

spectra

80



Prävention rentiert!

2 Kosten und Nutzen von Prävention

Rentiert Prävention? Sind Massnahmen zu Prävention und Gesundheitsförderung wirtschaftlich erfolgreich und wie lässt sich die Wirtschaftlichkeit berechnen? Drei vom Bundesamt für Gesundheit initiierte Studien zeigen auf, wie sich Kosten und Nutzen von Präventionsmassnahmen in den Bereichen Tabak, Alkohol und Verkehrsunfälle verhalten. Die Studien machen deutlich, dass sich das Geld, das in Prävention investiert wird, um ein Vielfaches auszahlt.

9 Tabakkampagne überzeugt und wirkt

Die Tabakpräventionskampagne des Bundesamts für Gesundheit will das Nichtrauchen als gesellschaftliche Selbstverständlichkeit festigen. Die Auswertung zeigt, dass durch die Kampagne 2009 die Menschen berührt werden konnten. 80 bis 90% der Befragten finden die Kampagne klar, leicht verständlich, glaubwürdig, respektvoll, notwendig und sinnvoll. Im Zentrum der «Eigentlich logisch»-Kampagne standen Menschen und ihre authentischen Aussagen über das Rauchen oder über ihr bewegendes Schicksal mit einem ihnen nahestehenden rauchenden Menschen.

12 Prävention für Sexworkerinnen

Schätzungsweise 13 000 bis 20 000 Frauen verdienen in der Schweiz ihr Geld mit Prostitution. Diese Sexarbeiterinnen sind – nicht zuletzt wegen prekärer finanzieller Lage, sozialer Verachtung und fehlender Aufenthaltsbewilligung – gesundheitlich besonders gefährdet. Eine neue Studie des soziologischen Instituts der Universität Genf zeigt auf, welche Probleme diese besonders verwundbare Personengruppe hat und wo wirkungsvolle Prävention und Gesundheitsförderung ansetzen sollte – bei Prostituierten und bei Freiern.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Erste Schritte in Richtung Kosten-Nutzen-Analyse von Präventionsmassnahmen

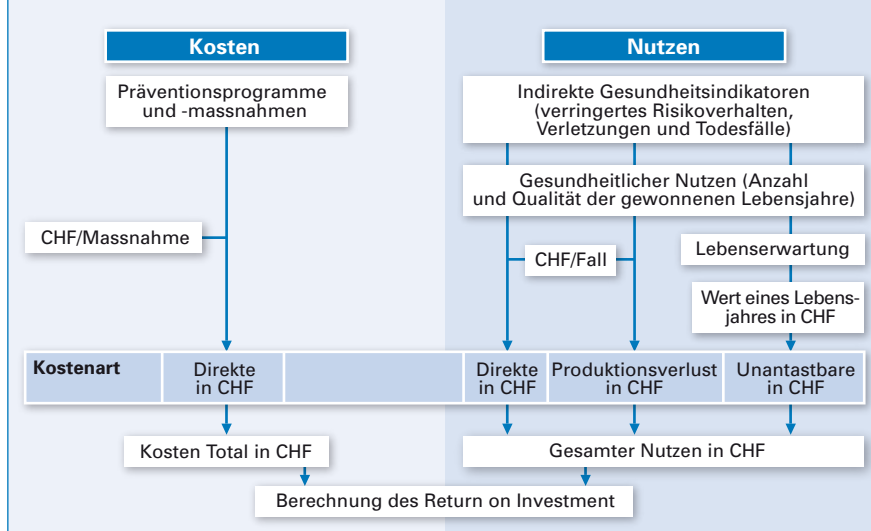
Evaluation. Sind Massnahmen zu Prävention und Gesundheitsförderung nötig und ihr Geld wert? Drei vom Bundesamt für Gesundheit initiierte Pionierstudien liefern erstmals konkrete Zahlen zum Kosten-Nutzen-Verhältnis von staatlicher Prävention in den Bereichen Verkehrsunfälle, Tabak und Alkohol. Die Ergebnisse sind erfreulich, aber vorerst mit Vorsicht zu geniessen.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) will sich in allen seinen Aktivitäten auf wissenschaftliche Grundlagen abstützen. Dazu zieht es Informationen bei, die bereits publiziert wurden. Fehlen diese, gibt das BAG in ausgewählten Bereichen Aufträge, die Grundlagen zu erarbeiten. Im Bereich der Prävention liegen international und national verschiedenste Publikationen vor. Sie zeigen auf, dass kluge Präventionsmassnahmen sehr gut wirken. Nur wenige Untersuchungen beschäftigen sich aber mit der Frage, ob diese Massnahmen auch unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten sinnvoll sind. Lohnen sich die Investitionen für Prävention, wenn man diese als Teil einer umfassenden Kosten-Nutzen-Rechnung betrachtet? Um diese Fragen zu klären, hat das BAG im Jahr 2007 drei Pionierstudien in den Bereichen Alkohol-, Tabak- und Verkehrsunfallprävention in Auftrag gegeben. Durchgeführt wurden sie vom Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie und vom Institut für Wirtschaftsforschung der Universität Neuchâtel.

