedene Freundinnen. Durch eine von ihnen geriet ich an die harten Drogen. Ich fing an, Heroin zu rauchen, dann zu schnupfen und am Ende habe ich es gespritzt. Da war ich schon etwa 30 Jahre alt. Ich lebte nie auf der Gasse, sondern hatte stets eine eigene Wohnung. Ich landete rasch in der Koda, dem Heroinverschreibungsprogramm in Bern, und wegen meiner gesundheitlichen Probleme dann hier im Solina.

Mit 32 hatte ich einen Unfall. Ich bin auf dem Glatteis ausgerutscht und habe mir wegen meiner Osteoporose das linke Becken gebrochen. Ein paar freundliche Jugoslawen haben mich in meine Wohnung getragen. Leider ist das Ganze nie richtig verheilt. Lange bin ich an Krücken gegangen, aber nun sitze ich im Rollstuhl. Bald bekomme ich ein neues Hüftgelenk, dann kann ich hoffentlich irgendwann wieder laufen.

Ich mache hier im Solina doch recht viel. Viermal pro Woche arbeite ich in der Werkstatt, begleite den Personalchor und das Dienstagssingen auf der Gitarre und am Mittwochmorgen gehe ich ins Zeichnen. Hier sind ein paar meiner Zeichnungen – Fantasy- und Comicgestalten, Drachenköpfe, Porträts von Mitbewohnern hier im Heim. Der hier, der ist gestorben. Morgens und abends esse ich in der Wohngruppe im ersten Stock. Am Mittag geh ich in die Cafeteria, da gibts drei Menüs zur Auswahl – und den Wochenhit. Meistens ist es sehr gut, aber man merkt schon, welcher Koch gerade Dienst hat.

Ich hatte eine Reggae-Band namens Upkeepers, spielte Bass und Schlagzeug, später habe ich auch noch das Gitarrenspiel gelernt, heute habe ich etwa

50 Lieder im Repertoire. Auf der E-Gitarre spiele ich Heavy Metal. Solange die Zimmertüre zu ist, kann ich die Musik auch aufdrehen. Meine ehemaligen Bandkollegen besuchen mich ab und zu. Der Keyboarder ist Lehrer, hat ein Haus, eine Frau, ein Auto. Das sind die Pfeiler unserer Gesellschaft, aber ich für mich selber habe einen anderen Lebensweg gewählt. Ich möchte keine Kinder. Denn Kinder sollten keinen drogenabhängigen Vater haben.

Ich hatte grosse psychische Probleme. Weil ich in einer Zeit, als ich Nachtschicht arbeitete, zu viel LSD erwischte und dazu Haschisch rauchte, entwickelte ich eine Psychose und hörte Stimmen. Man diagnostizierte eine paranoide Schizophrenie und ich bekam eine Invalidentrente.

Ich habe gekifft, bevor ich mit dem Rauchen angefangen hab. Wir sind so komplexe Wesen, jeder Einzelne hat eine eigene Struktur der Psyche, nicht bei jedem ist es die gleiche Einstiegsdroge. Ich beispielsweise habe mit dem Zigarettenrauchen mit elf angefangen, durch meinen Bruder, der zwei Jahre älter ist. Wir sind als Buben ins Altersheim eingebrochen, das bei uns im Tscharnergut gleich um die Ecke stand. Wir sind aufs Dach gestiegen, haben die Sterne angekuckt und zum ersten Mal einen Joint geraucht.

Drogen sind uns von der Natur gegeben, um unser Bewusstsein zu erweitern. Man kann sie als Helfer dafür benutzen, aber darf sie nicht missbrauchen. Wenn man sie für eine Flucht benutzt, dann schlägt es auf einen zurück. Ich habe auch magische Pilze genommen, das wirkt wie LSD und kann eine spirituelle Erfahrung ermöglichen. Auch wenn hier in meinem Zimmer ein kleiner Buddha steht – ich bin Synkretist und nehme mir aus jeder Religion, was ich will.

Manche sagen, Drogen zu konsumieren sei Selbstmord auf Raten. Aber sich das Leben zu nehmen ist, etwas vom Schlimmsten. Denn da geht die Seele an einen dunklen Ort. Es kommt immer auf das Mass an. Wie schon Paracelsus gesagt hat: Ob etwas Gift ist oder nicht, entscheidet die Dosis. In der Schöpfung ist überall ein Stachel drin. Jede Rose hat ihre Dornen, in allem Guten schlummert auch etwas Giftiges – Yin und Yang. Ich will ja mal nicht zu viel sagen bei meiner eigenen Dosis, aber ich bekomme reinen Stoff. Die damalige Bundesrätin Ruth Dreifuss hat sich mit wissenschaftlichen Studien abgesichert. Reines Heroin ist nicht toxisch und hat auch langfristig keine gesundheitsschädigenden Folgen.

Ich möchte meine Dosis nicht reduzieren. Auf das wunderschöne Erlebnis fünfmal täglich möchte ich nicht verzichten. Ich hatte immer Glück. Habe



zum Beispiel noch nie einen Entzug gemacht, ich weiss nicht, wie das ist. Alle sechs Monate gibts einen runden Tisch, wo alle zusammensitzen. Da besprechen wir die ganze Situation und auch die Finanzen. Ich habe keine Schulden, sogar noch 20 000 Franken Gespartes auf der Seite, habe nicht alles Geld für Drogen verbraucht.

Nun lebe ich seit fünf Jahren hier – und auch in fünf Jahren möchte ich hier sein, denn ich habe hier alles, was ich brauche. Hier werde ich umsorgt, es herrscht eine gute Atmosphäre. Ich habe mein Diaphin, eine Beschäftigung, zu essen, ein Dach über dem Kopf und ich fühle mich wohl. Auch mein Beistand begrüsst es, wenn ich weiterhin hier lebe. Es gibt ein paar lose Freundschaften mit Bewohnern im Heim. Manchmal musiziere ich mit einem aus dem zweiten Stock, der Geige spielt. Ich möchte in den Ferien nicht mit dem Heim ans Meer fahren. Ich habe genug Meer gesehen, war sogar in Jamaica. Und ausserdem darf man das Diaphin nicht über die Grenze mitnehmen.

Meine Mutter besucht mich jede Woche und bringt mir Tabak mit. Wir haben ein gutes Verhältnis und auch zu meinem Bruder habe ich guten Kontakt. Er ist ebenfalls heroinabhängig, aber er arbeitet noch. Sonst sind alle Familienmitglieder tot – mein Vater wurde ermordet, als ich 16 war und gerade in der Lehre war. Das hat mich sehr mitgenommen, auch wenn meine Eltern verschieden waren, weil mein Vater schwerer Alkoholiker war.

Ich habe jeden Tag für 20 Franken Heroin gekauft, bevor ich ins Heroinverschreibungsprogramm kam. Das reichte für zwei Schüsse. Da man nie wusste, wie sehr der Stoff gestreckt ist, ist es manchmal fantastisch eingefahren, manchmal nur wenig und manchmal auch zu sehr – einmal bin ich für fünf Stunden erblindet wegen dem Dreck im unreinen Gassenheroin. In der Koda bekam ich dann 70 mg pro Mal, heute 80 mg, fünfmal am Tag.

Die Pflegerinnen bringen mir die Spritze ans Bett und ich injiziere das Diaphin selber. Vorher wird mein Blut getestet und ich muss einen Alkoholtest machen, der Grenzwert liegt bei 0,8 Promille. Aber meistens bin ich bei Null, denn ich trinke fast keinen Alkohol. Das Diaphin wirkt sehr beruhigend – ein Mäntelchen für die Seele. Ich muss langsam spritzen, damit mir nicht schlecht wird. Das Flash dauert nur ganz kurz. Nach zehn Sekunden kommt eine Welle, als wenn die Seele in ein warmes Bad steigt, man ist vollkommen entspannt, erfüllt von Euphorie und Harmonie.

Die Wirkung flaut nach zehn Minuten ab. Ich bekomme Diaphin um sechs Uhr morgens, um Viertel vor neun, um Viertel nach zwölf, um Viertel vor fünf und um Viertel vor acht. Als Musiker hab ich früher ganze Nächte durchgejammt, heute gehe ich stets früh ins Bett, um zehn schlafe ich bereits. Und jetzt muss ich eine rauchen und nachher zum Duschen.»

