

# spectra



## Ära Thomas Zeltner

### 5 Besser essen, mehr bewegen

Ein gesunder Lebensstil ist nicht nur eine Frage der Selbstdisziplin, sondern auch eine Frage der Umwelt und des Angebots. «actionsanté», eine Initiative im Rahmen des Nationalen Programms Ernährung und Bewegung, setzt diese Erkenntnis in Aktion um und versucht, Unternehmen und Institutionen zu gesundheitsfördernden Massnahmen zu bewegen. Mit einem Erfolg – wie die Jahreskonferenz von «actionsanté» vom 9. November 2009 gezeigt hat. «spectra» war dabei.

### 5 Evaluation der Schweizer HIV/Aids-Politik

Wie lassen sich HIV-Infektionen weiter vermindern? Wie kann das Testverhalten verbessert und können die HIV-Behandlungen erfolgreicher gestaltet werden? Und wo stecken brachliegende Potenziale in der Schweizer HIV/Aids-Prävention? Der Evaluationsbericht eines internationalen Expertenpanels rund um den Berliner Präventionsspezialisten Prof. Dr. Rolf Rosenbrock gibt Antworten auf diese Fragen – und schafft damit eine Basis für das Nationale HIV/STI-Präventionsprogramm 2011–2015.

### 6 Interview mit Thomas Zeltner

Vor 19 Jahren hat der Arzt und Jurist Thomas Zeltner die Leitung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) übernommen. Seither hat sich in der Schweiz einiges verändert: Die offenen Drogenszenen sind verschwunden, die HIV/Aids-Epidemie wurde gebremst, das Nichtrauchen ist zur Normalität geworden und die Schweizer Bevölkerung ist gesünder denn je. Kurz vor seinem Rücktritt als Amtsdirektor spricht der öfter als «Gesundheitstaliban» geschmähte Public-Health-Spezialist mit «spectra» über 20 bewegte Jahre in der Gesundheits- und Präventionspolitik.



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**

# Montag, 9. November 2009 – ein Tag im Leben von Thomas Zeltner,



8.12 Uhr: Aktenstudium vor der Tagung



8.18 Uhr: ein schneller Kaffee im Hotel Bern, bevor die Tagung zu «actionsanté» beginnt



11.55 Uhr: als eloquerter Redner



12.10 Uhr: Abschiedsgeschenke



12.45 Uhr: ein kurzer Imbiss



13.05 Uhr: die gesunde Alternative



10.17 Uhr: aufmerksamer Zuhörer



8.42 Uhr: Live-Interview am Telefon mit Radio Suisse Romande über «actionsanté»



11.14 Uhr: Gedankenaustausch mit Franz Wyss, Generalsekretär der GDK

# Direktor des Bundesamts für Gesundheit



12.20 Uhr: fröhlicher Small Talk mit Nachfolger Pascal Strupler



13.10 Uhr: ein Präsent für Robert Madelin (Europ. Komm.)



15.53 Uhr: umringt von Mikrofonen und Kameras nach der Pressekonferenz zur Grippe-Pandemie im Medienzentrum des Bundeshauses



15.03 Uhr: versierter Dirigent im Umgang mit Fotografen und Journalistinnen



14.52 Uhr: kurzer Blick auf die Schlagzeilen



16.15 Uhr: Dossiersicher bis zum Schluss

## Aus erster Hand

19 Jahre lang stand Thomas Zeltner an der Spitze des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Sein Einsatz für die Gesundheitsförderung und Prävention wird in verschiedenen Beiträgen in dieser Ausgabe beleuchtet. Ich durfte während 17 Jahren in verschiedenen Themen mehr oder weniger eng mit ihm zusammenarbeiten. Sein grosses Wissen und seine Eloquenz haben mich immer wieder erstaunt. Mit grossem Engagement und grosser Lust hat er sich neuen Herausforderungen gestellt. Einige seiner Ziele wurden inzwischen erreicht (Drogenpolitik, Tabak usw.). Für weitere Anliegen hat er uns den Weg gewiesen, sei es in der gerechten Verteilung des Gutes Gesundheit in der Bevölkerung oder in der nachhaltigen Entwicklung. So hat er einmal die Idee der Nachhaltigkeit mit den Ideen der Französischen Revolution verglichen und gemeint, dass jede grosse Idee eine lange Zeit brauche, um sich in der Welt durchzusetzen, und seine Sorge war, ob die Menschen noch genügend Zeit zur Realisierung der nachhaltigen Entwicklung hätten.

Thomas Zeltner hat es verstanden, dem ständig wachsenden Amt ein modernes Management zu verpassen. Oft habe ich an Weiterbildungskursen Kolleginnen und Kollegen aus anderen Bundesämtern zum Staunen gebracht, wenn ich ihnen über unsere Instrumente erzählt habe. Was für uns normal war, war für sie totales Neuland.

Neben aller fachlichen und politischen Arbeit hat Thomas Zeltner die Menschen, die mit ihm und für das BAG arbeiten, nicht vergessen. Er hat sich für seine Mitarbeiter interessiert. Er kannte den grössten Teil von ihnen beim Namen und wusste, wo und was sie arbeiteten. Er hat trotz seiner grossen zeitlichen Belastung immer wieder Zeit für die Nöte der Menschen gefunden.

Dafür und nicht nur für seine hohen fachlichen Qualitäten wurde er von den meisten von uns sehr geschätzt. Vor zehn Jahren hat er die Wahl zum Regionaldirektor der WHO Europa knapp nicht geschafft. Er hat das anschliessend bei seinem Rückblick im Rahmen des BAG-Forums vor dem gesamten Amt auch als seinen grössten Flop des vergangenen Jahres bezeichnet. In der anschliessenden Fragerunde meldete sich ein Mitarbeiter zu Wort und sagte: «Herr Direktor, für Sie war die Nichtwahl ein Flop, für uns war es aber das Topereignis, weil Sie uns erhalten blieben.» Der Applaus gab ihm recht und zeigte deutlich den Respekt und die Zuneigung der Mitarbeitenden. Wir werden ihn und seine menschliche Art vermissen!



Ursula Ulrich  
Abteilungsleiterin Multisektorale Projekte  
Bundesamt für Gesundheit

# Statements von Thomas Zeltners Weggefährtinnen und Weggefährten

## Ausgezeichneter Repräsentant der Schweiz

«Vor ein paar Jahren war ich mit Thomas Zeltner an einer Konferenz über Drogenpolitik in London. Er sagte mir damals, dass der Besuch einer Schweizer Delegation im Jahre 1990 an meinem damaligen Arbeitsort in Liverpool die Einführung der Schadensminderungspolitik in der Schweiz stark beeinflusst habe. Ich pflegte immer zu sagen, dass die Schweiz, falls sie die Schadensminderung einführt, ein Best-Practice-Beispiel liefern würde. Ich glaube, die Geschichte hat mir recht gegeben. Thomas Zeltner war ein grossartiger Verfechter und Anführer dieser Entwicklung, und er hat die Schweiz auf der internationalen Bühne ausgezeichnet vertreten.»



Prof. Pat O'Hare,  
Ehrenpräsident der  
International Harm  
Reduction Association  
(IHRA), Vorsitzender  
von HIT, Liverpool  
Professor für Drogen-  
konsum und Drogensucht an der John  
Moores Universität, Liverpool

## Engagierter Nomade zwischen den Welten

«Ob in Politik, Gesellschaft oder Praxis, ob in Fixerräumen, Hanfläden oder auf dem Monte Verità anlässlich der Suchtakademie der Expertengruppe Weiterbildung Sucht, der Spagat zwischen den Welten gelang ihm immer wieder neu. Sein Ringen um Kohärenz und Integration zeichnete ihn als agilen und beharrlichen Amtsleiter mit einem modernen Verständnis der schweizerischen Gesundheits- und Suchtpolitik aus. Er verkörpert für mich den engagierten Nomaden zwischen den Welten. Er war eine weitsichtige und positive Leitfigur und ein verlässlicher Partner im dynamischen Suchtfeld. Für seinen unermüdlichen Einsatz danke ich ihm herzlich.»



Jakob Huber,  
Präsident EWS  
und Geschäftsleiter  
Contact Netz

## Eine echte Public-Health-Persönlichkeit

«Thomas Zeltner wurde oft als Gesundheitstaliban tituliert. Eine völlige Fehleinschätzung! Denn Thomas Zeltner ist ganz im Gegenteil eine echte Public-Health-Persönlichkeit. Im Zentrum seines Wirkens stand der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Gesellschaft. Dazu gehören auch regulatorische Massnahmen, etwa im Bereich Passivrauchen. Insgesamt hat sich Thomas Zeltner mit einem hohen Mass an Engagement, aber auch mit Gespür für das Machbare entscheidend um die Entwicklung von Public Health in der Schweiz verdient gemacht.»



Prof. Dr. med.  
Felix Gutzwiller,  
Ständerat und  
Direktor des Instituts  
für Sozial- und  
Präventivmedizin der  
Universität Zürich

## Dank und Anerkennung

«Zahllose Begegnungen mit Thomas Zeltner als Direktor des BAG sind mir in bester Erinnerung. Diese fanden meist im Zusammenhang mit Projekten und Anliegen statt. Einen Schub an intensiver Kooperation gab es bei der ärztlich kontrollierten Heroinverschreibung. Noch nie hatte ich erlebt, dass ein Amtsdirektor sich derart aktiv und verantwort-

tungsvoll während Jahren um ein einzelnes Projekt kümmert. Sein Einsatz war Garant für das Gelingen und für die schrittweise Akzeptanz dieser innovativen Therapie. Seine zugleich kritische und kreative Intelligenz und sein Humor machten auch arbeitsreiche Anlässe zum Vergnügen. Es entstand ein herzliches und vertrauensvolles Verhältnis, das ich

bis heute dankbar als Freundschaft empfinde.»



Prof. Dr. med. et phil.  
Ambros Uchtenhagen,  
Vorsitzender der  
Stiftung für Sucht-  
und Gesundheits-  
forschung an der  
Universität Zürich

## Forum

### 333 Schritte vorwärts und 13 zurück

Genau habe ich nicht gezählt und kategorisiert. Die Relation dürfte grob stimmen bei den wichtigen Geschäften, die unter der Leitung von Thomas Zeltner durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention unternommen wurden. Das ist ein Erfolg, ganz besonders angesichts der Widersprüchlichkeiten, die eher selten im eigenen Haus, gelegentlich im Innenministerium, manchmal in der übrigen Bundesverwaltung, sehr häufig im Parlament, fast so häufig in den Kantonen und beinahe ständig bei den meisten übrigen Ko-Akteuren anzutreffen waren.