Gemäss den Studien zahlt sich Prävention um ein Vielfaches aus

Die Studien wurden auf einer gesamtgesellschaftlichen Basis durchgeführt. Das heisst, es wurden einerseits alle relevanten Kosten der Präventionsmassnahmen und andererseits der gesamte Nutzen der Massnahmen für die Gesellschaft berücksichtigt. Dieser Nutzen ergibt sich aus der Summe der Kosten, die dank der Massnahme verhindert werden konnten. Im Einzelnen sind dies direkte Kosten (medizinische Kosten), Produktionsverluste aufgrund von Krankheit oder Unfall (z. B. Lohnausfälle) und immaterielle (unantastbare) Kosten, die durch den Verlust von Lebensqualität aufgrund von Krankheit, Behinderung oder frühzeitigem Tod entstehen. Der monetäre Wert des Verlusts dieser Lebensqualität wird mit einem von der WHO entwickelten Berechnungsschlüssel kalkuliert (DALYs – Disability Adjusted Life Years). Die nun veröffentlichten Ergebnisse zeigen folgendes Bild: Die Massnahmen in allen drei Bereichen haben die Morbidität, die Anzahl frühzeitiger Todesfälle und das daraus resultierende Leiden beträchtlich gesenkt. Der «Return on Investment» (ROI – Berechnungsbeispiel siehe Box) ist durchgehend positiv. In anderen Worten: Der Nutzen der Prävention ist gemäss den Studien um ein Vielfaches höher als ihre Kosten. Im Bereich der Verkehrsunfälle (ROI: 9) zeigt die Studie folgendes Bild: Zwischen 1975 und 2007 wurden die staatlichen Ausgaben für die Verhinderung

So werden Kosten und Nutzen von Prävention berechnet



von Unfällen im Strassenverkehr um 50% erhöht. Diese Erhöhung ging einher mit einem beträchtlichen Rückgang an Unfällen. Gemäss der Studie konnten dank diesen Präventionsmassnahmen 13 500 Unfalltote, 17 300 lebenslang Behinderte, 98 000 Schwerverletzte, 82 800 Mittelschwerverletzte und 710 000 Leichtverletzte verhindert werden. Total konnten damit 72,8 Milliarden Franken gespart werden. Die Studie hat weiter gezeigt, dass Massnahmen, die auf ein sichereres Fahrverhalten abzielen, ein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen als infrastrukturelle Massnahmen (Strassen, Sicherheitsvorrichtungen). Letztere machen den weitaus grösseren Teil der Ausgaben aus.