«Bald gibt es zwei Generationen im Ruhestand. Der Generationenvertrag

Interview mit Pascal Couchepin. Der frühere Bundesrat empfängt uns an einem Donnerstagmorgen Anfang Juli. Pascal Couchepin, der im April 72 Jahre alt geworden ist, sitzt auf einer Holzbank vor seiner Familienvilla in Martigny im Unterwallis und beaufsichtigt zwei seiner Enkelinnen beim Spiel. Der grossgewachsene Senior trägt Jeans und eine grüne Freizeitjacke. Seine Gattin breitet ein buntes Tischtuch über den Gartentisch, aber weil die Sonne schon früh sehr heiss vom Himmel brennt, setzen wir uns in den Schatten auf die Terrasse. Pascal Couchepin serviert eigenhändig drei Espressi in zierlichen Tassen und streckt uns eine Tafel dunkle Schokolade entgegen: «Nehmen Sie sich bitte ein rechtes Stück», fordert er uns auf, «und schiessen Sie los mit Ihren Fragen!»

spectra: Herr Couchepin, was bedeutet für Sie Lebensqualität im Alter?

Pascal Couchepin: Sie bedeutet für mich in erster Linie die materielle, geistige und soziale Unabhängigkeit, sich die Fähigkeit zu erhalten, auf eigene Faust zu handeln, ohne auf die Unterstützung anderer angewiesen zu sein. Das ist sicher die Grundlage der Lebensqualität im Alter.

Das ist also Ihr Ideal – wie sieht Ihre Realität aus?

Ich persönlich bin rundum zufrieden mit meinem Schicksal. Einige meiner Freunde in meinem Alter haben aber schon gesundheitliche Probleme. Das ist sicherlich die Hauptlast des Alters. Daneben muss man sich mit der Tatsache abfinden, nicht mehr alles erreichen zu können, was man will. Hinzu kommen die Sorgen mit den Kindern und den Enkelkindern. Aber das Leben geht weiter, man muss Vertrauen haben. Viele Menschen beschwerten sich über finanzielle Engpässe, aber seien wir ehrlich: In einem Land wie der Schweiz können solche Sorgen so schlimm nicht sein. Natürlich kann man ab einem bestimmten Alter nicht mehr alle Probleme selber lösen, wir müssen darauf zählen können, dass unser Sozialsystem auch in Zukunft funktioniert.

«Materielle Armut bei älteren Menschen gibt es in der Schweiz nicht mehr.»

Sprechen wir doch über dieses Sozialsystem – hat es auch Schwächen?

Auch wenn andere widersprechen, ich behaupte stets: Materielle Armut bei älteren Menschen gibt es in der Schweiz nicht mehr. Zugegeben, manche Menschen haben soziale oder psychische Probleme oder befinden sich in einem Zustand der Abhängigkeit, was zu materiellen Problemen führen kann. Aber

niemand wird hierzulande aufgegeben, weil er oder sie kein Geld hat. Das System funktioniert. Ich sehe durchaus ein, dass es schmerzhaft sein kann, wenn man sein Haus verkaufen muss, um zum Beispiel die Kosten für die Alterspflege bezahlen zu können, aber das soziale Netz fängt alle auf.

In der Wirtschaft ist 50 ein schicksalhaftes Alter. Was kann man tun, damit die Erfahrung von Menschen über 50 mehr geschätzt wird?

Wenn ich mich nicht irre, ist die Arbeitslosigkeit unter den über 50-Jährigen niedriger als bei den jungen Menschen. Andererseits ist es wesentlich schwieriger, einen neuen Job zu finden, wenn man die 55 überschritten hat. Aber insgesamt betrachtet ist die Arbeitslosigkeit in der Schweiz relativ niedrig.

Was muss getan werden, um Menschen über 55 im wirtschaftlichen Kreislauf zu behalten?

Die Gründe für Arbeitslosigkeit bei über 55-Jährigen sind vielfältig: mangelnde Motivation, ungenügende Ausbildung, schlechten Lage des Arbeitsmarktes oder eben Vorurteile gegenüber älteren Arbeitnehmern. Darum gibt es keine allgemein gültige Antwort auf diese Frage. Sicher ist aber, dass alle, auch die Unternehmen, sich bemühen müssen, ihre Kenntnisse auf gutem Niveau zu halten. Zu meiner Zeit als Gemeindepräsident habe ich Menschen über 55 Jahre geholfen, sich mit dem Computer anzufreunden, weil sie sich dafür zu alt fühlten. Das ist 20 Jahre her! Man findet immer Lösungen. Es liegt in der Natur der Sache, dass die jungen Wölfe die Senioren Richtung Ausgang drängen.

«Es liegt in der Natur der Sache, dass die jungen Wölfe die Senioren Richtung Ausgang drängen.»

freunden, weil sie sich dafür zu alt fühlten. Das ist 20 Jahre her! Man findet immer Lösungen. Es liegt in der Natur der Sache, dass die jungen Wölfe die Senioren Richtung Ausgang drängen. Wer selber jemals ein junger Wolf gewesen ist, beklagt sich nicht darüber. Ich finde es fair, dass die Alten den Jungen Platz machen müssen. Jedoch werden uns die demografische Entwicklung und die Ergebnisse der Abstimmung vom 9. Februar zwingen, die Beschäftigungslage der Nichtmehrjungen zu verbessern.

Heute spricht man vom dritten oder gar vierten Lebensalter. Die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen steigt. Wie muss der Generationenvertrag für die Zukunft aussehen?

Ich hoffe, dass man eines Tages sogar vom fünften Lebensalter sprechen wird! Aber zu Ihrer Frage: Ich denke, ein wichtiges Element des Generationenvertrages ist die materielle Absicherung. Unser Drei-Säulen-Modell der Altersvorsorge sollte es ermöglichen, diese auch in Zukunft zu gewährleisten. Daran sollten wir nicht rühren! Darüber hi-

naus bin ich überzeugt, dass wir das offizielle Rentenalter anheben müssen, beispielsweise um einen Monat pro Jahr für die nächsten 24 Jahre, also um zwei Jahre. Damit wäre die Dauer des Ruhestandes wieder in einem sinnvolleren Verhältnis zur Dauer des Arbeitslebens. Dann gibt es die psychologischen und sozialen Aspekte. Viele Grosseltern betreuen heute ihre Enkel, das kennen wir. Was aber passiert mit Urgrosseltern, die noch fit sind? Welches ist ihre Rolle bei den Nachkommen? Bald gibt es zwei Generationen im Ruhestand. Der Generationenvertrag muss auch zwischen ihnen ausgehandelt werden. Da kommen grosse Veränderungen auf uns zu, aber die meisten werden wir ganz natürlich und Schritt für Schritt meistern, da sie langsam geschehen.

Wie steht es um die Wohnsituation alter Menschen? Die weniger Privilegierten landen im Altersheim, Privilegierte können zu Hause bleiben und lassen sich dort pflegen ...

Das stimmt so nicht immer. In unserer Region ist das keinesfalls eine Frage des sozialen Status, sondern eine Frage des Gesundheitszustandes. Es gibt auch Fortschritte, zum Beispiel mit betreuten Wohnformen. Die Situation auf dem Land ist anders als in einer Kleinstadt oder in der Grossstadt. In den Städten gilt es, Seniorengghettos zu vermeiden, die entstehen, wenn viele Alterswohnungen gebaut werden. Da müssen wir noch Erfahrungen sammeln und daraus lernen.

Was sagen Sie dazu, dass die Betreuung und Pflege älterer Menschen, sei es zu Hause oder in Heimen, fast ausschliesslich von Frauen geleistet wird?

Das ist die traditionelle Rollenteilung. Allerdings ändern sich die Dinge ein wenig: Es werden heute auch Krankenpfleger ausgebildet, früher waren es nur Krankenschwestern. Auch die verbesserten Löhne der Pflegeberufe haben deren Attraktivität erhöht. Solche Veränderungen kann man nicht erzwingen oder per Gesetz herbeiführen.

Wenden wir uns dem Ende des Lebens zu: Was bedeutet für Sie Sterben in Würde?

Ich mag diesen Ausdruck nicht. Für mich ist ein Mensch würdig, weil er ein Mensch ist. Die Würde bleibt, unabhängig von der Art und Weise, wie man stirbt. Ich ertrage es nicht, wenn man sagt, mit gewissen Leiden zu sterben sei unwürdig. Das wünscht man zwar niemanden, aber der Tod ist stets würdig für ein menschliches Wesen.

Sie haben sich als Gesundheitsminister für die Verbesserung der Palliativmedizin eingesetzt. Wie beurteilen Sie die gegenwärtige Situation in diesem Bereich?

Es gibt auf diesem Gebiet einen echten,

wenn auch langsamen Fortschritt. Die Ärzte müssen die Idee einer Spezialisierung in Palliativmedizin akzeptieren. Darüber hinaus sollten die Fachleute ihr erworbenes Wissen teilen. Alle müssen die Idee verinnerlichen, dass Palliative Care zu den Rechten jedes einzelnen Menschen gehört.

Was ist Ihre Haltung zur Sterbehilfe, wie sie Organisationen wie Exit anbieten?