Thomas Zeltner konnte darauf aufbauen, dass sein Vorgänger Beat Roos bereits ein grosses Engagement an den Tag gelegt hatte: Mit der Entwicklung eines als weltweit vorbildlich anerkannten Aids-Präventionsprogramms, der Sondierung neuer Wege in der Drogenpolitik, den Anstrengungen bei Impfprogrammen und der Anknüpfung an Konzepte und Programme der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Die Anstrengungen im Drogenbereich und bezüglich der HIV/Aids-Problematik konnten trotz spürbaren Budgetrestriktionen einigermassen erfolgreich weiterentwickelt oder zumindest gehalten werden. Das bewährte Viersäulenmodell der Drogenpolitik konnte in der Volksabstimmung vom 30. November 2008 auf Gesetzesebene abgesichert werden. Darin enthalten ist die heroingestützte Behandlung von Schwerstüchtigen, die durch das BAG und Thomas Zeltner zum international anerkannten Erfolg entwickelt wurde.

Mit den Mehrjahres-Präventionsprogrammen zu Tabakkonsum, Alkoholmissbrauch sowie Ernährung und Bewegung wurden die betreffenden Tätigkeitsenschwerpunkte klarer gesetzt, Orientierungshilfen für die kantonalen sowie privaten Akteure geboten, die Zusammenarbeit mit diesen verstärkt und neue Aktionsfelder (Beispiel «actionsanté») getestet. Erwähnt seien auch die Aktivitäten zu den Themen «Migration» und «Gender Health». Beim Thema «Gesundheit und Umwelt» hingegen reichte der Atem des BAG nicht sehr weit. Zu den Verdiensten des BAG und seines

Direktors gehören auch die Beiträge der Schweiz zum erfolgreichen Abschluss der WHO-Tabakkonvention einerseits und der Internationalen Gesundheitsvorschriften sowie deren Umsetzung (Epidemiengesetz, Pandemieplanung) anderseits. Bei den meisten Themen kamen europapolitische Problemstellungen hinzu, besonders bei Alkohol und Tabak, aber auch bei Heilmitteln, Lebensmitteln, Gebrauchsgegenständen und Chemikalien.

Offen blieben die Wünsche nach einer vermehrt themenübergreifenden Koordination von Programmen, Kampagnen und Informationsmaterialien im Präventionsbereich. Trotz wertvollen, vom BAG veranlassten oder unterstützten Analysen gelang es zudem bisher nicht, die Konzeption einer umfassenden Suchtpolitik auf der politischen Ebene adäquat zu platzieren. Das ab 1999 laufende Projekt «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz» und der 2003 eingerichtete Dialog zwischen Bund und Kantonen schufen Raum für eine vermehrte Orientierung der Gesundheitspolitik in Richtung Gesundheitsförderung und Prävention. Mit

## Charmant und intelligent

«In den frühen 1990er-Jahren löste Thomas Zeltner bei mir ein Gefühl von Respekt aus, gemischt mit Furcht. Dies deshalb, weil die Präventionskampagnen, an denen ich damals mitarbeitete, seinem Urteil unterlagen. Jedoch waren wir auf derselben Wellenlänge, was die mutige Drogenpolitik traf, die er eingeführt hat. Ich erinnere mich, wie meine Kollegen Wetten in Verbindung mit dem ärztlich verschriebenen Heroin abschlossen. Wird er es wagen? Wird er einen Rückzieher machen? Er hat es gewagt!»

Und das war nicht das einzige Mal. Vor den Abstinenz- und Repressionsbefürwortern, die zweimal die Revision des Betäubungsmittelgesetzes verhindert haben, habe ich ihn als standhaft und beharrlich erlebt. Damals hatte ich in der Gesundheitskommission des Nationalrates mitgearbeitet. Ich habe festgestellt, dass dieser Mann mutig, solide und kompetent ist. Gleichzeitig ist er nahbar und warmherzig. Kurz: Er weiss Charme und Intelligenz zu verbinden.»



Anne-Catherine  
Menétrey-Savary,  
Psychologin,  
alt Nationalrätin  
und ehemalige  
Präventionsbeauftragte  
der Schweizerischen

Fachstelle für Alkohol- und andere  
Drogenprobleme SFA-ISPA



Franz Wyss,  
Zentralsekretär der Schweizerischen  
Konferenz der kantonalen Gesundheits-  
direktorinnen und -direktoren (GDK)

## «actionsanté» nimmt konkrete Formen an

**actionsanté.** Das Bundesamt für Gesundheit betritt Neuland in der Gesundheitsförderung. Mit «actionsanté», einer Initiative im Rahmen des nationalen Programms «Ernährung und Bewegung 2008–2012», soll die Wirtschaft in die Pflicht genommen werden und eine wichtige Rolle übernehmen: Sie soll Aktionen ergreifen, um den Menschen einen aktiven Lebensstil und die Wahl einer ausgewogenen Ernährung zu erleichtern.

An der Tagung vom 9. November in Bern wurde die Funktionsweise von «actionsanté» rund 100 Vertreterinnen und Vertretern von Firmen und Institutionen in den Bereichen Ernährung und körperliche Aktivität vorgestellt. Die Konferenz bot gleichzeitig eine ideale Gelegenheit für alle Teilnehmenden, neue Kontakte zu knüpfen, Erfahrungen auszutauschen und mögliche Synergien mit Beteiligten auf verschiedenen wirtschaftlichen, politischen und institutionellen Ebenen auszuloten. Die Anwesenheit von Robert Madelin, dem Generaldirektor der GD Gesundheit und Verbraucher der Europäischen Kommission erlaubte es, eine Brücke zu den Aktivitäten im Rahmen der europäischen Aktionsplattform «Ernährung und Bewegung» zu schlagen. economiesuisse, die Föderation der Schweizerischen Lebensmittel-Industrien (fial), die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, santésuisse und die Westschweizer Konsumentinnenorganisation haben ihre Positionen zur Gesundheitsförderung in den Bereichen Ernährung

und Bewegung dargestellt und ihre Unterstützung für «actionsanté» begründigt.

### Grossverteiler als zentrale Partner

Die beiden Grossverteiler Coop und Migros – erste Partner von «actionsanté» – haben ihre jeweiligen Aktionsversprechen vorgestellt. Coop hat zugesichert, den Salzgehalt verschiedener Brotsorten und einiger Kartoffelprodukte zu senken. Außerdem will Coop die Qualität der Fette in Fertiggerichten, Fertigsalaten und Salatsaucen optimieren sowie den Zuckergehalt im Früchtequark reduzieren. Die Migros ihrerseits will bis Ende Jahr den Salzgehalt mehrerer Brotsorten senken. An der Podiumsdiskussion, an der auch die Kopräsidentin der Jugendsession teilnahm, wurde diskutiert, wie die freiwilligen Massnahmen vorangetrieben werden können, die darauf abzielen, einen gesunden Lebensstil zu fördern. Einigkeit herrschte über die Tatsache, dass Verbraucherinnen und Verbraucher sich der Notwendigkeit bewusst sind, gesund zu essen. Aber ganz offensichtlich entspricht das Angebot diesem Bewusstsein nicht und die Selbstdisziplin ist mangelhaft. Es gilt also, die Individuen in ihrem Alltag und in der Erziehung zu unterstützen. Alle Teilnehmenden waren sich einig, dass «actionsanté» ein geeignetes Puzzleteil im Gesamtbild der Förderung eines gesünderen Lebensstils ist und dass erste Lehren gewiss an der 2. Jahreskonferenz vom 9. November 2010 gezogen werden können.

Kontakt: Valérie Bourdin,  
Sektion Ernährung und Bewegung,  
valerie.bourdin@bag.admin.ch



Robert Madelin, Generaldirektor der GD Gesundheit und Verbraucher der Europäischen Kommission, und aufmerksame Zuhörerinnen und Zuhörer an der ersten Jahrestagung von «actionsanté» in Bern.

## Schweizer HIV/Aids-Politik unter der Lupe

**Expertenevaluation.** Um eine Grundlage für die Konzeption des Nationalen HIV/STI-Präventionsprogramms 2011–2015 zu erhalten, hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ein unabhängiges internationales Expertengremium damit beauftragt, die schweizerische HIV/Aids-Politik zu evaluieren und Empfehlungen abzugeben.

Gemäss dem Evaluationsbericht hat die Schweizer HIV-Politik in den letzten Jahren beachtliche Erfolge verzeichnet. Das Expertengremium unter der Leitung von Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung) betont jedoch auch, dass diese Politik nun neuen Gegebenheiten angepasst werden muss. Dazu gehören die veränderten Bedingungen und Möglichkeiten im Umgang mit HIV oder gesellschaftliche Entwicklungen wie das Informationsverhalten (Internet) und neue Migrationsmuster. Basierend auf der Evaluation hat das Expertengremium Empfehlungen für die Minimierung von HIV-Infektionen, die Optimierung von Testung und Behandlung sowie für die Steuerung der Schweizer HIV-Politik formuliert.

### Primärprävention: Fokus auf die Hauptrisikogruppen

Die Vermeidung von neuen Infektionen hat nach wie vor absolute Priorität in der HIV-Politik. Dabei gilt die Devise «put the effort where the virus is», das heisst, die Ressourcen für die Prävention sollten dort eingesetzt werden, wo am meisten Infektionen verhindert werden können. Aktuell bedeutet dies einen Fokus auf schwule Männer und andere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), sowie auf Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzländern. Zudem sollten die Massnahmen im Bereich der Schadensminderung für intravenös Drogen Konsumierende aufrechterhalten werden. Des Weiteren begrüßt die Expertengruppe die Bemühungen des BAG, HIV-Präventionsaktivitäten in eine umfassende Strategie für sexuelle Gesundheit einzubetten. Dies ist deshalb nötig, weil sich HIV/Aids und andere sexuell übertragbare Krankheiten (STI) stark beeinflussen.

### Medizinische Versorgung: freier Zugang zu Tests und Behandlung

Wie kann die Schweiz gewährleisten,

dass HIV-infizierte Personen rechtzeitig getestet werden sowie in medizinische Behandlung kommen und auch bleiben? Bezuglich dieser Frage unterstreicht das Panel die Wichtigkeit des freien Zugangs zu Test und Krankenversorgung – unabhängig vom legalen und vom Versicherungsstatus. Außerdem muss eine kohärente HIV-Teststrategie entwickelt und umgesetzt werden. Die bestehende freiwillige HIV-Beratung und -Testung (Voluntary Counselling and Testing, VCT) ist ein wichtiger Baustein einer solchen Gesamtstrategie und sollte weiter gefördert werden. Das Panel empfiehlt zudem, die von Ärzten initiierte HIV-Beratung und -Testung (Provider Initiated Counselling and Testing, PICT) zu stärken. So könnten HIV-Diagnosen früher gestellt und damit die Möglichkeit von Prävention und Behandlung verbessert werden. Um Therapieabbrüche zu vermeiden, sollten vermehrt individuelle Behandlungskonzepte ausgearbeitet und entsprechende Anreize für Patienten und Ärzte geschaffen werden.