Noch eindeutiger fallen die Zahlen bei der Tabakprävention (ROI: 41) aus. Der Kampf gegen den blauen Dunst ist in den letzten Jahren massiv verschärft worden: In nur zehn Jahren, zwischen 1997 und 2007, haben sich die Ausgaben für Tabakkampagnen und andere Massnahmen vervierfacht – mit Erfolg. Denn diesen Mehrausgaben steht ein Rückgang der Rauchenden in der Schweizer Bevölkerung um 5,3% gegenüber (von 33,2% auf 27,9%). Dies entspricht 343 000 weniger Raucherinnen und Raucher. Der Grossteil dieses Erfolgs ist zwar auf Steuererhöhungen bei Tabakwaren zurückzuführen, aber rund ein Drittel davon (143 000) gehen nach Schätzungen der Experten auf das Konto von Präventionsmassnahmen durch

Forum

Kosten-Nutzen-Analysen neuer Leistungen – *quo usque tandem abutere patientia nostra?**

Wenn Sie der Meinung sind, dass die Mittel im Gesundheitswesen unendlich sind und dass wir das Geld und die Ressourcen nicht dorthin verteilen sollen, wo sie den grössten Nutzen für die grösste Anzahl Versicherte stiften, dann dürfen Sie getrost mit der Lektüre hier aufhören. Es sind eben genau diese Prämissen, die uns leiten, Wirtschaftlichkeitsanalysen, also Kosten-Nutzen-Analysen durchzuführen. Ein weiterer Irrtum liegt im Glauben, dass man solche Analysen nur für neue, teure Technologien fordern und durchführen soll. Das ist fundamental falsch. Kosten-Nutzen-Analysen sind als Planungsinstrument dazu gedacht, den Entscheidungsträger dabei zu unterstützen, aus einem Portfolio unterschiedlichster Möglichkeiten (Medikamente, Interventionen oder Diagnostika) denjenigen Mix zusammenzu-

stellen, der insgesamt für die grösste Anzahl Versicherte den grössten Nutzen erzielt. Und genau das ist doch das Ziel einer jeden solidarisch finanzierten sozialen Krankenversicherung. Ganz im Sinne des Utilitarismus. Und trotzdem kommen wir in der Schweiz in dieser Sache nicht so richtig voran. Warum nicht? Zum einen gibt es die teilweise berechnete Skepsis gegenüber solchen Studien. Man traut den Methoden nicht (obwohl diese schon auf jahrzehntelangen Erfahrungen beruhen), man traut den industriellen Sponsoren nicht (andere Geldquellen will sich die Schweiz ja nicht leisten), man traut den Forschenden nicht (obschon die meisten über die notwendige Erfahrung und Ausbildung verfügen) und man traut den Ergebnissen nicht (weil sie meistens positiv ausfallen). Lässt sich Abhilfe schaffen? Ich meine ja: Es brauchte erstens eine unabhängige Geldquelle, um solche Forschung zu finanzieren. Zweitens braucht es ein Forum, um die Forschenden und die Methodik weiterzuentwickeln und Studienergebnisse kritisch und konstruktiv zu hinterfragen. Damit meine ich nicht, dass man hierzu ein

eigenständiges Institut braucht, sondern primär einen politischen Willen, solche Analysen ernst zu nehmen und in die gesundheitspolitische Entscheidungsfindung einfließen zu lassen. Man müsste es ähnlich wie in der klinischen Forschung und Evidence-Based Medicine machen: eine Good Economic Practice forcieren, gesundheitsökonomische Studienregister etablieren, Peer-Review-Verfahren bei der Begutachtung fordern sowie, nach Vorliegen mehrerer Studienergebnisse, auch gesundheitsökonomische Metaanalysen und systematische Übersichten durchführen. Mit bescheidenen Mitteln könnten wir diese Vorschläge in einer liberalen, pragmatischen und konstruktiven Art unter Einbindung aller Stakeholder im Gesundheitswesen und nicht auf der Grundlage einer zentralistischen, diktatorischen oder gar gesetzbasierten Vorgabe, umsetzen. Wenn man Letzteres fordert, werden wir gut und gerne wieder zusehen dürfen, wie andere Länder beispielhaft Gesundheitsleistungen und -technologien aus ökonomischer Sicht bewerten werden. Nebenbei bemerkt: Auch wenn das KVG vorschreibt, dass Leistungen