Die aktuelle Situation scheint mir sinnvoll zu sein. Jeder ist frei, das zu tun, was er will. Aber ich glaube, dass der Staat nicht den Tod fördern, sondern die Menschen dazu ermuntern sollte, zu leben. Beihilfe zur Selbsttötung darf keine offizielle Politik des Staates sein. Auf der anderen Seite ist die Lebenserhaltung um jeden Preis keine gute Idee, das ist allgemein anerkannt, sogar von den Gegnern des assistierten Suizids. Wenn jemand sich für diesen Weg entscheidet, sollte man ihm diesen ermöglichen. Aber dieser Weg ist nicht so harmlos, wenn man die Auswirkungen auf die Angehörigen bedenkt. Sterben ist auch ein sozialer Akt. Wie kann man davon ausgehen, dass der Mensch sein ganzes Leben lang ein soziales Wesen ist, und

«Sterben ist auch ein sozialer Akt.»

gleichzeitig behaupten, dass die Entscheidung über das Sterben eine rein persönliche Angelegenheit ist?

Reden wir über die Zukunft der Schweizer Gesundheitspolitik. Welches sind Ihre Visionen?

Es herrscht ein zunehmender Konflikt zwischen den Gesundheitskosten und den Zielen der Individuen. Für die Gesellschaft bedeutet dies eine Gratwanderung zwischen einer optimalen Gesundheit ohne Rücksicht auf Kosten und der Einhaltung gewisser Kostengrenzen ohne Rücksicht auf die Wünsche der Leute. Man muss einen Mittelweg finden. Ich bin überzeugt, dass dies durch Innovation und durch Wettbewerb gelingen wird – sei es ein Wettbewerb zwischen privaten und öffentlichen Anbietern, zwischen Spitälern oder zwischen Krankenkassen. Das Schlimmste wäre, die Angebotsvielfalt zugunsten einer angeblichen Gleichheit zu reduzieren. Fortschritt wäre in dieser Situation nicht mehr möglich. Die Einheitskasse, über die wir bald abstimmen werden, wäre so eine Reduktion auf einen gleichmacherischen Kasernengeist.

Welches sind für Sie die wichtigsten Punkte der Bundesstrategie Gesundheit2020?

Ich war schon immer ein Befürworter von zentralisierten Patientendaten. Ein solches elektronisches Patientendossier ist jedoch wegen des Datenschutzes nicht einfach zu realisieren, und es droht die Gefahr, dass die Fülle der Daten am Ende den Blick auf die wesentli-

muss auch zwischen ihnen ausgehandelt werden.»



Pascal Couchepin

chen Informationen versperrt. Ebenso war ich stets ein Anhänger eines Systems, das die Krankenhäuser zu Klarheit zwingt. Das System der Fallpauschalen muss noch verfeinert werden, aber es geht in die richtige Richtung. Man müsste auch neue Systeme der medizinischen Versorgung erfinden. Etwa die regionale Konzentration des medizinischen Angebotes, während – unter Aufsicht eines Regionsarztes – die Krankenschwestern zu Hause eine erste Diagnose erstellen, die Apotheker mehr Befugnisse erhalten und man sich vor allem nicht in die Romantik der Alternativmedizin verirrt! Alle bis heute durchgeführten Meta-Analysen zum Thema Alternativmedizin messen dieser eine gewisse psychologische Notwendigkeit zu, die ich respektiere – aber mehr nicht. Das Gesundheitswesen soll daher nicht für Kosten der Alternativmedizin aufkommen, auch wenn sie bescheiden sind. Im Gegensatz zu dem, was behauptet wird, führt sie nicht zur Ge-

«Das Gesundheitswesen soll nicht für Kosten der Romantik der Alternativmedizin aufkommen.»

sundheit der Seele, sondern erzeugt immer mehr Fantasien, die Flucht in eine völlig irrationale und fanatische Welt. Es ist ähnlich wie beim Veganismus!

Kann sich die Schweiz ein Gesundheitssystem mit 26 kantonalen Lösungen überhaupt noch leisten?

Ich denke, dass es einen gesamtschweizerischen Gesundheitsraum braucht. Aber angesichts der Vielfalt von Realitäten und Gewohnheiten in den Städten und Regionen soll die kantonale Struktur weiterhin bestehen. Diese muss sich jedoch auch öffnen, um die Behandlung in einem Krankenhaus eines anderen Kantons zu ermöglichen, die ich seinerzeit eingeführt habe.

Wie können Ihrer Meinung nach Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt werden?

Diese Frage stellt sich tatsächlich nach der Ablehnung des Präventionsgesetzes durch das Parlament, die ich bedaure. Aber die Idee wird wieder kommen. Wichtig ist, keinen Präventionsfanatismus zu betreiben oder zu moralisieren, das irritiert die Menschen. Vernünftige Verhaltensweisen werden durch das Wissen über das Thema erworben. Dazu braucht es die Schule, die Lektüre, die Medien und individuelle Entscheidungen. Hier sind die weniger Privilegierten häufig die Opfer.

Sollten wir den Schwerpunkt des Gesundheitssystems – beispielsweise durch entsprechende Gesetze – von der Kuration zur Gesundheitsförderung verlagern?

Nein, es geht nicht um Veränderung um jeden Preis. Das elektronische Patientendossier ist das Pièce de Résistance des neuen Systems. Wir müssen den Wettbewerb ermöglichen, eine kontrollierte Öffnung des Monopols der Diagnose erlauben, technologische Fortschritte akzeptieren und fördern, kurz: die Entwicklung vorantreiben. Das Gesetz ist dazu da, zu verhindern, dass die Entwicklung blockiert wird, etwa durch ungerechtfertigte Monopole und Abhängigkeiten. Aber viele Akteure des Gesundheitswesens würden lieber an der bestehenden Situation festhalten.

Welche Strategie schlagen Sie zur Bekämpfung der chronischen Krankheiten vor?

Ich stimme mit denen überein, die sagen, dass bestimmte chronische Krankheiten wie etwa Diabetes mehr Aufmerksamkeit verdienen. Die Kosten liegen derzeit allein bei den Krankenkassen. Ich plädiere dafür, einen Pool von chronischen Krankheiten zu bestimmen, deren Kosten auf das gesamte System verteilt werden. Denn die demo-

grafische Entwicklung wird dazu führen, dass Mehrfacherkrankungen und chronische Gebrechen zunehmen. All dies kostet eine Menge Geld. Um dieses zur Verfügung zu haben, braucht es ein höheres Bruttosozialprodukt, und dafür ist es notwendig, dass jede und jeder mehr arbeitet, nicht nur wegen der Verlängerung der Lebenserwartung, sondern auch wegen des späteren Eintritts

«Ich habe meine körperliche Aktivität verdoppelt.»

ins Erwerbsleben. Die Phase des Erwerbslebens wird kürzer im Verhältnis zur Lebenserwartung, daher ist es notwendig, Dinge zu ändern.

Als Bundesrat haben Sie regelmässig körperliche Aktivität gepflegt, insbesondere auch zur Verhinderung einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. Haben Sie diese Gewohnheit beibehalten?

Ich habe sie nach dem Rücktritt aus dem Bundesrat verdoppelt! Früher bin ich jeden Morgen 30 bis 45 Minuten marschiert und habe einmal in der Woche eine Bergwanderung gemacht. Heute wandere ich zwei- bis dreimal pro Woche in den Bergen. Man muss Disziplin und Freude vereinen! Die Begeisterung ist nicht immer gleich gross. Gestern habe ich im Regen eine Tour mit einer Höhendifferenz von 600 Metern absolviert. Nachher hatte ich einen sehr guten Tag. Nach einem Fussmarsch kehrt man mit guter Laune nach Hause zurück, liest die Zeitung mit mehr Interesse, hat Lust neue Dinge kennenzulernen. Die körperliche Anstrengung trainiert nicht nur die Muskeln, sondern auch den Geist. Soweit möglich sollte man sein ganzes Leben lang körperlich aktiv bleiben, allein oder in Gesellschaft.

Jeder möchte alt werden und dabei jung bleiben! Was ist Ihr Erfolgsrezept?

Ich möchte nicht noch einmal 30 sein. Ich bin mit meiner Situation voll und ganz zufrieden. Ich bewege mich, so gut es meine Kondition erlaubt. Dies ist die Basis. Ich bemühe mich, nicht zu oft über die Vergangenheit zu reden, ich lese Tageszeitungen in drei Sprachen, reise, empfangen Gäste, darunter auch junge Leute. Ich versuche die wissenschaftlichen Fortschritte zu verfolgen, auch wenn sie nicht zu meinem Gebiet gehören. Zum Beispiel mache ich jedes Jahr mit einem Freund einen Spaziergang in der Region Evolène. Dann essen wir gemeinsam mit einem Physiker, der sich in der Gegend niedergelassen hat, und lassen uns von ihm einen Überblick über die neuesten Entdeckungen geben. Wir versuchen diese zu verstehen und verbringen eine sehr angenehme Zeit zusammen. Ich stelle viele Fragen, auch Menschen, die ich beispielsweise im Zug antreffe.