### Organisation: BAG muss Führungsrolle wahrnehmen

Mit Blick auf die Steuerung der HIV-Po-

litik empfiehlt das Expertengremium dem BAG, seine leitende Rolle wieder verstärkt wahrzunehmen, indem es alle zur Verfügung stehenden Steuerungsinstrumente wie Leistungsaufträge, Anreizstrukturen oder Arbeitsgruppen einsetzt. Auch die Zusammenarbeit mit Partnern soll neu organisiert sowie die Kreativität und das Mobilisierungspotenzial der Zielgruppen vermehrt genutzt werden. Laut Expertengremium ist es vor allem notwendig, eine Schweizer Gesundheitsorganisation für schwule Männer zu schaffen, um die Ausrichtung der Prävention auf die Bedürfnisse und das Wissen der «gay community» zu gewährleisten.

Der Bericht kann heruntergeladen werden unter:  
[www.health-evaluation.admin.ch](http://www.health-evaluation.admin.ch)  
> Berichte und laufende Studien  
> HIV/Aids > Internationales Expertenpanel HIV/Aids»

Kontakt: Herbert Brunold,  
Evaluation und Forschung,  
herbert.brunold@bag.admin.ch

# «Heute ist Prävention eine hoch professionelle, stark evaluierte und wiss

**Interview mit Thomas Zeltner.** Er hat die letzten Jahre und Jahrzehnte der Schweizer Gesundheits- und namentlich Präventionspolitik massgeblich mitgestaltet – nach 19 Jahren an der Spitze des Gesundheitsamts verlässt Prof. Dr. Thomas Zeltner, Mediziner und Jurist, seinen Posten. Der abtretende Direktor des Bundesamts für Gesundheit (BAG) über Stolpersteine und Erfolgsergebnisse, Herausforderungen und Visionen.

**spectra:** Herr Zeltner, seit ein paar Jahren explodieren die Gesundheitskosten. Ist die Schweiz kräcker geworden?

Thomas Zeltner: Nein, das Gegenteil ist der Fall. Die Schweizerinnen und Schweizer sind gesünder denn je. Die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung wird in allen Altersklassen besser, und

«Die Schweizerinnen und Schweizer sind gesünder denn je.»

das ist eine gute Nachricht. Dies kann durchaus zum Teil auf die hohen Investitionen in die Gesundheit zurückgeführt werden. Aber klar, die Kosten steigen. Ich rede jedoch nicht von einer eigentlichen Kostenexplosion. Viele vergleichbare europäische Länder haben höhere Kostenzuwachsraten als die Schweiz. Unser Kosteniveau ist natürlich auch relativ hoch. Aber Länder wie Norwegen haben uns in der Zwischenzeit bei den Gesundheitskosten pro Kopf überholt. Tatsächlich haben die grossen Kostensteigerungen hierzulande in den 70er- und 80er-Jahren stattgefunden. Damals wurden zahlreiche neue Spitäler gebaut und in die Infrastruktur investiert. Aber darüber hat man in der Schweiz nicht gross geredet. Seither haben wir im Schnitt ein Wachstum von vier Prozent pro Jahr, was im europäischen Vergleich unter dem Durchschnitt liegt.

**Prävention ist bekanntlich ein probates Mittel, um Kosten einzusparen. Was hat sich in der Schweizer Präventionslandschaft in den letzten zwei Jahrzehnten verändert? Was waren die grossen Entwicklungen?**

Prävention wurde früher wenig beachtet, manchmal sogar fast belächelt. Heute ist Prävention ein essenzieller Teil eines guten Gesundheitssystems. Diese Integration ist eindrücklich, wenn auch noch nicht abgeschlossen. Es gibt noch einige Baustellen ... aber auf das Präventionsgesetz kommen wir sicher noch zu sprechen.

**Woher kommen die grossen Widerstände gegen Präventionsanliegen, wie sie aktuell beim neuen Präventionsgesetz zu spüren sind, wenn Prävention**

**ja die Gesundheit fördert und letztlich auch zur Kosteneinsparung beiträgt?**

Gegen Prävention als Methode und Instrument ist wahrscheinlich niemand. Zu Prävention und Gesundheitsförderung sagen eigentlich alle «Ja – aber bitte nicht auf meine Kosten oder gegen meine Interessen». So kommt der grosse Widerstand eben von Gruppen, denen es mit Prävention schlechter gehen könnte. Das sind natürlich zunächst mal alle, die an Tabak und Alkohol Geld verdienen. Aber auch andere Produktgruppen sind betroffen. In einigen Ländern entstehen sogar schon in gewissen Bereichen der Medizin Widerstände. Denn wenn die Prävention wirklich dazu beiträgt, dass man weniger Kuration braucht, dann gehen natürlich auch in der Medizin gewisse Geschäftsfelder verloren, und das wird nicht gerne gesehen. Prävention steht aber gelegentlich auch mit wichtigen Freiheitsrechten, zum Beispiel der Werbefreiheit, im Konflikt. Auch ich finde Werbeverbote im Grundsatz unsympathisch. Man hätte fast hoffen wollen, dass sie nicht wirken. Aber wir haben festgestellt, dass sie sehr wohl wirken. Da muss man sich die Frage stellen, ob wir mehr Informationsfreiheit oder mehr Gesundheit wollen. Und an diesem Punkt setzen dann die harten Debatten ein. Welches sind die höheren Güter in einer Gesellschaft und wo trifft man sich?

**Die heftigste Debatte findet zurzeit im Bereich Tabak statt. Das Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen wurde im Oktober vom Bundesrat gutgeheissen. Immer wieder führen Gegner die Einschränkung der Freiheit ins Feld. Wie hat sich das Rauchen in der gesellschaftlichen Wahrnehmung in den letzten Jahrzehnten verändert?**

Als ich im BAG begonnen habe, wurde noch darüber gestritten, ob Tabakrauch krebserregend ist. Heute streitet das niemand mehr ab. Zweitens war man sich damals nicht einig, ob Tabakrauch in einem Raum genügend gefährlich ist, um Dritte zu schädigen. Das wurde lange bestritten und es wurden sogar Forschungsresultate gefälscht. Denn die Tabakindustrie war sich bewusst, dass die Gesellschaft sehr sensibel reagieren würde, wenn unbeteiligte Dritte durch Passivrauchen zu Schaden kämen. Das sind die zwei grundsätzlichen Veränderungen. Es ist unbestritten, dass Tabak-

«Ohne die Rauchenden zu verteufeln, ist es uns gelungen, dass Tabak nicht mehr als Mainstreamprodukt, sondern als problematisches Produkt wahrgenommen wird.»

rauch krebserzeugend ist und auch Passivrauchende krank werden und an den Folgen sterben können.



**Diese Entwicklung war auch ein Lernprozess der Gesellschaft, die das eingesehen und ihre Einstellung geändert hat. Was fördert solche Lernprozesse am ehesten? Sind es wissenschaftlich erhärtete Erkenntnisse oder ist es eher der Einfluss von Medien und Stakeholdern?**

Gesellschaftliches Lernen ist ein sehr langsamer und komplexer Prozess. Ich denke, dieses Lernen kann durch wissenschaftliche und einleuchtende Fakten beeinflusst werden. Die Bevölkerung lernt jedoch auch über eine Kampagne, sei es nun eine Werbekampagne oder eine staatliche Informationskampagne. Das hat ja auch die Tabakindustrie erkannt und entsprechend ihre Zigarettenmarken mit sehr positiven Lebensbildern aufgeladen. Wir haben in unserer Tabakkampagne gerade das Gegenteil gemacht. Ohne die Rauchenden zu verteufeln, ist es uns gelungen, dass Tabak nicht mehr als Mainstreamprodukt, sondern als problematisches Produkt wahrgenommen wird.

**Vor 20 Jahren waren nicht die legalen Drogen wie Tabak, sondern die illegalen Drogen das grosse Diskussions- und Sorgenthema. Ist das Drogenproblem heute gelöst?**

Nein, das kann man nicht sagen. In der Tat ist die Tendenz zum Suchtverhalten

in der Schweiz und in Europa gross. Und gewisse Süchte schränken nicht nur einen selber ein, sondern auch Dritte. Es existieren sehr viele Suchtphänomene und die illegalen Drogen sind damit etwas von der Bildfläche verschwunden. Der Hauptgrund dafür ist meines Erachtens, dass es gelungen ist, die Wahrnehmung in der Öffentlichkeit zu verändern: Drogenkonsum wird heute weniger als kriminelles Verhalten sondern vielmehr als ein medizinisches und gesundheitliches Problem wahrgenommen. Das ist ein grosses Verdienst der Schweizer Drogenpolitik und hat sehr viele Spannungen aus dem Problem genommen. Gelöst ist das Drogenproblem damit selbstverständlich nicht. Aber es ist gelungen, sehr viel mehr Hilfe anzubieten und – das war uns ein grosses Anliegen – die HIV/Aids-Epidemie in dieser Risikogruppe praktisch zu stoppen sowie die Todesfallzahlen deutlich zu senken.

**Stichwort HIV/Aids-Prävention: Diese ist ein Musterbeispiel für das gesellschaftliche Lernen und die Wirksamkeit von Prävention. Wie haben Sie diese Entwicklung erlebt?**

Ich bedaure, dass wir 30 Jahre nach Ausbruch der Epidemie noch immer keinen Impfstoff haben. Eigentlich hätten wir uns gewünscht und vorgestellt, HIV/Aids zu einer durch Impfung ver-

# enschaftlich fundierte Tätigkeit.»

hinderbaren Krankheit machen zu können. Denn damit wäre es wie bei den Pocken oder anderen Krankheiten möglich geworden, HIV/Aids breitflächig zu reduzieren. Demgegenüber sind in der Therapie sehr grosse Erfolge erzielt worden. HIV-Infizierte können heute hierzulande mit einer ähnlichen Lebenserwartung rechnen wie andere, aber nicht mit der gleichen Lebensqualität. Deswegen stellt eine Infektion immer noch eine Beeinträchtigung dar. Jede Infektion, die verhindert werden kann, ist ein grosser Gewinn an Lebensqualität und natürlich auch eine grosse Kostensparnis. Aber um auf Ihre Frage des sozialen Lernens in diesem Be-

«Drogenkonsum wird heute weniger als kriminelles Verhalten sondern vielmehr als ein medizinisches und gesundheitliches Problem wahrgenommen.»

reich zurückzukommen: Weil eine Ansteckung eben nur durch bestimmte Verhaltensweisen verhindert werden kann, kommt dem Lernen hier eine sehr grosse Bedeutung zu. Es gibt in der HIV/Aids-Prävention zwei grosse Herausforderungen: Die eine ist, jedes Jahr wieder eine neue Generation in diesen Lernprozess, der viel mit Sexualität zu tun hat, einzubinden. Das gelingt relativ gut. Die zweite Schwierigkeit ist, dass dieses Lernen immer in einem ganz spezifischen kulturellen Kontext stattfindet. Lernen in einem muslimischen Kontext ist anders als Lernen in einer Deutschschweizer Akademikerfamilie, in einem schwulen Milieu oder in einem Arbeiterkontext. Wir sehen, dass es da viele Unterschiede gibt, dass es immer wieder Lernversagen gibt und dass man das Lernen oder das Vermitteln immer wieder anpassen muss.