hinsichtlich ihrer Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit bewertet werden sollten, mutet es seltsam an, dass nur die Wirksamkeit mit «wissenschaftlichen Methoden» bestimmt werden muss. Somit ist es verständlich, dass viele Leute (immer noch) das Gefühl haben, dass Wirtschaftlichkeitsanalyse gar keine Wissenschaft sei. Machen wir es uns also zur Aufgabe, in Zukunft auch zu fragen, was wir für das Geld erhalten, welches wir für die Gesundheit ausgeben. Geduld wird es allemal brauchen, aber: Geduld bringt bekanntlich Rosen.



Prof. Dr. med. Thomas D. Szucs MPH, MBA, LL.M.
Direktor des European Center of Pharmaceutical Medicine
Universität Basel

* (lat.) Wie lange noch wird man unsere Geduld missbrauchen? (Cicero pflegte Catilina regelmässig zu fragen, wie lange er seine Geduld noch zu missbrauchen gedenke.)

Information und Bildung. Rauchen verursacht in der Schweiz 11,2% aller durch Krankheit oder frühzeitigen Tod verlorener Lebensjahre bei normaler Gesundheit. Entsprechend hoch ist der ökonomische Nutzen von Tabakprävention von schätzungsweise 540 bis 900 Millionen Franken pro Jahr. Jeder Tabakpräventionsfranken zahlt sich damit für die Gesellschaft um das 41-Fache aus. Die Alkoholprävention (ROI: 23) liegt zwar hinter der Tabakprävention, sie verzeichnet aber trotzdem eindruckliche Erfolge. Insbesondere wenn man bedenkt, dass Alkohol heute günstiger und wesentlich einfacher erhältlich ist als früher. Zwischen 1997 und 2007 haben sich die Präventionsausgaben in diesem Bereich verdoppelt. Der Anteil der Personen mit missbräuchlichem Alkoholkonsum ist in dieser Zeit von 6% auf 5,1% gefallen, dies entspricht 55 000 Personen. Gemäss der Studie ist knapp die Hälfte dieses Rückgangs auf die Prävention zurückzuführen. Mit andern Worten: Hätte es keine Präventionsmassnahmen gegeben, gäbe es heute 25 000 alkoholranke Menschen mehr in der Schweiz.

BAG will keine voreiligen Schlüsse ziehen

Obschon die Ergebnisse erfreulich sind – der Nutzen überwiegt die Kosten der Präventionsmassnahmen – und auch durch andere Untersuchungen bestätigt werden, betrachtet das BAG diese Zahlen mit Vorsicht. Die wissenschaftliche Gemeinschaft ist sich der Komplexität von Kosten-Nutzen-Analysen zu prä-

ventiven und gesundheitsförderlichen Massnahmen bewusst. Der Zusammenhang zwischen einer Präventionsmassnahme und ihrer direkten gesundheitlichen Wirkung ist methodisch schwierig zu belegen. Die Wirkung von Präventionsmassnahmen auf die Gesundheit ist nicht direkt beobachtbar und zeigt sich oftmals erst Jahre später. Zusätzlich muss der Einfluss anderer Faktoren wie Inflationen, technischer Innovationen, Anpassungen in der Rechtsgebung, Änderungen in Geschmack, Einstellungen und Modetrends wie auch der Einfluss ebensolcher weltweiter Veränderungen beziffert werden. Ebenfalls eine Herausforderung stellt die Kalkulation des Returns on Investment dar, da Investition und Wirkung von präventiven Massnahmen monetär schwer zu beziffern sind. In diesem Sinne sind diese Pionierstudien als erste Schritte in Richtung Kosten-Nutzen-Analysen von Präventionsmassnahmen zu betrachten. Ihnen müssen weitere Arbeiten folgen, bevor man sich für eine weitere Optimierung der Präventionspolitik zu stark darauf bezieht. Damit dies möglich wird, müssen die methodischen Herausforderungen angegangen sowie die Verfügbarkeit und die Qualität der Daten verbessert werden. Dafür wird sich das BAG einsetzen.