Sie treffen sich mit jungen Leuten?

Das ist in meinem Fall einfach. Junge Menschen kommen von sich aus auf mich zu. Einige von ihnen kenne ich schon länger, durch die jährlichen Treffen, die ich organisiert habe. Wir debattieren und beenden den Tag mit einer gemeinsamen Mahlzeit – ohne Öffentlichkeit, ohne Medien. Gerade heute Morgen habe ich eine E-Mail eines jungen Mannes beantwortet, der an solchen Treffen teilgenommen hatte.

Oft scheuen sich Senioren davor, sich auf neue Dinge und Technologien einzulassen. Gibt es Dinge, für die Sie sich zu alt fühlen?

Nein, ich verbiete mir nichts – ausser vielleicht das Motorradfahren, obwohl ich schon immer Lust darauf hatte. Natürlich gebe ich einzelne Dinge auf, die lächerlich wären in meinem Alter, etwa der neusten Mode nachzueifern. Aber ich interessiere mich für viele Dinge und versuche stets zu lernen. Nun habe ich ja Zeit dafür. Beispielsweise lasse ich mir von einem jungen Mann Tipps geben, wie ich meinen Computer besser nutzen kann, wie man etwa Dateien in verschiedene Formate konvertiert usw. Das will ich selber tun können. Im Gezug ermutigte ich ihn, seinen Horizont durch gute Lektüre zu erweitern und seine Fähigkeiten weiterzuentwickeln. Ein einfacher und gesunder Austausch zwischen den Generationen.

Es ist halb elf geworden. Der Staatsmann im Ruhestand geleitet uns durch den Park, zupft ein Büschel Unkraut aus dem Kiesweg und pflückt für uns ein paar Aprikosen von den Bäumen. Nun muss er sich sputen: Am Mittag empfängt er die Bundeshaus-Journalisten – und vorher muss er noch den obligaten Weisswein für den Apéro bereitstellen.

Safe Zone – ein Online-Portal für Suchtfragen

Suchtberatung. Angst vor Stigmatisierung, Unbehagen im persönlichen Kontakt oder unpassende Öffnungszeiten: Für viele Ratsuchende – gerade im Suchtbereich – ist die Schwelle zu einer Beratungsstelle zu hoch. Mit Safe Zone steht ihnen seit diesem Frühjahr ein professionelles, niederschwelliges Online-Portal für alle Suchtfragen zur Verfügung.

Die Mehrheit der Bevölkerung sind aktive Internetuser. 55% nutzen (gemäss Bundesamt für Statistik) Online-Angebote, um sich über Gesundheitsthemen, also auch über Sucht, zu informieren, auszutauschen und beraten zu lassen. Safe Zone, ein Pilotprojekt des Bundesamts für Gesundheit (BAG), der Kantone, von Suchtfachstellen und von weiteren Partnern, vereint verschiedene Beratungsformen, Information und Expertenkommunikation in einem Portal.

Die Beratungsleistungen werden von Suchtfachleuten in den Kantonen geleistet, die in der virtuellen Beratungsstelle arbeiten. Das BAG übernimmt die technische Struktur des Portals, die wissenschaftliche Begleitung, die Ausbildung und die Qualitätssicherung. Der Zugang Safe Zone ist sowohl über die zentrale Webadresse – www.safezone.ch – wie auch über die bestehenden lokalen Websites der teilnehmenden Institutionen möglich.

Beratung, Selbsthilfe und Know-how-Transfer

Das anonyme und kostenlose Angebot von Safe Zone richtet sich an Erwachsene,

Jugendliche, Betroffene und Angehörige. Ratsuchende haben die Möglichkeit, aus den verschiedenen E-Beratungsformen Mail, Einzel- oder Gruppen-Chat und Foren die für sie passende zu wählen. Daneben werden eine Reihe von Selbsttests und Informationen zu verschiedenen Substanzen und Suchtformen angeboten. Zudem können sich die Fachleute der teilnehmenden Institutionen in der virtuellen Beratungsstelle intern über alle angebotenen Kommunikationswege austauschen. Diese Vernetzung und der Know-how-Transfer zwischen Suchtexpertinnen und -experten ist ein weiteres zentrales Ziel von Safe Zone. Bestehende Beratungsstellen und lokale Angebote sollen nicht konkurrenziert, sondern ergänzt werden. Sie können von der Vernetzung, Koordination und Zusammenarbeit profitieren, indem sie schnell und unkompliziert auf die Expertise eines grösseren Teams zurückgreifen können. Die Ausweitung von professionellen Suchthilfeangeboten ins Internet führt zu einer Verbesserung des Zugangs zum Suchthilfesystem. Dies gilt nicht nur im virtuellen Raum. Ein anonymer, positiver Erstkontakt mit Suchthilfe beeinflusst die Haltung der Ratsuchenden auch gegenüber den Institutionen in der realen Welt.

Qualifiziertes Beratungsteam

Safe Zone wird von Fachpersonen aus den Bereichen Prävention, Beratung/Behandlung, Schadensminderung und Selbsthilfe entwickelt. Die Online-Beratungen und -Moderationen werden von einem Team aus Expertinnen und Experten aus 18 Suchtfachstellen der deut-



schen und der italienischen Schweiz durchgeführt. Das Beratungsteam besteht derzeit aus 36 Fachpersonen, die über langjährige Erfahrung in der Beratung von Konsumierenden und deren Angehörigen sowie über eine Zusatzqualifikation im Bereich der schriftgestützten Beratung verfügen. Nebst einer mehrtägigen Grundausbildung beinhaltet dies auch Online-Intervision und Coaching, Begleitung durch Mentorinnen und Mentoren sowie Hospitationen von Online-Beratungen. Im Rahmen der Begleitstudie werden zudem Qualitätskriterien von internetbasierter Suchtberatung definiert, die im Pilotprojekt umgesetzt und evaluiert werden.

Ausblick

Seit März 2014 steht das Beratungsportal in deutscher Sprache zur Verfügung, jüngst ging auch die italienische Seite online. Zurzeit laufen Verhandlungen über eine aktive Beteiligung an den Be-

ratungsleistungen durch Institutionen in der Romandie. Um ausreichend Grundlagen für eine aussagekräftige Evaluation zu haben, wird die Pilotphase um ein Jahr bis 2016 verlängert. Bei positiven Erfahrungen und Ergebnissen der Evaluation geht Safe Zone 2016 unter der Leitung des BAG in den regulären Betrieb über. Um eine konstante und allenfalls wachsende Plattform betreiben zu können, braucht es allerdings auch in Zukunft nicht nur finanzielle Ressourcen, sondern auch die Bereitschaft von weiteren Suchtfachstellen, sich am Projekt aktiv zu beteiligen

Link: www.safezone.ch

Kontakt: Salomé Steinle, Sektion Drogen, salome.steinle@bag.admin.ch

Globale Überwachung der Entwicklung der HIV/Aids-Epidemie

UNGASS-Bericht. Für 2015 berufen die Vereinten Nationen eine internationale Konferenz ein, um die Fortschritte der Umsetzung der Millenniumsziele im Kampf gegen HIV/Aids zu überprüfen und zu entscheiden, was nach 2015 zu tun ist. In dem dafür etablierten Monitoringsystem werden auch die Resultate aus der Schweiz erfasst.

2001 trafen sich in New York die Staats- und Regierungsvertreter für die Sondersitzung der Generalversammlung der Vereinten Nationen (UNGASS) zu HIV/Aids. Es ging um die Konkretisierung der Millennium Development Goals (MDGs) bezüglich HIV/Aids, die am Millenniumsgipfel im September 2000 in New York verabschiedet wurden. Der Deklaration von 2001 folgten zwei weitere in den Jahren 2006 und 2011. Diese ergänzten und aktualisierten die Ziele der ersten Deklaration, insbesondere sollte der allgemeine Zugang zu HIV-Prävention, Behandlung, Betreuung und Unterstützung erheblich intensiviert werden.

Für 2015 berufen die Vereinten Nationen nun eine internationale Konferenz ein, um die Fortschritte der Umsetzung

der MDG zu überprüfen und zu entscheiden, was nach 2015 zu tun ist. Zu diesem Zweck wurde ein Monitoringprozess implementiert. In Bezug auf die Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen Krankheiten (MDG-6) wurde dieser Prozess der Organisation UNAIDS anvertraut, die nun alle zwei Jahre länderspezifisch eine Reihe von Daten erhebt und auswertet, um einen globalen Bericht über den Stand des Kampfes gegen HIV/Aids zu verfassen (s. Link).