## HIV/Aids ist ein gutes Beispiel dafür, wie man wissenschaftliche Erkenntnisse in den Alltag und die Praxis übertragen kann.

Ja, der «Science-to-Policy»-Ansatz hat mit dem Auftreten von HIV/Aids seine Bewährungsprobe bestanden. Heute ist das zum goldenen Standard geworden, auch in der Schweiz. Man hat Praktiker von der Front dafür begeistern können, an Forschungsprojekten und Evaluierungen teilzunehmen. Damit hat man zwei Fliegen auf einen Schlag erwischt, nämlich sehr gute Forschungsdaten zu bekommen und Praktiker von der ersten Stunde an in ein wissenschaftliches Training und Denken mit einzubeziehen. Das war ein Idealfall. Im Bereich der illegalen Drogen ist uns das auch relativ gut gelungen, und wir müssen das nun im Bereich Ernährung und Bewegung anstreben. Dort ist aus meiner Sicht die Distanz zwischen der akademischen Welt und den Praktikern, die gesundes Bewegungsverhalten an die Frau, den Mann und das Kind bringen wollen,

noch gross. Wir müssen Best Practices und Evidenzen schnellstmöglich an die Basis bringen. Das ist ein Ziel, das wir mit dem im Entwurf für ein Präventionsgesetz geplanten Institut für Prävention und Gesundheitsförderung erreichen wollen. Die Fachleute sollen nicht mehr verteilt sein, sondern für die sieben Millionen Menschen in der Schweiz soll ein Kompetenzzentrum entstehen.

## Sie sprechen das Nationale Institut für Prävention an. Wie sieht Ihre Vision für dieses Institut aus?

Zunächst verstehe ich die Widerstände gegen dieses Institut in vielen Bereichen nicht. Die Widerstände seitens gewisser Wirtschaftskreise werte ich auch als Angst vor einer Einrichtung, die Prävention sehr professionell betreiben wird. Professionalität bedeutet auch Effizienz, und Effizienz heisst auch Wirkung. Und natürlich gibt es Kreise, die daran kein Interesse haben. Ausserdem hat Prävention nichts mehr von dem fast karitativen Touch, den sie früher gehabt hat. Heute ist Prävention eine hoch professionelle, stark evaluierte und wissenschaftlich fundierte Tätigkeit. Diese Professionalisierung beinhaltet auch, dass eine Institution eine genügend grosse Menge an Spezialisten zusammenbringen soll, die in dieser Domäne wirklich Profis sind. Der Hauptzweck des Instituts ist das Erarbeiten und Verfügbarmachen von Best Practices und Evidenzen für die Politik und vor allem für die Praktiker an der Front, damit diese eine moderne und professionelle Prävention betreiben können. In der kurativen Medizin erwartet man höchste Professionalität. Dasselbe soll auch für die Prävention und die Gesundheitsförderung gelten.

## Das bedingt aber auch eine gewisse Flurbereinigung. Im Moment haben wir eine stark fragmentierte Präventionslandschaft. Es gibt Dutzende, ja Hunderte von NGOs und para-staatlichen Einrichtungen, die in irgendeiner Weise Prävention betreiben. Kommt aus diesen Bereichen auch Widerstand, weil diese Institutionen um ihre «Schrebergärten» fürchten?

Was die NGOs betrifft, sind diese natürlich doppelt betroffen. NGOs brauchen Spenden und diese bedingen Aufmerksamkeit. Und Aufmerksamkeit bekommt man durch Aktivitäten. In diesem Sinne ist es für NGOs nicht unproblematisch, wenn ihre Aktivitäten an öffentlicher Aufmerksamkeit verlieren. Hier muss man eine Strategie der Vernetzung finden, damit die NGOs, die hervorragende Arbeit leisten und eine wichtige Rolle spielen, professionalisiert werden können. In der kurativen Medizin reden wir derzeit sehr viel von Fallzahlen. Das heisst, es braucht eine minimale Fallzahl, um etwas wirklich Hochwertiges machen zu können. Das gilt letztlich auch für die Prävention. Man muss eine

minimale Erfahrung haben, um etwas wirklich professionell machen zu können. Entweder geschieht das durch genügend Leute – eine Fusion von Institutionen wäre also auch denkbar – oder aber durch eine Vernetzung. Unsere Erfahrung zeigt, dass es für ein erfolgreiches, nationales Projekt ein Team von vier bis fünf Leuten braucht und ein Budget von drei bis fünf Millionen. Alles darunter ist von der Wirkung her eher kritisch. Die Verantwortlichen von NGOs müssten sich also überlegen, was ihre künftige Strategie ist und ob sie nicht einen Zusammenschluss mit anderen Organisationen anstreben sollten.

## Sie sind jetzt 19 Jahre im BAG. Welche Erfolge haben Sie am meisten gefreut und welche Misserfolge am meisten geärgert?

Am meisten freut mich, dass die Gesundheit in der Schweiz stetig zunimmt. Wir stellen mit Zufriedenheit fest, dass es uns immer noch gelingt, das Gut Gesundheit zu vermehren. Das ist nicht selbstverständlich. Zweitens freut mich,

## «Jede HIV-Infektion, die verhindert werden kann, ist ein grosser Gewinn an Lebensqualität und natürlich auch eine grosse Kostensparnis.»

dass es uns relativ gut gelungen ist, dieses Gut in den verschiedenen Bevölkerungsschichten relativ ebenmässig zu verteilen. Wir haben diesbezüglich weniger grosse Differenzen als andere Länder. Aber das ist ein labiles Gleichgewicht, und daran müssen wir ständig arbeiten. Dass uns das gelungen ist, hat auch damit zu tun, dass wir in den letzten zehn, fünfzehn Jahren das Thema Gesundheit ganzheitlich verstanden sowie den Systemansatz gewählt haben. So hat man erkannt, dass wir in der Schweiz mehr in Prävention investieren und uns überlegen müssen, wie man eine gute Qualität erreicht. Und auch, dass wir mehr Überlegungen anstellen müssen in Bezug auf die Steuerung des Gesundheitssystems. Zu den eher negativen Erlebnissen: Viele Dinge sind natürlich nicht oder noch nicht gelungen. Zum Beispiel haben wir manche Sektoren noch nicht für ihre Verantwortung

## «Widerstände lauern überall. Aber Hartnäckigkeit zahlt sich aus.»

für die Gesundheit sensibilisieren können. Der «Advocacy for Health»-Ansatz hat noch nicht wirklich geprägt. Die wichtigste Gesundheitsdeterminante, die beeinflusst werden müsste, ist heute wohl der Arbeitsplatz. Die Arbeitgeber erkennen glücklicherweise zunehmend, welch grosse Verantwortung sie für die Gesundheit ihrer Belegschaften und

letztlich für die Gesundheit der erwerbstätigen Bevölkerung haben.

## Sie haben in Ihrer Amtszeit vier Departementsvorsteher erlebt. Wie haben diese sehr unterschiedlichen Persönlichkeiten das Gesundheitswesen geprägt und wie haben Sie die Zusammenarbeit erlebt?

Zunächst muss ich dazu sagen, dass unser Wahlsystem, mit dem fähige Personen in den Bundesrat gewählt werden, funktioniert. Alle Departementsvorsteher, die ich erlebt habe, waren außerordentliche, herausragende und weit

## «Die wichtigste Gesundheitsdeterminante, die beeinflusst werden müsste, ist heute wohl der Arbeitsplatz.»

überdurchschnittliche Persönlichkeiten. Es war für mich immer ein grosses Privileg, mit ihnen zusammenzuarbeiten. Mir ist aufgefallen, dass die Biografie und die Herkunft dieser Persönlichkeiten ihre Werte und ihr Verhalten stark geprägt haben. Der feministische und gewerkschaftliche Background von Ruth Dreifuss hat zum Beispiel einen grossen Einfluss auf ihre Reflexionen und Haltungen rund um vulnerable Gruppen gehabt. Aus meiner Sicht hat das Parlament immer eine gute Wahl getroffen.

## Welches Vermächtnis und welche Botschaft möchten Sie Ihrem Nachfolger hinterlassen?

Meine Botschaft wäre: «Hartnäckigkeit zahlt sich aus.» Man muss langfristige Ziele haben und darf sich nicht entmutigen lassen durch Niederlagen oder Blockaden. Man muss eine stoische Ruhe, um nicht zu sagen masochistische Freude an Rückschlägen entwickeln. Denn Widerstände lauern überall. Aber wie gesagt: Hartnäckigkeit zahlt sich aus.

## Ihre Hartnäckigkeit wird Ihnen von Freunden und politischen Gegnern attestiert. Letztere bezeichneten Sie immer mal wieder als «Gesundheitstaliban». Wie gehen Sie damit um, sich im Dienste der Gesundheit auch unbeliebt machen zu müssen?

Ich kann hier nur meinen früheren Chef, Bundesrat Pascal Coucheperin, zitieren: «Ich bin nicht hier, um beliebt zu sein.» Jemand, der vor allem beliebt sein will, ist als BAG-Direktor auf verlorenem Posten. Zuneigung und Liebe muss man anderswo finden. Aus diesem Grund ist der Ausgleich in der Familie und im Freundeskreis so wichtig.

# Ab Mai 2010 schützt das Gesetz schweizweit vor dem Passivrauchen

**Tabakprävention.** Am 1. Mai 2010 treten das Bundesgesetz und die Verordnung zum Schutz vor Passivrauchen in Kraft. Ab dann darf in geschlossenen Räumen, die öffentlich zugänglich sind oder mehreren Personen als Arbeitsplatz dienen, nicht mehr geraucht werden. Das Gesetz stellt einen Minimalstandard dar. Die Kantone haben die Möglichkeit, strengere Regelungen zum Schutz der Gesundheit zu erlassen.

Passivrauchen schadet der Gesundheit. Es verursacht Lungenkrebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Asthma und Infektionen der Atemwege. In der Schweiz sterben jedes Jahr mehrere Hundert Nichtraucherinnen und Nichtraucher infolge des Passivrauchens. Das neue Bundesgesetz soll insbesondere Arbeitnehmende an ihrem Arbeitsplatz vor dem Passivrauchen schützen.

## Rauchverbot in öffentlichen Räumen und an Arbeitsplätzen

Ab dem 1. Mai 2010 darf in geschlossenen Räumen, die öffentlich zugänglich sind oder mehreren Personen als Arbeitsplatz dienen, grundsätzlich nicht mehr geraucht werden. Als öffentlich zugänglich gelten sämtliche Räume, die allen offen stehen, z.B. öffentliche Verwaltungsgebäude oder Verkehrsmittel, Museen, Einkaufszentren, Restaurants oder Kinos. Als Arbeitsplatz mehrerer Personen gelten Orte im Betrieb oder ausserhalb des Betriebs, an denen sich

mehrere Arbeitnehmende dauernd oder vorübergehend zur Ausführung ihrer Arbeit aufhalten. Dazu zählen auch Sitzungszimmer, Gänge, Cafeterias oder Transportmittel. Im Freien, an Einzelarbeitsplätzen und in Privathaushalten ist das Rauchen nach wie vor erlaubt.