www.health-evaluation.admin.ch
> Berichte und laufende Studien
> Ökonomische Evaluation

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

Return on Investment (ROI) – ein vereinfachtes Berechnungsbeispiel

Eine Präventionskampagne (Kosten: CHF 100 000.–) überzeugt 1000 Radfahrer, einen Helm zu tragen. Einer davon, ein 55-Jähriger, verursacht einen Fahrradunfall, bei dem er sich schwere Kopfverletzungen zugezogen hätte, wenn er keinen Helm getragen hätte. Diese verhinderte Verletzung ist die Folge des Präventionsprogramms. Sie hat folgenden monetären Wert:

1. Verhinderte medizinische Kosten: CHF 100 000.–
2. Verhinderter Einkommensausfall: CHF 500 000.– (der Radfahrer hätte mit 55 statt mit 65 aufgehört zu arbeiten)
3. Verhinderter Verlust an Lebensqualität durch die verhinderte Behinderung: CHF 500 000.–

Nutzen der Prävention (= Total verhinderte Kosten): CHF 1 100 000.–

ROI = Nutzen der Prävention – Kosten der Prävention / Kosten der Prävention

In diesem Beispiel also:
ROI = CHF 1 100 000.– – CHF 100 000.– / CHF 100 000.– = 10

Ein ROI von 10 bedeutet, dass jeder in dieses Präventionsprogramm investierte Franken der Gesellschaft einen Nutzen von 10 Franken bringt.

Gut gemachte Prävention kann entscheidend zur Verbesserung der Gesundheit beitragen. Aber macht sie sich auch wirtschaftlich bezahlt? Kann die Prävention ein besseres Kosten-Nutzen Verhältnis nachweisen als das kurative Angebot? Diese Fragen sind berechtigt. Die Antworten sind aber nicht einfach zu finden. Die Analyse des wirtschaftlichen Nutzens von Gesundheitsförderung und Prävention stellt eine grosse wissenschaftliche Herausforderung dar.

Umso erfreulicher ist es, dass es in der Schweiz einige Pionierstudien gibt, die diese Herausforderungen angenommen haben. Im Jahre 2009 untersuchte die Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz (VIPS) die Kosten-Nutzen-Aspekte von vorbeugenden Medikamenten. Die Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) finanzierte eine ökonomische Bewertung verschiedener Massnahmen zur Unfallprävention. Eine Studie aus 2004 des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich befasst sich ebenfalls mit der Wirtschaftlichkeit von Präventionsmassnahmen. Und last but not least liegen nun auch die Forschungsergebnisse des Bundesamts für Gesundheit vor. Die Universität Neuenburg und das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie berechneten im Auftrag vom BAG das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Präventionsmassnahmen in den Bereichen Tabak, Alkohol und Strassenverkehr.

Die nun vorhandenen Studien bringen interessante, ermutigende Ergebnisse und ebnen den Weg für weitere Untersuchungen. Künftig wird es darum gehen, die Methoden in diesem Bereich der Forschung und Evaluation zu verfeinern. Aber auch die Datengrundlagen sollen nach Möglichkeit ausgebaut, verbessert und vereinheitlicht werden, damit uns in Zukunft noch genauere und zuverlässigere Forschungsergebnisse zur Verfügung stehen werden.