Anpassung an die europäische Situation

Seit Beginn dieses Prozesses war jedoch klar, dass die für eine Region relevanten Indikatoren nicht unbedingt für die anderen gelten. Deshalb wurde nach der Erklärung von Dublin 2004 das Europäische Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC), eine Institution der Europäischen Union mit Sitz in Stockholm, mit der Durchführung eines regionalen europäischen Monitoringprozesses für alle Staaten in der Europa-Region der WHO betraut.

Die Elemente des Monitorings

Dieser doppelte Monitoringprozess umfasst sowohl quantitative Elemente mit

einer Reihe von Indikatoren, wie auch qualitative Elemente mit Fragebogen, die einerseits an die Staaten und andererseits an Vertretungen der jeweiligen Zivilgesellschaft geschickt werden. Ergänzt wird das Monitoring durch einen Bericht, der den Staaten die Möglichkeit gibt, einzelne Elemente herauszuheben, die nicht unbedingt in die Fragebögen passen. Das sind insbesondere Beispiele für «best Practices» im Bereich der Prävention. UNAIDS und das ECDC haben erhebliche Anstrengungen unternommen, um eine optimale Koordination der Indikatoren von UNGASS und von Dublin zu gewährleisten und um Doppelpurigkeiten zu vermeiden.

Die im Jahr 2012 gesammelten Ergebnisse publizierte das ECDC in einer Reihe von thematischen Berichten, zum Beispiel über die besondere Situation von Männern, die Sex mit Männern haben, von intravenös Drogenkonsumierenden, von Migrantinnen und Migranten, von Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern, von Strafgefangenen, etc. Diese Berichte werden begleitet von kurz zusammengefassten «evidence brief» und sind online verfügbar (siehe Link unten).

Der Beitrag der Schweiz

Die Schweiz beteiligt sich seit Beginn an diesem Monitoringsystem. Die aufeinander folgenden Berichte, ergeben einen guten Überblick über die Entwicklung der Situation der Aids-Epidemie in unserem Land, sowie der Schweizer Aktionen darauf. Sie streichen die «best Practices» und die erfolgreichsten Erfahrungen auf dem Gebiet der Prävention heraus, mit einem Fokus auf die innovativsten Projekte, aber beschreiben auch die Herausforderungen, denen wir in der Schweiz noch gegenüberstehen. Diese Berichte sind ebenfalls online verfügbar (siehe Link unten).

- UN-Deklarationen: www.unaids.org/fr/aboutunaids/unitednationsdeclarationsandgoals
- Berichte über den Kampf gegen AIDS (2012): www.unaids.org/fr/dataanalysis
- ECDC-Berichte: ecdc.europa.eu/en/activities/diseaseprogrammes/hash/Pages/monitoring-dublin-declaration.aspx
- Schweizer Berichte: www.bag.admin.ch/hiv_aids > Internationales

Kontakt: Luciano Ruggia, Sektion Prävention und Promotion, luciano.ruggia@bag.admin.ch

«Natürlich gibt es nach dem Essen Espresso anstatt Café crème.»

Fünf Fragen an Philipp Kämpfer. Im Altersheim Domicil Schwabgut in der Stadt Bern finden betagte Menschen, die aus Italien stammen, ein Zuhause, wo ihre Sprache gesprochen und ihre Kultur gelebt wird. Geschäftsleiter Philipp Kämpfer schildert die Entstehung und die Besonderheiten dieses aussergewöhnlichen Angebotes.



Seit acht Jahren gibt es im Alterszentrum Domicil Schwabgut eine mediterrane Hausgemeinschaft. Wie kam es dazu, welcher Prozess war für die Lancierung des Projektes nötig und für wen ist dieses Angebot?

Das Projekt wurde von einer Dachorganisation von rund 40 Vereinen für italienische Migrantinnen und Migranten lanciert, dem Comitato Cittadino d'Intesa Di Berna e Regione. Diese liess eine Studie durchführen, die den Bedarf nach einem speziellen Angebot für ältere Italienerinnen und Italiener nachwies. Das war die Initialzündung für den Bau einer mediterranen Hausgemeinschaft, die 2007 im Domicil Schwabgut eröffnet wurde.

Das Angebot richtet sich an Menschen mit italienischer Muttersprache. Es gibt Bewohnerinnen und Bewohner, die nie Deutsch gelernt haben. Andererseits tritt bei einer Demenz der «Lebensabschnitt Schweiz» in den Hintergrund und damit geht oft auch die deutsche

Sprache verloren. Es bleibt «nur» noch die Muttersprache zum Kommunizieren. In beiden Fällen ist es für Angehörige beruhigend zu wissen, dass ihre Eltern in ihrer Muttersprache verstanden werden.

Also leben in der Hausgemeinschaft Menschen, die ursprünglich aus Italien stammen. Wie wird der «Sonderzug» einer italienischen Hausgemeinschaft in Ihrer Institution aufgenommen? Und besteht nicht auch die Gefahr, ein «Ghetto» für Angehörige bestimmter Migrationsgruppen zu schaffen?

Wir stossen nach wie vor mit der mediterranen Hausgemeinschaft auf ein sehr positives Echo. Es wird allgemein als wertschätzend empfunden, dass Domicil ein Angebot für betagte Italienerinnen und Italiener anbietet, von denen es viele in ihren Anfangsjahren in der Schweiz nicht immer leicht hatten.

Die mediterrane Hausgemeinschaft ist auf gar keinen Fall ein Ghetto. Es wäre ein Ghetto, wenn man ein Haus ausschliesslich für Italiener bauen würde. Unsere Bewohnerinnen und Bewohner leben in einer von 11 Hausgemeinschaften. Sie haben die Möglichkeit, sich mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern an gemeinsamen Anlässen in den öffentlichen Räumen zu treffen. Wenn

man Lust darauf hat, dann ist Integration möglich.

Sie versuchen, mit verschiedenen Massnahmen Identität zu stiften. Können Sie uns schildern, was das im Einzelnen bedeutet?

Das zentrale Identität stiftende Element ist die italienische Sprache. Im Wohnzimmer hat die Marienstatue ihren festen Platz und wurde vom italienischen Priester geweiht. Gekocht wird italienische Küche und natürlich gibt es nach dem Essen Espresso anstatt Café crème. Und nicht zuletzt sind die Beziehungen untereinander anders. Der Umgang ist südländischer, es kommt zu mehr Körperkontakt, und Angehörige sind untereinander besser vernetzt. Mitarbeitende mit italienischen Wurzeln sind mit diesen Sitten und Gebräuchen in der Regel vertrauter als wir Deutschschweizer.

Das «Normalitätsprinzip» hat einen hohen Stellenwert im Domicil Schwabgut. Was bedeutet «Normalität» konkret im Alltag?

Individualität und Selbstständigkeit sind uns wichtig. Unsere Bewohnerinnen und Bewohner leben in einzelnen Hausgemeinschaften mit 10 bis 12 Einzelzimmern, die mit eigenen Möbeln eingerichtet sind. Wir gestalten den All-

tag angelehnt an die Gewohnheiten in einer Grossfamilie. Im Zentrum steht die gemeinsame Wohn- und Essküche. Bewohnerinnen und Bewohner können beim Zubereiten von Mahlzeiten helfen oder auch einfach nur zuschauen. Ganz generell am Leben Anteil nehmen. Das ist aber freiwillig. Es steht unseren Bewohnerinnen und Bewohnern immer offen, sich in ihre Zimmer zurückzuziehen, wenn ihnen das lieber ist.

Ihr Modell hat Vorbildcharakter. Wie gross ist das Interesse aus anderen Städten, oder aus dem Ausland?

Wenn sich jemand mit Migration und Alter beschäftigt, dann kommt er früher oder später auf uns. Während der Eröffnungsphase war das Interesse aus Italien und anderen europäischen Ländern sehr gross. Wir hatten sogar ein italienisches Fernseheteam im Haus. Das Modell richtet sich aber an eine erste Einwanderergeneration. Deshalb sind wir laufend am Überprüfen, ob unser Angebot noch einem Bedürfnis entspricht. Und wer weiss, vielleicht eröffnen wir irgendwann eine Hausgemeinschaft für Einwanderinnen und Einwanderer aus einem anderen Land.



Online-Weiterbildung für Gesundheitsfachleute

Migration und Gesundheit. Bei der medizinischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund kommt es oft zu Verständigungsschwierigkeiten. Mit dem neuen E-Learning «Interaktion und Qualität» des Bundesamts für Gesundheit können Gesundheitsfachleute ihre Kenntnisse und Kompetenzen verbessern.

Das durch das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannte Weiterbildungsangebot steht auf www.elearning-iq.ch kostenlos auf Deutsch, Französisch oder Italienisch zur Verfügung.