## Fumoirs und Raucherlokale weiterhin möglich

Gemäss dem neuen Bundesgesetz hat jeder Betrieb weiterhin die Möglichkeit, Raucherräume (Fumoirs) einzurichten. Diese müssen abgetrennt, gekennzeichnet und ausreichend belüftet sein. Restaurationsbetriebe dürfen darin grundsätzlich auch eine Bedienung anbieten, falls die Arbeitnehmenden einer Beschäftigung im Raucherraum schriftlich zugestimmt haben. Raucherräume in Restaurants dürfen bis zu einem Drittel der Ausschankfläche einnehmen. Diese Grössenbeschränkung verhindert, dass der Grossteil eines Betriebes aus einem Raucherraum besteht und den Nichtrauchenden nur wenig Platz zur Verfügung steht. Restaurants mit einer Gesamtfläche unter 80 m<sup>2</sup> können bei den kantonalen Behörden zudem eine Bewilligung als Raucherlokal beantragen, sofern Raucherlokale nach kantonalem Recht zulässig sind. Es muss ausreichend belüftet und klar als solches gekennzeichnet sein.

## Sorgfaltspflicht zum Schutz der Nichtrauchenden

Das Gesetz sieht verschiedene Ausnahmen vom Rauchverbot vor: Weiterhin

darf in Fumoirs, in Raucherlokalen, an Einzelarbeitsplätzen, aber auch in Zimmern von Hotels und Heimen oder ähnlichen Institutionen geraucht werden. Damit diese Ausnahmen den Schutz vor Passivrauchen in anderen Räumen nicht aufheben, darf keine rauchbelastete Luft in rauchfreie Räume gelangen und dort Personen belästigen. Die Betreiberin oder der Betreiber eines Raumes, in dem Rauchen gestattet ist, muss dafür sorgen, dass diese Sorgfaltspflicht eingehalten wird.

## Bundesgesetz regelt nur Minimalstandard

Das neue Bundesgesetz legt lediglich den Mindeststandard für den Schutz vor dem Passivrauchen fest und ermächtigt die Kantone, strengere Vorschriften zum Schutz der Gesundheit zu erlassen. Zurzeit haben 18 Kantone eine Gesetzgebung in diesem Bereich. 15 davon – sie umfassen drei Viertel der Schweizer Bevölkerung – gehen über die Anforderungen des Bundesgesetzes hinaus und verbieten Raucherlokale gänzlich. Dies sind im Einzelnen die Kantone AR, BE, BL, BS, FR, GE, GR, NE, SG, SO, TI, UR, VS und ZH. 8 Kantone verbieten zusätzlich das Bedienen in Fumoirs (BL, BS, FR, GE, NE, SG, VD, VS).

Kontakt: Petra Baeriswyl,  
Sektion Alkohol und Tabak,  
petra.baeriswyl@bag.admin.ch

## Gratis-Abo



## Ja ...

... ich möchte «spectra», den Newsletter für Gesundheitsförderung und Prävention, regelmässig kostenlos erhalten.

Bitte senden Sie «spectra» an folgende Adresse:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie mir «spectra» in folgender Sprache:

- Deutsch
- Französisch
- Englisch

Bitte senden Sie mir mehrere Exemplare von «spectra»:

Anzahl \_\_\_\_\_

- Deutsch
- Französisch
- Englisch

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

## Kontakte

Sektionen, Fachstellen	Telefon	Sektionen, Fachstellen	Telefon
Sektion Alkohol und Tabak	031 323 87 86	Sektion Grundlagen	031 323 87 93
Sektion Drogen	031 323 87 13	Sektion Kampagnen	031 323 87 79
Sektion Aids	031 323 88 11	Sektion Ernährung und Bewegung	031 323 87 55
Aids-Dokumentation	031 323 26 64		

## spectra online: [www.spectra.bag.admin.ch](http://www.spectra.bag.admin.ch)

### Impressum

#### spectra Nr. 78, Dezember 2009

«spectra – Gesundheitsförderung und Prävention» ist eine Informationschrift 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](http://www.bag.admin.ch)  
Realisation: Pressebüro Ch. Hoigné, Allmendstrasse 24, 3014 Bern, [hoigne@datacomm.ch](mailto:hoigne@datacomm.ch)  
Leitung Redaktionskommission: Adrian Kammer, [adrian.kammer@bag.admin.ch](mailto:adrian.kammer@bag.admin.ch)

Textbeiträge: Mitarbeitende des BAG, Christoph Hoigné, weitere Autoren  
Fotos: BAG, Christoph Hoigné, ZVG  
Layout: Lebrecht typ-o-grafik, 3006 Bern  
Druck: Büetiger AG, 4562 Biberist  
Auflage: 6 400 Ex. deutsch, 3 400 Ex. franz., 1 050 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](mailto:service@gewa.ch)

Die nächste Ausgabe erscheint im Februar 2010.



2001

2002

2003

2004

2005

## 9 Jahre Tabakpräventionskampagne des BAG 2001–2009

**Präventionskampagnen.** 2001 rauchten 33% der Schweizer Bevölkerung. Heute sind es noch 27%. Zu dieser erfreulichen Entwicklung haben auch die jährlichen Kampagnen des Bundesamts für Gesundheit beigetragen.

2001 verabschiedete der Bundesrat das Nationale Tabakpräventionsprogramm NPTP (2001–2008). Darin enthalten waren Massnahmen, welche die Tabakepidemie sowohl auf struktureller wie auch individueller Ebene angehen sollten. Eine zentrale Zielsetzung war die Information der Bevölkerung: Mit einer integrierten, langfristig angelegten Kampagne sollte das Problem des Tabakkonsums auf die öffentliche und politische Agenda gerückt werden. Es galt die Prämisse, wonach erst eine sensibilisierte Öffentlichkeit mit einem entsprechenden Problembewusstsein bereit ist, ihre Einstellung und ihr Verhalten zu verändern. Diese Aktivitäten haben Wirkung gezeigt, wie die neuesten Zahlen des Tabakmonitorings (2008) bestätigen: Der Anteil der Rauchenden an der Gesamtbevölkerung ist von 33% (2001) auf 27% (2008) gesunken, jener der Jugendlichen zwischen 14 und 19 Jahren von 31% (2001) auf 23% (2008). Dass auch die Kampagnen zu dieser Entwicklung beigetragen haben, zeigten die regelmässig durchgeföhrten Evaluationen und die Gesamtauswertung des NPTP 2001–2008.

### Sozialer Wandel in vier Phasen

Die Kampagnenarbeit folgte einem Vier-Phasen-Modell mit dem Ziel, in der Bevölkerung ein neues Werte- und Verhaltenssystem zu verankern und die soziale Akzeptanz für Massnahmen der Tabakprävention zu fördern. Am Ende dieser vier Phasen sollte das Nichtrauchen zur Normalität geworden sein – ein Ziel, dass man heute als erreicht betrachten darf. Im gesellschaftlichen Leben sind Nichtrauchen und der Schutz vor Passivrauchen selbstverständlich. Ab Mai 2010 werden die Gastronomiebetriebe in der ganzen Schweiz rauchfrei sein. Immer mehr Menschen hören auf zu rauchen, und Jugendliche greifen weniger häufig zur Zigarette.

### Die vier Phasen im Detail

1. Sensibilisieren und problematisieren (2001–2003)

Claim: «Rauchen schadet...»

Die erste Kampagnenphase schuf ein starkes Bewusstsein dafür, wie sehr Rauchen und Passivrauchen der Gesundheit schaden. Tabak galt zwar schon vorher allgemein als ungesund, dieses Wissen hatte aber kaum einen Einfluss auf die Einstellung und das Verhalten gegenüber dem Rauchen.

2. Motivieren und mobilisieren (2004–2005)

Claim: «Rauchen schadet...»

«Uns stinkts!»

Umfragen zeigten, dass sich auch nach

drei Jahren Informationskampagne die Hälfte der Befragten der Risiken des Passivrauchens nicht bewusst war. Nichtraucherinnen und Nichtraucher fühlten sich jedoch durch den Tabakrauch belästigt. Im Fokus der zweiten Phase standen darum nicht mehr die Wissensvermittlung, sondern ein Einstellungswandel im Umgang mit Tabak sowie ein Aufruf an Nichtrauchende, ihr Recht auf eine rauchfreie Umgebung einzufordern.

3. Honorieren (2006–2007)

Claim: «Bravo – weniger Rauch, mehr Leben»

Nachdem die beiden ersten Phasen der Sensibilisierung und Mobilisierung erste Erfolge gezeigt hatten und sich das Tabakproblem tief im Bewusstsein der Bevölkerung verankert hatte, wurde der aufrüttelnde alte Claim durch einen positiven, honorierenden Claim ersetzt. So wurde der Fokus auf die positiven Veränderungen und das Engagement der Menschen für mehr rauchfreie Räume gesetzt.

4. Normalisieren (2008–2009)

Claim: «Weniger Rauch, mehr Leben»

Die vierte und letzte Kampagnenphase fügte sich nahtlos an die Honorierungsphase an. Mit der neuen Aussage «eigentlich logisch» sollte die neue soziale Regel des Nichtrauchens weiter etabliert werden. Im Fokus blieb die Kommunikation einer positiven Entwicklung

der Einstellung und des Verhaltens bei einer grossen Mehrheit der Bevölkerung.

### Wie geht es weiter?

Bereits Ende 2008 hat der Bundesrat entschieden, auf dem eingeschlagenen erfolgreichen Weg fortzufahren und dem Tabakpräventionsprogramm 2001–2008 ein weiteres Programm folgen zu lassen. Es hat zum Ziel, bis 2012 den Anteil Rauchender in der Schweiz von 27% auf 23% zu senken. Damit hätte die Schweiz innert 12 Jahren den Raucheranteil um fast ein Drittel reduziert.