Stefan Spycher
Vizedirektor
Bundesamt für Gesundheit

Infografik (Korrigendum)

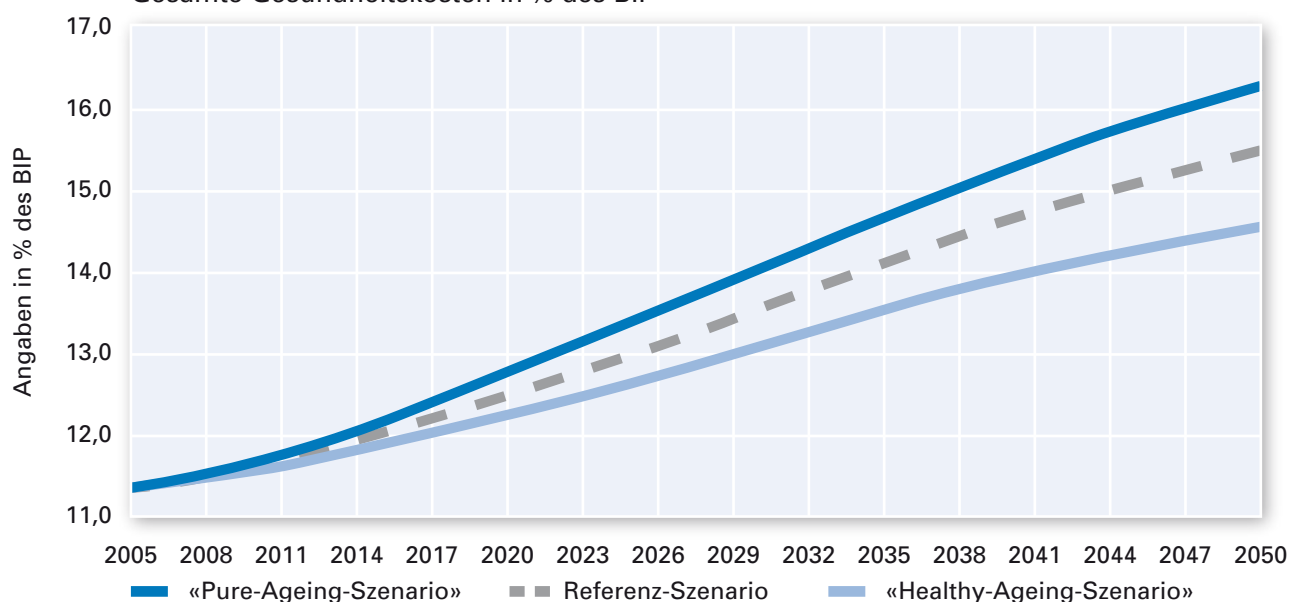
Liebe Leserin, lieber Leser
In der letzten Ausgabe von spectra haben wir eine Grafik abgebildet, welche aufzeigt, wie sich die Gesundheitskosten in

den kommenden Jahren – mit und ohne Einfluss der Prävention – entwickeln dürften. Leider hat sich dabei ein grober Fehler in der vertikalen Skala einge-

schlichen. Deshalb bringen wir hier die Grafik noch einmal in bereinigter Form und bitten um Entschuldigung.
Redaktion spectra

Die Entwicklung der Gesundheitskosten – Prävention rentiert!

Gesamte Gesundheitskosten in % des BIP



Übergewicht belastet das Gesundheitsbudget schwer



tegien, um die Übergewichtsepidemie einzudämmen.

Beim Lebensstil ansetzen

Die Palette an Behandlungsformen für Übergewicht und insbesondere Adipositas ist gross: Diät, Bewegung, Verhaltensänderung, medikamentöse Behandlungen oder auch operative Eingriffe. Eine frühere Studie von HealthEcon hat ergeben, dass auf den Lebensstil ausgerichtete Massnahmen zu Verbesserungen von Stoffwechselstörungen führen. Solche Störungen sind zum Beispiel erhöhter Blutdruck oder verminderte Insulinempfindlichkeit – alles Symptome, die mit der Entwicklung von Adipositas und Folgekrankheiten von Adipositas (Diabetes Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen usw.) verbunden sind. Zudem wurde aufgezeigt, dass Massnahmen zur Veränderung des Lebensstils ein wirksames Präventionsinstrument sind, dessen positive Auswirkungen mehr als drei Jahre lang anhalten. Den Prognosen zum Trotz muss den überflüssigen Kilos auf jeden Fall der Kampf angesagt werden. Es darf nicht einfach hingenommen werden, dass zwei von fünf Personen in der Schweiz übergewichtig oder adipös bleiben.