Drei Lehrgänge

Das Angebot umfasst drei interaktive

Lehrgänge für drei verschiedene Berufsgruppen: Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen sowie Gesundheitsdienste und Empfangspersonal. Diese Berufsgruppen waren auch an der Erarbeitung der Lehrgänge beteiligt. Diese beinhalten didaktische Filme, Reflexionsübungen, Szenen aus konkreten Fallbeispielen sowie Hinweise auf nützliche Informationsquellen und Dienstleistungen. Ziel ist das Vermitteln von Fachwissen, um

- die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz besser zu begreifen,
- Verständigungsschwierigkeiten durch den Einsatz von Dolmetschdiensten abzubauen,
- soziale Einflussfaktoren bei der Behandlung und Pflege zu berücksichtigen,

– die Sicht des Patienten oder der Patientin auf die eigene Krankheit in die Behandlung und Pflege einzubeziehen.

Ärzte-Lehrgang mit SIWF-Credits

Der Lehrgang für Ärztinnen und Ärzte besteht zum Beispiel aus drei Kapiteln. «Herausforderung Diversität» informiert anhand von Forschungsergebnissen über die gesundheitliche Lage der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und zeigt auf, mit welchen Problemen Ärztinnen und Ärzte im Gesundheitswesen rechnen müssen. Im Kapitel «Verständigung optimieren» wird erläutert, weshalb eine gute Verständigung mit Patientinnen und Patienten wichtig ist, welche Dolmetschangebote es gibt und wo passende Dolmetschende zu finden sind. Zudem wird erklärt, wie die Zu-

sammenarbeit mit Dolmetschenden im Alltag funktioniert. Das dritte Kapitel «Patientenzentriert handeln» zeigt, welche Determinanten die Gesundheit beeinflussen. Es verdeutlicht dies anhand von zwei Fallbeispielen. Zudem kommt zur Sprache, welche Bedeutung die Sicht der Patientinnen und Patienten für den Behandlungserfolg hat. Ärztinnen und Ärzte können ihr erworbenes Wissen abschliessend prüfen und erhalten bei erfolgreichem Test drei Fortbildungscredits des SIWF.

Link: www.elearning-iq.ch

Kontakt: Serge Houmard,
Nationales Programm Migration
und Gesundheit,
serge.houmard@bag.admin.ch

Publikationen

Titel	Inhalt/Umfang	Bezugsquelle
Dolmetschen im Gesundheitswesen der Niederlande	Dieser Bericht beleuchtet das Dolmetschen im niederländischen Gesundheitswesen und erläutert die Erfolgsfaktoren des Telefondolmetschens.	www.miges.admin.ch > Interkulturelles Dolmetschen
Beratung von Migrantinnen und Migranten zu sexueller und reproduktiver Gesundheit	Ein Leitfaden von Sexuelle Gesundheit Schweiz unterstützt Fachleute bei der Beratung von Migrantinnen und Migranten zum Thema sexuelle und reproduktive Gesundheit und gibt Anregungen, wie die Fachstellen den Zugang zu ihren Angeboten erleichtern können.	www.sante-sexuelle.ch > Shop > Für Fachpersonen

Agenda

Datum/Ort – Titel	Kurzbeschreibung	Kontaktadresse
29. Oktober 2014 Volkshaus Zürich Kooperation in der Suchthilfe Optimale Versorgung suchtkranker Menschen	Sucht ist eine komplexe Krankheit, die nicht nur das Individuum betrifft, sondern auch dessen gesamtes Umfeld und die Gesellschaft. Für die optimale Behandlung Abhängigkeitserkrankter sind deshalb nicht einzelne Akteure der Suchthilfe gefordert, sondern ein Zusammenspiel aller Beteiligten aus der Suchthilfe und weiteren Gesundheits- und Versorgungsbereichen. Bei deren Koordination und Kooperation besteht heute aber aus vielfältigen Gründen ein grosses Optimierungspotenzial. Aus diesem Grund lädt der Fachverband Sucht zur Fachtagung «Kooperation in der Suchthilfe. Optimale Versorgung suchtkranker Menschen» ein. Zielgruppen der Fachtagung sind alle Akteure aus der Suchtprävention und Suchthilfe. Die Fachtagung weist wichtige Schnittstellen zur nationalen Strategie Sucht auf, die das Bundesamt für Gesundheit derzeit erarbeitet. Die Resultate der Workshops und der Diskussionen werden in diesen Erarbeitungsprozess einfließen und somit weit über die Fachtagung hinaus konkrete Verwendung finden.	www.fachverbandsucht.ch
6. November 2014, RADIX Zentralschweiz Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und (Sucht-)Prävention	Die Informationsveranstaltung richtet sich an Mitarbeitende und Führungskräfte (Qualitätsverantwortliche) von Institutionen der Gesundheitsförderung und (Sucht-)Prävention, die sich für die Möglichkeiten der Qualitätsentwicklung interessieren resp. die eine Einführung des Moduls X des QuaTheDA-Referenzsystems planen.	www.infodrog.ch > Themen > Qualität > Gesundheitsförderung und Prävention
11. November 2014, Kursaal Bern 6. Jahreskonferenz actionsanté	Die 6. Jahreskonferenz von actionsanté findet in den Räumlichkeiten des Kursaals Bern statt. Neben spannenden Referaten aus Wirtschaft, Politik und Wissenschaft zur Förderung eines gesunden Lebensstils werden Sie die Gelegenheit haben, sich in Vertiefungssessionen mit den Referentinnen und Referenten sowie dem Publikum auszutauschen und wertvolle Anregungen für Ihre eigene Arbeit zu gewinnen. actionsanté ist eine Initiative des Bundesamts für Gesundheit (BAG) im Rahmen des Nationalen Programms Ernährung und Bewegung (NPEB) zur Förderung eines gesunden Lebensstils in Zusammenarbeit mit der Privatwirtschaft.	www.actionsante.ch

Kontakte

Sektionen, Fachstellen	Telefon	Sektionen, Fachstellen	Telefon
Sektion Alkohol	031 323 87 86	Sektion Grundlagen (Nationale Präventionsprogramme)	031 323 87 93
Sektion Tabak	031 323 20 43	Sektion Kampagnen	031 323 87 79
Sektion Drogen	031 323 87 13	Sektion Ernährung und Bewegung	031 323 87 55
Sektion Prävention und Promotion (Übertragbare Krankheiten)	031 323 88 11	Nationales Programm Migration und Gesundheit	031 323 30 15
bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz	031 322 62 26		

spectra online: www.spectra.bag.admin.ch

Impressum • spectra Nr. 106, September 2014

«spectra – Gesundheitsförderung und Prävention» ist eine Informationsschrift des Bundesamts für Gesundheit und erscheint sechs Mal jährlich in deutscher, französischer und englischer Sprache. Sie bietet in Interviews und in der Rubrik «Forum» auch Raum für Meinungen, die sich nicht mit der offiziellen Haltung des Bundesamts für Gesundheit decken.

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern, Tel. 031 323 87 79, Fax 031 324 90 33, www.bag.admin.ch
Realisation: Pressebüro Ch. Hoigné, Allmendstrasse 24, 3014 Bern, christoph.hoigne@la-cappella.ch
Leitung Redaktionskommission: Adrian Kammer, adrian.kammer@bag.admin.ch

Textbeiträge: Mitarbeitende des BAG, Christoph Hoigné, weitere Autoren
Fotos: BAG, Christoph Hoigné, Adrian Moser, iStockphoto
Layout: Lebrecht typ-o-grafik, 3006 Bern
Druck: Bütetiger AG, 4562 Biberist
Auflage: 6400 Ex. deutsch, 3400 Ex. franz., 1050 Ex. engl.

Einzelexemplare und Gratisabonnemente von «spectra» können bestellt werden bei:
GEWA, Alpenstrasse 58, Postfach, 3052 Zollikofen
Telefon 031 919 13 13, Fax 031 919 13 14
service@gewa.ch

Die nächste Ausgabe erscheint im November 2014.

Gratis-Abo

Bitte senden Sie mir folgende Exemplare von «spectra»:

Anzahl
 Deutsch
 Französisch
 Englisch

Bitte senden Sie «spectra» an folgende Adresse:

Name

Vorname

Adresse

Ort

Bestelladresse:
GEWA, Alpenstrasse 58
Postfach, 3052 Zollikofen
Telefon 031 919 13 13
Fax 031 919 13 14

Grippe: erhöhtes Risiko bei über 65-Jährigen

Grippeimpfung. Die Grippe kann insbesondere bei Menschen mit erhöhten Komplikationsrisiken schwerwiegende Folgen haben. Davon betroffen sind auch Personen ab 65 Jahren. Von den bis zu 1500 jährlichen grippebedingten Todesfällen in der Schweiz entfallen 90% auf ältere Menschen. Eine jährliche Grippeimpfung von Seniorinnen und Senioren und ihres nahen Umfelds bietet Schutz.