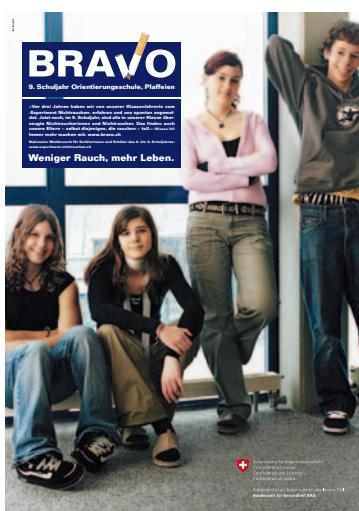
Kontakt: Adrian Kammer,  
Sektion Kampagnen,  
adrian.kammer@bag.admin.ch

### Broschüre «9 Jahre Tabakpräventionskampagne des BAG 2001–2009»

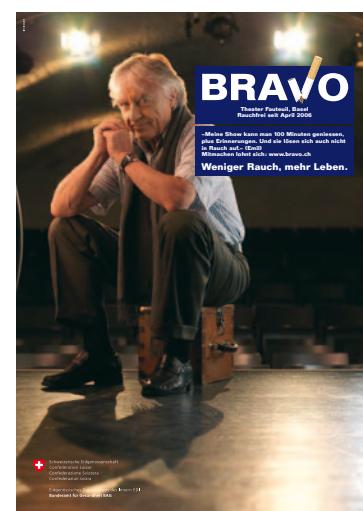
Nach 9 Jahren und vor der Lancierung der neuen Kampagne hat die Sektion Kampagnen des Bundesamts für Gesundheit (BAG) die Tabakkampagnen von 2001 bis 2009 in einer Broschüre dokumentiert. Sie ist in Französisch und Deutsch erhältlich.

Download unter: [www.bravo.ch](http://www.bravo.ch)  
> Kampagne > Broschüre

Es gibt fünf Ausstellungspanels zum Thema «9 Jahre Tabakpräventionskampagne», die beim BAG, Sektion Kampagnen, ausgeliehen werden können.



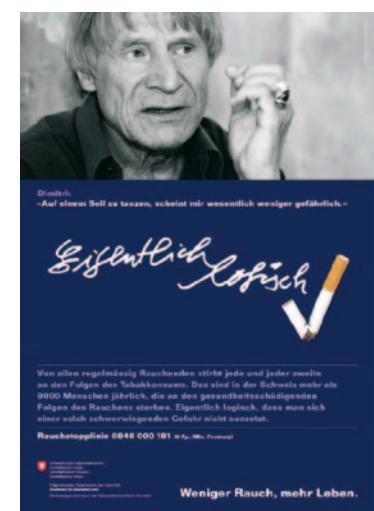
2006



2007



2008



2009

# Rückblick auf eine Dekade Schweizer Drogenpolitik

**Drogenproblematik und Drogenpolitik.** Die neue Studie «Assessing Drug Problems and Policies in Switzerland, 1998–2007» macht eine Bestandsaufnahme über die Fortschritte in der Bewältigung des Drogenproblems und beurteilt die Drogenpolitik der Schweiz.

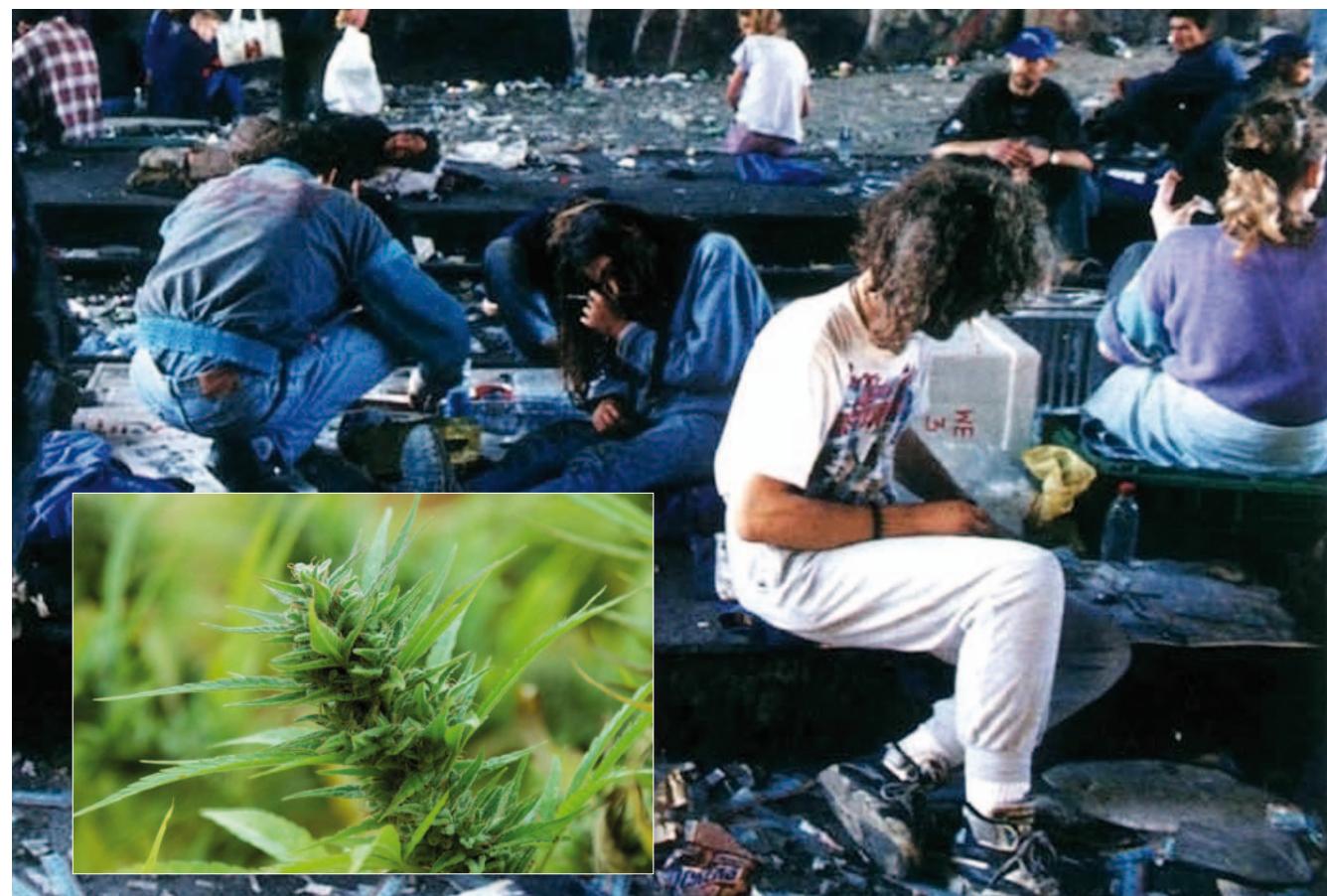
2009 ist ein Jahr der Beurteilungen der Drogenpolitik, wie die Gespräche anlässlich der UNO-Betäubungsmittelkommission im März 2009 dieses Jahres zeigten. Nun liegt auch eine Beurteilung der Schweizer Drogenpolitik vor – eine Politik, die in den letzten Jahren eine viel beachtete internationale Vorreiterrolle innehatte. Die Studie wurde vom Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegeben und von Peter Reuter (University of Maryland, USA) und Domenic Schnoz (Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Zürich) durchgeführt. Sie gibt eine Übersicht über die Veränderungen in der Drogenproblematik, die zwischen 1998 und 2007 in der Schweiz eingetreten sind, die Politiken, die während dieser Zeit umgesetzt wurden, und inwiefern diese Politiken zur Bekämpfung des Drogenproblems beigetragen haben.

## Sinkender Konsum bei Cannabis und Heroin

Am Anfang der Studie steht eine Übersicht über den Verlauf und den aktuellen Stand des Drogenkonsums in der Schweiz. Wie in fast allen westlichen Ländern ist Cannabis auch in der Schweiz die meistkonsumierte illegale Droge. Ungefähr die Hälfte aller jungen Menschen hat irgendwann damit experimentiert. Nach einem Anstieg, der Anfang der 80er-Jahre einsetzte, ist der Anteil der Jugendlichen, die diese Droge schon einmal genommen haben, seit Mitte dieses Jahrzehnts gesunken. Was die Heroinabhängigkeit betrifft, wies die Schweiz Mitte der 90er-Jahre europaweit die wohl höchste Prävalenz auf. Heute ist dieses Problem entschärft: Die Zahl der Heroinabhängigen ist von 29'000 (1994) auf 23'000 (2002) gesunken (neuere Schätzungen liegen nicht vor). Zudem nimmt die Zahl der Neueinsteiger stetig ab. Der Kokainkonsum hingegen ist in den 90er-Jahren gestiegen und hat auch in diesem Jahrzehnt leicht zugenommen. Partydrogen, die Ende der 90er-Jahre ernste Befürchtungen hervorgerufen hatten, haben sich nicht nennenswert verbreitet.

## Weniger negative Folgen

Bei der Drogenpolitik geht es jedoch nicht nur um Drogenkonsum, sondern vor allem um die negativen Folgen. Auch in diesem Bereich sind viele Verbesserungen zu verzeichnen. Die Zahl drogenbedingter Todesfälle ist seit Anfang der 90er-Jahre gesunken, und zwar von 350 bis 400 pro Jahr auf jährlich 150 bis 200 im gegenwärtigen Jahrzehnt. Auch die Zahl der HIV-Ansteckungen beim Drogenspritzen hat abgenommen. Gründe dafür sind mögli-



Die Schweizer Drogenpolitik im Fokus des Interesses: die längst verschwundenen offenen Drogenszenen (hier der Platzspitz in Zürich) und die heftig diskutierte Entkriminalisierung des Cannabiskonsums.

cherweise ein Rückgang des intravenösen Konsums im Gegensatz zum Rauen oder Schnupfen von Heroin, eine Abnahme des Spritzenteilens dank Spritzentauschprogrammen sowie die sinkende Zahl der Heroinabhängigen. Das weitgehende Verschwinden der offenen Drogenszenen ist vermutlich ebenfalls auf verschiedene Faktoren zurückzuführen. Dazu gehören die gezielt auf offene Märkte ausgerichtete Repression, die Verfügbarkeit von Drogenkonsumräumen («Fixerstüblis») und das zunehmende Alter der Drogenkonsumenten. Auch die Wahrnehmung des Drogenproblems in der Öffentlichkeit hat sich verändert. Während Mitte der 90er-Jahre noch drei Viertel der Bevölkerung Drogen zu den fünf grössten Problemen des Landes zählten, betrug dieser Anteil 2007 nur noch ein Achtel.

## Pionierin in der Schadensminderung

Gemäss den Autoren waren in den vergangenen zehn Jahren Drogenthemen in keinem anderen europäischen Land so präsent wie in der Schweiz. Die Schweizer Drogenpolitik war dabei durch eine konsequente Anwendung der Grundsätze der Schadensminde rung in der Heroinproblematik gekennzeichnet. Mitte der 90er-Jahre war sie Pionierin in der heroingestützten Behandlung – ein Instrument, das heute international zum Standard zählt. Dabei werden Heroinabhängige, bei denen andere Behandlungsformen (hauptsächlich Methadonabgabe) versagt haben, in spezialisierten klinischen Einrichtungen mit ärztlich verschriebenem Heroin behandelt. Die Zahl der Patientinnen

und Patienten in heroingestützter Behandlung ist in der Schweiz weltweit am höchsten, wobei eine Stabilisierung bei ungefähr 5% der geschätzten Gesamtzahl opiatabhängiger Menschen eingetreten ist. Außerdem hat die Schweiz ein aussergewöhnlich niederschwelliges Angebot für Methadonbehandlungen entwickelt. Über die Hälfte der geschätzten Anzahl heroinabhängiger Personen wird auf diese Weise versorgt. Die Schweiz hat auch in Sachen «Fixerstüblis» und Spritzentauschprogramme eine Vorreiterrolle gespielt.