Insgesamt suchen in der Schweiz jährlich 100 000 bis 250 000 Personen wegen grippeähnlicher Symptome eine Ärztin oder einen Arzt auf. Rund 10% dieser Patientinnen und Patienten sind 60-jährig oder älter. Bei etwa 5% der erfassten Personen wird eine Lungenentzündung diagnostiziert. Bei älteren Menschen macht dieser Anteil knapp 16% aus. Jedes Jahr werden 1000 bis 5000 Menschen aufgrund einer Grippeerkrankung oder deren Folgen ins Spital eingewiesen. Auch hier ist der Anteil der älteren Generation überproportional hoch. Bis zu 1500 Personen sterben jedes Jahr an der Grippe. Seniorinnen und Senioren machen 90% dieser Todesfälle aus. Oft geht zudem vergessen, dass eine Grippeerkrankung zwar auch im höheren Lebensalter überwunden wird, aber zum Verlust der Selbstständigkeit führen kann.

Grippe oder Erkältung?

Die Grippe – im Fachjargon «Influenza» genannt – zeichnet sich meist durch den abrupten Ausbruch von Symptomen wie Fieber, Muskel-, Gelenk- und Kopf-

schmerzen, Unwohlsein, Schwäche und trockenen Husten aus. Gerade bei älteren Menschen tritt das Fieber bei einer Influenzaerkrankung manchmal aber nur schwach oder gar nicht auf, was es erschweren kann, die Krankheit zu erkennen.

Ähnlich sehen die Symptome einer durch andere Viren verursachten Erkältung aus. Wie unterscheidet man also eine «echte» Grippe von einer Erkältung? Dies ist nur mit labor diagnostischen Methoden möglich. Die klinische Diagnose ist selbst für den Arzt oder die Ärztin nicht immer eindeutig.

Gesunder Lebensstil ist gut, Impfung ist besser

Eine ausgewogene Ernährung, regelmäßige Bewegung, gute Hygiene und genügend Schlaf tragen in jedem Alter zur Erhaltung der Gesundheit bei und unterstützen das Immunsystem bei der Abwehr von Infekten und anderen Krankheiten. Als alleiniger Schutz vor einer Grippeerkrankung reichen diese Massnahmen jedoch nicht aus. Auch kann die Übertragung von Grippeviren auf andere Personen, insbesondere auf Personen mit erhöhten Komplikationsrisiken, so nicht verhindert werden. Nur eine rechtzeitige Grippeimpfung im Herbst kann das Risiko einer Grippeerkrankung und deren Komplikationen vermindern. Da sich das Virus oft von Jahr zu Jahr verändert, kann man nicht auf eine Immunität durch eine frühere Impfung oder eine durchgemachte Grippeerkrankung zählen. Die Grippeimpfung macht für alle Personen Sinn, die ihr Risiko für eine Grippeerkrankung



aus privaten und/oder beruflichen Gründen – z. B. Fachpersonen im Gesundheitswesen – vermindern möchten. Wer nicht sicher ist, ob eine Impfung sinnvoll wäre, kann die eigene Situation mit dem Grippeimpfcheck auf www.impfengegengrippe.ch überprüfen oder sich an einen Arzt oder eine Apotheke wenden.

Ziel: 75% Durchimpfungsrate

Das Hauptziel der jährlichen Grippeimpfung besteht im Schutz der Menschen mit erhöhten Komplikationsrisiken. Ein solcher Schutz ist dann gewährleistet, wenn sowohl die Risikogruppen wie auch deren nahe Kontaktpersonen (Familienangehörige und Pflegepersonal als Beispiele), die Grippeviren übertragen können, geimpft

sind. Da die Impfung bei jüngeren Menschen deutlich besser wirkt als bei älteren, ist es für Letztere besonders wichtig, dass ihr Umfeld durch eine Impfung geschützt ist. Die von der WHO empfohlene und vom Bundesamt für Gesundheit angestrebte Durchimpfungsrate bei den Risikopersonen liegt bei 75%. Ein Ziel, das noch lange nicht erreicht ist: Gemäss einer Studie der Universität Zürich liessen sich in der Grippesaison 2011/12 erst 42% der besonders gefährdeten Personen impfen.

Link: www.impfengegengrippe.ch

Kontakt: Nadine Eckert,
Sektion Impfprogramme
und Bekämpfungsmassnahmen,
nadine.eckert@bag.admin.ch

Demenzstrategie – erste Projekte sind lanciert

Nationale Demenzstrategie 2014–2017. Die ersten vier Projekte in den Bereichen Sensibilisierung, Diagnostik, Finanzierung und Verbesserung der Datenlage sind lanciert.

In der Schweiz leben rund 110 000 demenzkranke Menschen. Jährlich kommen etwa 25 000 Neuerkrankungen hinzu. Angesichts der immer älter werdenden Bevölkerung wird diese Zahl deutlich zunehmen. Im November 2013 haben Bund und Kantone die Nationale Demenzstrategie verabschiedet, mit dem Ziel, Betroffene und Angehörige zu unterstützen und ihre Lebensqualität zu erhalten. Am 27. Mai 2014 wurden an einer Tagung in Bern die ersten vier der insgesamt geplanten 18 Projekte lanciert:

Projekt «Sensibilisierung der Gesamtbevölkerung»

Die Bevölkerung weiss zu wenig gut über Demenzerkrankungen Bescheid. Dies zeigt eine vom Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich durchgeführte Befragung. Das Wissen über die Krankheit soll deshalb besser verbreitet

und ein vorurteilsfreier Umgang mit den Erkrankten in der Bevölkerung gefördert werden. Die Federführung des Projektes liegt bei der Schweizerischen Alzheimervereinigung.

Projekt «Diagnostik»

Eine frühzeitige Diagnose ist für die Betroffenen und deren Angehörige wichtig. Es hat sich aber gezeigt, dass weniger als die Hälfte der Menschen mit Demenz über eine entsprechende ärztliche Diagnose verfügt. Deshalb soll ein Netzwerk von Kompetenzzentren für Diagnostik aufgebaut und die Qualität der Diagnostik verbessert werden. Das Projekt wird vom Verein Swiss Memory Clinics, dem Centre Leenaards de la Mémoire, dem

Felix-Platter-Spital und der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -therapie geleitet.

Projekt «Datenlage»

In der Schweiz fehlt eine systematische Sammlung repräsentativer Daten zum Thema Demenz, insbesondere zum Versorgungsangebot. Solche Daten sind aber wichtig, um Versorgungslücken zu erkennen. Deshalb hat das Bundesamt für Gesundheit eine Machbarkeitsstudie für ein Versorgungsmonitoring in Auftrag gegeben. Dabei soll geprüft werden, wie und welche Daten zu Demenz und den Versorgungskosten erhoben werden können.

Projekt «Finanzierung»

Im Teilprojekt Finanzierung prüft die Gesundheitsdirektorenkonferenz, ob die Versorgungsangebote für demenzkranke Menschen in den bestehenden Finanzierungssystemen angemessen abgebildet und so abgegolten werden, dass die betroffenen Personen und ihre Angehörigen gut versorgt werden können. In einem ersten Schritt soll die Finanzierung der ambulanten Angebote und der Angebote zur Entlastung von Angehörigen, zum Beispiel Tagesstätten, untersucht werden.

2014 sollen drei weitere Projekte lanciert werden: die Verankerung ethischer Leitlinien, die Weiterentwicklung von Empfehlungen für die Früherkennung, Diagnostik und Behandlung sowie die Abbildung und angemessene Abgeltung von medizinischen und Pflegeleistungen.

Link: www.bag.admin.ch > Themen > Gesundheitspolitik > Strategie Demenz

Kontakt: Verena Hanselmann,
Projektleiterin
«Nationale Demenzstrategie»,
verena.hanselmann@bag.admin.ch

Was bedeutet Demenz?

Demenz ist ein Überbegriff für Hirnleistungsstörungen mit unterschiedlichen Ursachen. Sie führt zum Verlust des Erinnerungs-, Orientierungs- und Kommunikationsvermögens. Die häufigste Demenzerkrankung ist Alzheimer (ca. 60%). Diese wird durch degenerative Hirnveränderungen verursacht, deren Entstehung bis heute nicht vollständig geklärt ist. Menschen mit Demenz sind mehrheitlich hochaltrige Personen und zu zwei Dritteln Frauen. Der weitaus grösste Teil der an Demenz erkrankten Menschen wird zu Hause von Angehörigen und weiteren nahestehenden Personen betreut und gepflegt.