## Drogenpolitik ist nicht zwingend der Motor für Verbesserungen

Sind die Verbesserungen im Bereich der Drogenproblematik der guten Umsetzung sorgfältig konzipierter Schweizer Politiken und Programme zuzuschreiben? Nicht unbedingt, wie die Autoren feststellen. Denn viele dieser Entwicklungen sind auch in Ländern zu beobachten, in denen zum Teil ganz andere Politiken verfolgt wurden. Darüber hinaus stimmen die Veränderungen in der Drogenproblematik nicht immer mit dem Entwicklungsverlauf der Drogenpolitik überein. Zum Beispiel gibt es keine spezielle politische Intervention um das Jahr 2004, die die abrupte Abnahme des Cannabiskonsums bei Jugendlichen erklären könnte. Oft sind es weniger bestimmte politische Interventionen, sondern vielmehr Einstellungsänderungen in der Gesellschaft und eine Reihe von anderen Faktoren, die auf das Drogenproblem einwirken. Das bedeutet allerdings nicht, dass diese Interventionen unwichtig sind. Ihr Erfolg oder Nickerfolg lässt sich jedoch nicht unbe-

dingt an der Anzahl Drogenkonsumierender ablesen. Die Auswirkungen finden sich eher auf schwer messbaren Ebenen der reduzierten schädlichen Wirkungen auf die Konsumierenden und die Gesellschaft.

## Alles in allem wirksam

Bei der Schadensminderung im Bereich der Heroinabhängigkeit darf man jedoch davon ausgehen, dass die Massnahmen die gewünschte Wirkung gezeigt haben. Nämlich die Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Lebensbewältigung von Menschen, die weiterhin konsumieren, sowie die Minde rung des Schadens, den sie anderen zufügen. In diesem Bereich hat die Schweiz nie gezögert, erfolgversprechende Innovationen auszuprobieren. Die Autoren lassen denn auch den Schluss zu, dass die Umsetzung der Schweizer Drogenpolitik insgesamt wirksam erfolgte.

Der Gesamtbericht «Assessing Drug Problems and Policies in Switzerland, 1998–2007» von Peter Reuter und Domenic Schnoz ist in Englisch erhältlich. Die Zusammenfassung gibt es in Deutsch, Französisch und Englisch. Download unter: [www.bag.admin.ch > Themen > Drogen](http://www.bag.admin.ch > Themen > Drogen)

Kontakt: Martin Büchi,  
Leiter Sektion Grundlagen,  
[martin.buechi@bag.admin.ch](mailto:martin.buechi@bag.admin.ch)

# Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen

**Publikationen.** In einer neuen Broschüre haben das Bundesamt für Gesundheit (BAG), die Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM) und die Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz (VKS) die wichtigsten medizinischen Empfehlungen für Methadon- und Buprenorphinbehandlungen zusammengefasst.

Die Anzahl neuer Opiatabhängiger ist in der Schweiz rückläufig. Einer der Gründe für diese Entwicklung ist die Schweizer Drogenpolitik, die einen leichteren Zugang zur substitutionsgestützten Behandlung (SGB) gewährleistet. Bei der SGB wird das illegale Heroin durch ein ärztlich verschriebenes Opioid (Methadon oder Buprenorphin) ersetzt. 2009 wurde eine SGB bei rund zwei Dritteln der heroinabhängigen Patientinnen und Patienten angewandt. Derzeit befinden sich etwa 17 000 Personen in einer SGB, 60% der SGB werden von medizinischen Grundversorgern vorgenommen.

## Empfehlungen für jedes Behandlungsstadium

Die Broschüre «Substitutionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit» gibt Ärztinnen und Ärzten Basisinformationen sowie praxisnahe Empfehlungen für alle Stadien einer SGB. So informiert die Broschüre beispielsweise über die Indikation einer SGB: Eine Behand-



lung kommt bei jeder bewiesenen Opiatabhängigkeit in Frage, unabhängig von Alter oder Dauer des Konsums. Schwangerschaft gilt als einzige forcierte Indikation für eine SGB, da sich ein Entzug oder starke Schwankungen des Opioids auf das Kind ungünstiger auswirken können als die kontrollierte Opioidsubstitution. Die Empfehlungen für

den Behandlungsbeginn betreffen die notwendigen Voruntersuchungen, die Wahl der geeigneten Substitutionssubstanz sowie die richtige Dosierung. Mit Methadon und Buprenorphin stehen heute zwei gleichwertige Substitutionsmittel mit unterschiedlichen Vorteilen und Nachteilen zur Verfügung. Bei einem Misserfolg mit einer Substanz kann auf die andere gewechselt werden. Die Empfehlungen geben außerdem Informationen zu den wichtigsten Themen während der Behandlung: der Abstinenzwunsch, die Abgabe und Mitgabe des Substitutionsmedikaments, der Beikonsum, die regelmässigen Untersuchungen usw. Auch die Beurteilung der psychischen und sozialen Probleme, die gegebenenfalls eine Anpassung der vereinbarten Therapieziele erfordern die häufigsten Nebenwirkungen, das Vermeiden einer Intoxikation sowie Empfehlungen für die Beendigung der Behandlung werden erläutert.

## Spezielle Aspekte während der Behandlung

Im letzten Kapitel wird die SGB unter

speziellen Aspekten betrachtet. Darin werden Themen wie SGB während eines Strafvollzugs oder einer Hospitalisierung angeschnitten. Weiter wird auf relevante Geschlechter- oder interkulturelle Unterschiede aufmerksam gemacht sowie auf die Tatsache, dass SGB angesichts der vielen alternden Opiatabhängigen auch in Altersheimen angeboten werden müssen.

## Basis für eine harmonisierte Praxis

Mit diesen Empfehlungen ist in der Schweiz die Grundlage für eine Harmonisierung der Praxis geschaffen worden. Außerdem wird dieses Basisdokument durch eine Homepage ergänzt ([www.praxis-suchtmedizin.ch](http://www.praxis-suchtmedizin.ch)). Die Grundversorger werden dort konkrete Arbeitsinstrumente wie medizinische Merkblätter, Schema des Behandlungsablaufs usw. herunterladen können, welche sie bei ihrer praktischen Tätigkeit unterstützen.

Die Broschüre «Substitutionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit» ist als PDF-Download erhältlich unter: [www.bag.admin.ch/substitution](http://www.bag.admin.ch/substitution)

Kontakt: René Stamm,  
Sektion Drogen,  
[rene.stamm@bag.admin.ch](mailto:rene.stamm@bag.admin.ch)

# Eine nationale Strategie von Bund und Kantonen für Palliative Care

## Nationale Strategie Palliative Care

**2010–2012.** Bund und Kantone haben im Rahmen der Dialogplattform «Nationale Gesundheitspolitik» beschlossen, Palliative Care in der Schweiz zu fördern. Sie haben am 22. Oktober 2009 die «Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012» verabschiedet. Das Ziel ist, Palliative Care gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren in das Gesundheitswesen und in andere Bereiche zu verankern.

Palliative Care unterstützt und begleitet schwerkranke und sterbende Menschen. Sie umfasst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychische, soziale und spirituelle Unterstützungen.

## Palliative Care muss gefördert werden

Die Gesellschaft in der Schweiz verändert sich. Die Menschen werden älter, ihre Krankheitsverläufe werden länger und komplexer, ihr Anspruch an Pflege steigt beachtlich. Zugleich verändern sich die Werte des Einzelnen. Heute informieren sich Patientinnen und Patienten aktiv über Gesundheitsanliegen und wollen mitentscheiden. Diese Autonomie wünschen sich auch Schwerkranke und Sterbende für die letzte Lebenspha-

se. Palliative Care befähigt Menschen, die letzte Lebensphase besser zu gestalten. Gemeinsam mit Fachpersonen und Freiwilligen werden zum Beispiel Schmerzen gelindert, der letzte Lebensort ausgewählt und die Angehörigen einbezogen und entlastet. Die heutige Gesundheitsversorgung in der Schweiz ist noch nicht auf diese Situation und diese Bedürfnisse ausgerichtet.

## In vielen Regionen fehlt ein Angebot an Palliative Care

Im Rahmen einer Studie mit rund 80 Expertinnen und Experten im Jahr 2009 wurden verschiedene Lücken ermittelt. Es mangelt an einer flächendeckenden Versorgung mit Palliative-Care-Angeboten, trotz verschiedener Aktivitäten einiger Kantone. Die Bevölkerung weiß zu wenig Bescheid über Palliative Care und deren Nutzen. Fachpersonen und Freiwillige sind noch nicht überall gut ausgebildet. Es fehlen Beiträge aus der Forschung, damit sich Palliative Care weiterentwickeln kann.

## Bund und Kantone treiben die Palliative Care voran

Die «Nationale Strategie Palliative Care» ist von Bund und Kantonen lanciert worden. Beide haben ihre Unterstützung für drei Jahre zugesichert. Die Strategie konzentriert sich unter ande-

rem auf folgende Massnahmen, um die Palliative Care zu stärken:

- Ausbau Versorgungsnetz: Mobile Palliativdienste (Behandlung und Pflege zu Hause) sollen unter anderem vermehrt angeboten werden, sodass sie überall in Anspruch genommen werden können.
- Forschung: Ein nationales Forschungsprogramm (NFP) ist von zentraler Bedeutung, um mehr über die Bedürfnisse von Menschen am Lebensende herauszufinden. Der Bundesrat entscheidet im Dezember 2009 über den Vorschlag für ein NFP zur Palliative Care.
- Aus- und Weiterbildung: In einem gemeinsamen Bildungskonzept sollen die Berufsgruppen der Palliative Care Lernziele und -inhalte zur Palliative Care festlegen, welche zur Erbringung dieser Leistungen notwendig sind.

## Die nächsten Schritte

Ab Januar 2010 bis 2012 werden die Massnahmen umgesetzt. Hauptverantwortlich für die Umsetzung sind das Bundesamt für Gesundheit (BAG), die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -di-

rektoren (GDK) und die Fachgesellschaft palliative ch. Sie werden durch andere Bundesämter, die Kantone sowie weitere Akteure unterstützt.

Palliative Care ist Bestandteil eines zeitgemässen Gesundheitssystems, in dem sich Palliative Care und kurative Medizin ergänzen. Menschen jeden Alters sollen in der letzten Lebensphase besser leben, weniger leiden und gut umsorgt am Ort ihrer Wahl bleiben können.