Anreize schaffen für mehr Bewegung im Alltag

Ernährung und Bewegung. Der Gesundheitszustand der Menschen in der Schweiz wird zum grossen Teil von Faktoren ausserhalb der Gesundheitspolitik bestimmt. Solche Faktoren sind beispielsweise der Bildungsstand oder das Einkommen. Aber auch der Arbeitsplatz, das Angebot an öffentlichen Verkehrsmitteln oder die Wohnlage haben Einfluss auf das Bewegungsverhalten und damit auf die Gesundheit des Einzelnen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) unterstützt Projekte zur Förderung der Bewegung in verschiedensten Alltagsbereichen.

Nichtübertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Rückenschmerzen oder Krebs haben in hochentwickelten Ländern stark zugenommen. Übergewicht und Adipositas gehören zu den zentralen Faktoren für die Entwicklung nichtübertragbarer Krankheiten. So wissen wir, dass sich das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfällen und Diabetes Typ II mit dem Body-Mass-Index (BMI) erhöht. Dasselbe gilt für das Risiko von Brust-, Darm- und Prostatakrebs sowie von weiteren Krebserkrankungen, die von Organen ausgehen. Insgesamt steht der Faktor «Übergewicht/Adipositas» hinsichtlich des Todesrisikos in den Industrieländern an dritter Stelle. In der Schweiz sind heute rund 41% der Erwachsenen übergewichtig. In dieser Zahl enthalten sind auch jene 10%, die adipös, also fettleibig, sind. Bei den Kindern liegen die entsprechenden Anteile bei 20% beziehungsweise 5%. Als übergewichtig gilt, wer einen BMI von 25 oder mehr aufweist, von Adipositas spricht man ab einem BMI von 30.

Ein Problem mit vielen Ursachen Übergewicht und Adipositas hängen von zahlreichen Parametern ab. Einige können wir selbst beeinflussen, beispielsweise mangelnde Bewegung oder unausgewogene Ernährung. Andere wie

die Arbeitsumgebung, die Infrastruktur, die Mobilität oder die Lebensmittelindustrie sind Umfeldbezogen. Angesichts der zahlreichen Risikofaktoren wird deutlich: Gesundheitsprobleme wie Übergewicht und Adipositas sind keine rein gesundheitspolitischen Angelegenheiten. Im Gegenteil: der Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung wird zu 60% von Faktoren ausserhalb des Gesundheitswesens bestimmt. Etwa von wirtschaftlichen, raumplanerischen oder umweltpolitischen Faktoren. Für die Prävention sind denn auch keine gesundheitspolitischen Einzellösungen gefragt, sondern so genannte multisektorale Strategien.

Projekte für gesunde Verkehrs- und Raumplanung

Ein wichtiges Handlungsfeld des BAG im Bereich Bewegungsförderung ist die Raum- und Verkehrsplanung. Diese hat einen entscheidenden Einfluss auf die Förderung der Alltagsbewegung und somit auf die Gesundheit. Das BAG unterstützt in diesem Bereich zusammen mit den Bundesämtern für Raumplanung (ARE), Verkehr (BAV), Strassen (ASTRA), Energie (BFE) und Umwelt (BAFU) bereits drei Massnahmen:

Zusammenarbeit mit dem Dienstleistungszentrum für innovative und nachhaltige Mobilität (DZM)

Das DZM unter der Federführung des ARE fördert mit jährlich 500 000 Franken Projekte u. a. zugunsten des Langsamverkehrs, also der Fortbewegung zu Fuss oder mit dem Velo. Im Rahmen des DZM hat das BAG bisher vier Projekte unterstützt, von denen die Projekte «Gemeinde bewegt» und «Mobilitätsmanagement in Wohnsiedlungen» erfolgreich abgeschlossen sind. Derzeit wird das Projekt «Reduktion von MIV-Kilometern» umgesetzt (MIV = Motorisierter Individualverkehr). 2014 wird ein Projekt für Mobilitätsmanagement in Genf unterstützt («Centre de services de mobilités dans le quartier des Champs-Frèchets»). Ziel ist es, die Bevölkerung im



regionalen und kantonalen Akteuren wird damit ein Anreiz gegeben, innovative Lösungsideen in den vom Bund gesetzten Schwerpunkten zu entwickeln und vor Ort zu erproben.

Entwicklung eines Leitfadens «Freiraumentwicklung in Agglomerationen»

Der Leitfaden «Freiraumentwicklung in Agglomerationen» gibt Gemeinden, Kantonen und Agglomerationen praktische Handlungsansätze zur optimalen Nutzung von Freiräumen in Wohn-, Arbeits- und Freizeitumgebungen in die Hand. Darin spielt die Bewegungsförderung eine wichtige Rolle. An speziellen Tagungen wurde dabei die Vielfalt von Nutzungen aufgezeigt, die bei der Sicherung und Aufwertung der Freiraumentwicklung eine Rolle spielen. Der Leitfaden ist in Deutsch, Französisch und Italienisch auf der BAG-Internetseite erhältlich.

Diese Massnahmen zeigen exemplarisch auf, wie eine multisektorale Zusammenarbeit funktionieren kann, um Synergien zu nutzen und Gesundheitsanliegen in verschiedenen Politikbereichen zu verankern.

Links:

- www.bag.admin.ch > Themen > Ernährung und Bewegung
- DZM: www.are.admin.ch > Dienstleistungen > Dienstleistungszentrum für innovative Mobilität UVEK
- Modellvorhaben: www.modellvorhaben.ch
- Leitfaden Freiraumentwicklung in Agglomerationen: www.bag.admin.ch > Themen > Ernährung und Bewegung > Alltagsbewegung > Multisektoraler Ansatz > Freiraumentwicklung in Agglomerationen

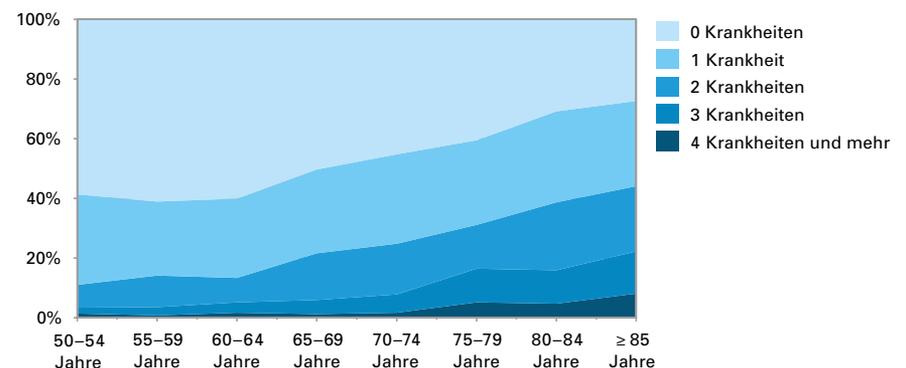
Kontakt: Gisèle Jungo, Sektion Ernährung und Bewegung, gisele.jungo@bag.admin.ch

Quartier durch Sensibilisierung und eine adäquate Infrastruktur dazu zu bringen, dass sie vom Auto auf den Langsamverkehr umsteigen.

Unterstützung des Modellvorhabens Nachhaltige Raumentwicklung Das Modellvorhaben Nachhaltige Raumentwicklung – ebenfalls unter der Federführung des ARE – fördert mit dem Schwerpunkt Freiraumentwicklung in Agglomerationen u. a. bewegungsfreundliche Pilotprojekte. Derzeit werden neun Freiraumprojekte unterstützt. Mit den Modellvorhaben fördert der Bund innovative Ansätze und Methoden in der Raumplanung. Lokalen,

Infografik

Zahl der chronischen Krankheiten nach Altersklasse Personen ab 50 Jahren, N=3627



Quelle: SHARE 2010–2011, Auswertung Obsan

© Obsan

Gesucht: Wirksame kommunale Programme der Gesundheitsförderung und Prävention

Ausschreibung Preis 2015 «Gesunde Gemeinde» – «Gesunde Stadt»

Zum zweiten Mal wird 2015 ein nationaler Preis «Gesunde Gemeinde» bzw. «Gesunde Stadt» vergeben. Der Preis versteht sich als Anreiz für vorbildliche Konzepte gemeindlicher und städtischer Gesundheitsförderung und Prävention sowie als Anerkennung für beispielhafte und multiplizierbare kommunale Programme und Massnahmen. Mit Preisverleihung sowie Dokumentation werden nachahmenswerte Beispiele landesweit bekannt gemacht und gewürdigt.

Einreichfrist: Montag, 12. Januar 2015, Preisverleihung: Donnerstag, 11. Juni 2015 Der Preis wird von folgenden Organisationen getragen:

- Bundesamt für Gesundheit
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
- Gesundheitsförderung Schweiz
- Schweizerischer Gemeindeverband
- Schweizerischer Städteverband
- RADIX Schweizerische Gesundheitsstiftung

Ausschreibung: www.gesunde-gemeinde.ch