Weitere Informationen (inkl. Dokumente zur Strategie) unter:  
[www.bag.admin.ch/palliativecare](http://www.bag.admin.ch/palliativecare)  
[www.bag.admin.ch/soinspalliatifs](http://www.bag.admin.ch/soinspalliatifs)

Kontakt:  
Judith Binder, Projektleiterin «Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012»,  
[judith.binder@bag.admin.ch](mailto:judith.binder@bag.admin.ch)

# Alkoholkonsum im Alter – eine Herausforderung für die Zukunft

**Nationales Programm Alkohol.** Entgegen der öffentlichen Wahrnehmung stellt der Alkoholkonsum bei der älteren Bevölkerung zahlenmäßig ein weitaus grösseres Problem dar als etwa das Rauschtrinken von Teenagern. Mit Aktivitäten im Rahmen des Nationalen Programms Alkohol 2008–2012 (NPA) wird der Altersalkoholismus nun verstärkt angegangen.

In der Schweiz hat der Anteil der Personen, die täglich ein- oder mehrmals Alkohol konsumieren, seit 1992 abgenommen. Doch dieser generelle Trend lässt sich nicht in allen Altersklassen ausmachen: Bei Frauen zwischen 65 und 74 Jahren ist der Anteil der täglich Konsumierenden von 16% auf 22% gestiegen. Insgesamt trinkt knapp die Hälfte dieser Gruppe mindestens ein- bis zweimal Alkohol in der Woche (1992: 36%). Bei den Männern ab 65 Jahren und bei Frauen zwischen 55 und 65 Jahren ist der Anteil der täglich Konsumierenden zwar stabil geblieben, dies aber auf hohem Niveau. Bei den über 55-jährigen Männern bewegte sich dieser Anteil seit 1992 zwischen 41% und 49%, bei den Frauen zwischen 16% und 21%. Zum Vergleich: Bei den 35- bis 44-jährigen Männern bewegte sich dieser Anteil zwischen 35% (1992) und 12% (2007).

## Gefahr der Tabuisierung, Romantisierung und Bagatellisierung

Während das Rauschtrinken vor allem in jüngeren Altersgruppen verbreitet ist,

steigt der chronische Risikokonsum mit zunehmendem Alter kontinuierlich an. Alters- und Pflegefachleute warnen davor, das Problem zu tabuisieren oder nicht genügend ernst zu nehmen. Nicht selten wird die Behandlungswürdigkeit selbst von der Ärzteschaft in Frage gestellt, sei es wegen des Alters oder wegen der vermeintlich schlechten Therapieprognose. Zudem werden Alkoholmissbrauch und seine Folgen bei älteren Menschen oft nicht gründlich und für sich betrachtet, sondern anderen Erkrankungen oder dem Alter zugeschrieben. Häufig wird das Problem aus falschem Respekt von dem älteren Menschen unter den Teppich gekehrt. Diese Tabuisierung geht oft einher mit einer Romantisierung des Trinkens; man will den Seniorinnen und Senioren die «zwei, drei Glässchen in Ehren» nicht verwehren. Zum anderen erkennen die Patienten selbst ihr Problem, weil sie das Thema Abhängigkeit nach wie vor stark mit jüngeren Menschen assoziieren und sich nicht vorstellen können, selbst abhängig zu sein.

## Verlusterfahrungen können Sucht auslösen

Auch wer niemals einen problematischen Alkoholkonsum aufgewiesen hat, kann im Alter eine Abhängigkeit entwickeln. Auslöser dafür sind oft einschneidende Ereignisse wie der Verlust des Ehepartners/der Ehepartnerin oder des Freundeskreises. Auch der Übergang ins Rentnerleben birgt für viele Menschen eine grosse Suchtgefahr: Die gewohnte Tagesstruktur gibt keinen Halt

mehr, die sozialen Kontakte nehmen ab; Einsamkeit, Perspektivenlosigkeit, Langeweile oder übertriebene Selbstbelohnung können sich breitmachen. Eingeschränkte Mobilität und Aktivität verschärfen das Problem zusätzlich.

## Aktivitäten in drei Bereichen

Mit der Alterung der Gesellschaft – in naher Zukunft werden die über 65-Jährigen zwei Drittel der Gesellschaft ausmachen – wird sich das Problem des Altersalkoholismus noch zuspitzen. Ziel des NPA ist es, auch bei den älteren Menschen eine Trendwende herbeizuführen und den chronischen und problematischen Alkoholkonsum im Alter zu vermindern. Dieses Ziel soll mit Aktivitäten in drei Bereichen angegangen werden:

– **Optimierte Behandlungen:** Die heutigen Behandlungsangebote im ambulanten und stationären Bereich sowie in der Selbsthilfe sollen hinsichtlich Bedürfnisabdeckung überprüft und entsprechende Optimierungslösungen erarbeitet und umgesetzt werden. Ziel ist ein zielgruppenspezifisches Behandlungsangebot, das auf die Bedürfnisse älterer Personen zugeschnitten ist. Dazu gehört neben der Verbesserung der Zugänglichkeit zu den Angeboten auch eine durchgängige Fallbetreuung (z. B. zwischen stationärer Behandlung und Hausarzt).

– **Nationale Forschungsstrategie:** Die Forschungslücken bezüglich Alkohol-

konsum im Alter sollen identifiziert und Forschungsschwerpunkte definiert und aufeinander abgestimmt werden.

– **Unterstützung von Projekten:** Aktivitäten und Projekte für ältere Menschen sollen gezielt gefördert werden. Beispielsweise können im Rahmen der Umsetzung des NPA Projekte finanziell unterstützt werden, die sich diesem Thema widmen.

Gemäss den wenigen bestehenden Studien zum Thema sind altersgerechte Beratungs-, Entzugs- und Therapieangebote sehr erfolgreich. Ältere Alkoholpatientinnen und -patienten brechen Behandlungen trotz länger andauernder Entzugserscheinungen weniger häufig ab als junge. Hingegen ist zu sagen, dass die Heilungschancen bei Patienten mit einem späten Krankheitsbeginn (ab ca. 60 Jahren) grösser sind als bei jenen, die schon in jüngeren Jahren suchtkrank waren. In jedem Fall kann sich die Schweiz den Verzicht auf verstärkte Präventions- und Therapiemassnahmen für ältere Menschen nicht leisten – nicht nur aus sozialer, sondern auch aus ökonomischer Sicht. Zu kostspielig sind die Folgen einer unbehandelten Sucht, die von schweren Stürzen über eine verfrühte Unselbstständigkeit bis zu schweren physischen und psychischen Erkrankungen reichen.

Kontakt: Tamara Estermann,  
Sektion Alkohol und Tabak,  
tamara.estermann@bag.admin.ch

# Wege zu einer besseren Kommunikation

**Migration und Kommunikationsnetzwerke.** Die neue Studie «Wege zu einer besseren Kommunikation» befasst sich mit den Informationsnetzwerken von Zugewanderten und liefert Gesundheitsbehörden wertvolles Know-how für eine wirksame Vermittlung von Gesundheitsinformationen.

Wer Hilfe, Rat oder bestimmte Informationen sucht, wendet sich in aller Regel zuerst an den Familien- und Freundeskreis oder behilft sich mit Medien verschiedenster Art. Bei Gesundheitsfragen stehen oft der Hausarzt oder die Hausärztin oder in leichteren Fällen die Apothekerin oder der Apotheker an erster Stelle. Erst in zweiter Linie werden spezialisierte Stellen angegangen. Diese Erkenntnis über das Informationsverhalten der Bevölkerung ist an sich banal. Aus der Sicht von Behörden ist sie jedoch essentiell, wenn es um die Frage geht, wie Informationen und Botschaften die Zielgruppen erreichen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG), die Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen (EKM) und das Bundesamt für Migration (BFM) haben sich diese Frage insbesondere im Hinblick auf die Migrationsbevölkerung

gestellt und bei der Universität Neuenburg eine entsprechende Studie in Auftrag gegeben. Im Vordergrund stand zunächst das Anliegen, Ansätze für eine bessere Zusammenarbeit zwischen Behörden und Organisationen von Migrantinnen und Migranten zu finden.

## Rolle von Migrantenorganisationen nicht überschätzen

Wie die Studie anhand guter Beispiele aus dem In- und Ausland zeigt, können verschiedene Modelle der Kooperation in Betracht gezogen werden. Die Zusammenarbeit mit Migrantenorganisationen ist eine der Möglichkeiten, an spezifische Gruppen aus der Migrationsbevölkerung zu gelangen, sie darf aber nicht überschätzt werden. Nur ein Teil der Zugewanderten ist in Vereinen organisiert, und auch über Schlüsselpersonen und spezialisierte Dienste, mit welchen im Integrationsbereich häufig gearbeitet wird, können nur gewisse Personenkreise erreicht werden. Zudem berichten Migrantenorganisationen, dass sie zwar gerne angegangen werden, um ihre Mitglieder mit Informationen von Behörden zu versorgen, dass ihre Dienstleistung jedoch oft zu wenig anerkannt bzw. nicht honoriert wird. Obwohl partnerschaftlich an-

gelegt, erweisen sich solche Kooperationen häufig als eindimensional. Weit wichtigere Informationsquellen sind die eingangs erwähnten persönlichen Netzwerke im Familien- und Freundeskreis, Fachpersonen in Apotheken, ärztlichen Praxen oder Anwaltskanzleien sowie Internet und weitere Medien.

## Keine Unterschiede zwischen Einheimischen und Zugewanderten

Die Befragung einer Kontrollgruppe, bestehend aus Schweizerinnen und Schweizern, zeigte Überraschendes: Einheimische und Zugewanderte unterscheiden sich in ihrem Informationsverhalten nur minimal. Diese Erkenntnis ist aus integrationspolitischer Sicht höchst erfreulich. Entgegen der ursprünglichen Vermutung, dass für die Migrationsbevölkerung ganz spezifische Informationskanäle geschaffen werden müssten, zeigen die Resultate der Studie, dass bei der Verbreitung von Informationen an Migrantinnen und Migranten mit denselben Mitteln und ebenso differenziert vorgegangen werden muss wie bei der Information der einheimischen Bevölkerung. Es gilt in Zukunft nicht nur partnerschaftliche Kooperationen mit Organi-

sationen von Zugewanderten einzugehen, sondern auch die bisher unterschätzten persönlichen Netzwerke einzubeziehen. Zudem müsste die bislang wenig beachtete Rolle von Fachpersonen bei der Ausgestaltung einer für alle Bevölkerungsteile adäquaten Informationspolitik berücksichtigt werden.

Kontakt: Brigit Zuppinger,  
Nationales Programm  
Migration und Gesundheit,  
brigit.zuppinger@bag.admin.ch

## Die Studie «Wege zu einer besseren Kommunikation»

Die Studie ist in der Publikationsreihe «Materialien zur Migrationspolitik» der Eidgenössischen Kommission für Migrationsfragen (EKM) erschienen. Sie ist auf Deutsch (Kurzversion, 20 S.) und Französisch (54 S., Titel: «Vers une meilleure communication») erhältlich.

**Download oder Bestellung:**  
[www.ekm.admin.ch](http://www.ekm.admin.ch) > Dokumentation > Publikationen > Materialien zur Migrationspolitik