Übergewicht und Adipositas. 2007 litten 37% der erwachsenen Schweizer Bevölkerung an Übergewicht. Schätzungen zufolge wird sich dieser hohe Anteil in den nächsten zehn Jahren kaum verändern. Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) verursachen derzeit jährlich 5,8 Milliarden Franken direkte und indirekte Gesundheitskosten.

Zwischen 1992 und 2007 ist der Anteil der Bevölkerung, der an Übergewicht leidet, von 30,3% auf 37,3% gestiegen. Besonders ausgeprägt war diese Entwicklung bei der männlichen Bevölkerung, während der Anteil bei den Frauen mehr oder weniger stabil war. Eine Studie zur Gesundheitskostenlast von Übergewicht (BMI 25–30) und Adipositas (BMI >30) geht davon aus, dass die Ausbreitung dieser Krankheiten in der Schweiz glücklicherweise ihren Gipfel praktisch erreicht hat, aber leider mindestens bis 2022 auf diesem hohen Niveau verharren könnte. Knapp 50% der männlichen und knapp 30% der weiblichen Bevölkerung in der Schweiz werden mit grosser Wahrscheinlichkeit in den nächsten Jahren an Übergewicht oder Adipositas leiden. Die Studie wurde vom Bundesamt für

Gesundheit (BAG) in Auftrag gegeben und von HealthEcon, einer Beratungsfirma im Bereich Gesundheitsökonomie, durchgeführt. Die Daten stammen aus den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992 bis 2007.

4 Milliarden Franken Gesundheitskosten

Der Studie zufolge belaufen sich die direkten Gesundheitskosten von Übergewicht und Adipositas auf rund 4 Milliarden Franken pro Jahr (Stand 2007). Das entspricht 7,3% der gesamten Gesundheitskosten der Schweiz. Die direkten Kosten umfassen alle Ausgaben, die unmittelbar durch die Behandlung und die Prävention von Übergewicht und Adipositas anfallen. Dazu kommen indirekte Kosten von 3,9 Milliarden Franken, verursacht durch Krankheiten, die von Übergewicht und Adipositas stark begünstigt werden. Dies sind insbesondere Diabetes Typ 2, Herzkrankheiten, Osteoarthritis, Asthma, Depressionen oder Krebs. Gemäss Studie können insgesamt um 5,8 Milliarden Franken solcher direkten und indirekten Kosten dem Übergewicht oder der Adipositas zugeschrieben werden.

Was bedeutet eine derartige Entwicklung für die Bevölkerung der Schweiz im Allgemeinen und für das Gesundheitssystem im Besonderen? In den nächsten zwei Jahrzehnten kommt die «Babyboom»-Generation ins Seniorenalter, sodass in Zukunft die über 65-Jährigen ca. ein Drittel der Schweizer Bevölkerung ausmachen werden. Ein erheblicher Teil der Ressourcen im Gesundheitsbereich wird für diese Menschen eingesetzt werden müssen. Schon allein wegen dieser demografischen Entwicklung wiegen die direkten Gesundheitskosten von Übergewicht und

Adipositas schwer – zu schwer für das nationale Gesundheitsbudget. Gefragt sind also kosteneffiziente und nachhaltige Massnahmen und Präventionsstra-

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

Übergewicht und Adipositas bei Kindern

	1960/65		2007		2022 (Schätzung)	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
Übergewicht	5,1	5,4	11,3	9,9	12,5	18,4
Adipositas	0,0	0,0	5,4	3,2	4,3	3,4
Übergewicht/ Adipositas kombiniert	5,4	5,8	16,8	13,1	16,8	22,7

Prävalenz von Übergewicht (BMI 25–30) und Adipositas (BMI >30) bei 6- bis 13-Jährigen in Prozenten.

Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen

	1960/65		2007		2022 (Schätzung)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Übergewicht	11,8	6,1	13,6	6,0	14,5	9,3
Adipositas	1,1	0,7	1,8	1,7	1,7	1,7
Übergewicht/ Adipositas kombiniert	12,9	6,7	15,4	7,7	16,2	11

Prävalenz von Übergewicht (BMI 25–30) und Adipositas (BMI >30) bei 15- bis 24-Jährigen in Prozenten.

Jedes fünfte Kind ist zu dick

Auch bei Kindern und Jugendlichen haben Übergewicht und Adipositas in den letzten Jahren zugenommen. Gemäss vorsichtigen Schätzungen ist es jeodch möglich, dass der Höhepunkt der Übergewichtsproblematik bei den Kindern in den nächsten Jahren erreicht ist.

Bei der Prävention gilt: «Je früher, desto besser»

Prävention und Gesundheitsförderung für Kleinkinder. Der Lebensabschnitt zwischen null und vier Jahren ist entscheidend für die Entwicklung eines Kindes hin zum gesunden Erwachsenen. Verschiedene Studien zeigen, dass präventive Massnahmen in dieser Zeit besonders effizient sind. Deshalb baut das Bundesamt für Gesundheit sein Engagement in diesem Bereich aus.

Die Weichen für eine gesunde Entwicklung werden bereits im Vorschulalter gestellt. Unterteilt wird dieser Lebensabschnitt in Schwangerschaft und Geburt, erstes Lebensjahr und Kleinkindalter. Während die ersten beiden Phasen meist medizinisch begleitet werden, zeichnet sich das Kleinkindalter oft durch mangelnde medizinische und soziale/erzieherische Betreuung aus. Dies führt dazu, dass insbesondere Kinder sozial benachteiligter Familien beim Eintritt in den Kindergarten gesundheitliche Probleme und Entwicklungsdefizite aufweisen, die sich im Erwachsenenleben meist fortsetzen und verstärken. Beispiele dafür sind Übergewicht, motorische Entwicklungsdefizite oder Karies, wie das Gesundheitsdepartement Basel kürzlich mitteilte. Zudem beeinflussen die Erfahrungen und Rahmenbedingungen der frühen Kindheit neben dem aktuellen und dem späteren Gesundheitszustand auch die körperliche, die psychosoziale und die kognitive Entwicklung.



Starke Wirkung bei Risikokonstellationen

Dass sich Interventionen zur Förderung der frühkindlichen Entwicklung besonders nachhaltig auswirken, zeigten jüngst verschiedene amerikanische Langzeitstudien. Prävention in Familien

mit Risikokonstellationen erwies sich als besonders wirksam und kostengünstig. Die Studien zeigten ausserdem, dass die öffentlichen Haushalte durch die langfristig angelegten Projekte psychosozialer Prävention grosse Einsparungen erzielen konnten, nämlich das Zwei-

bis Vierfache der Programmkosten. Grundsätzlich gilt: Je höher das psychosoziale Risiko von Familien mit kleinen Kindern ist, desto früher, spezifischer und gezielter müssen präventive Angebote zur Verfügung gestellt werden.

Schweiz hat Wichtigkeit erkannt

In den letzten Jahren hat die Gesundheitsförderung und die Prävention bei Kindern im Alter bis vier Jahren sowie bei schwangeren Frauen auch in der Schweiz an Bedeutung gewonnen. Bund, Kantone, Gemeinden und NGOs haben Chancen und Notwendigkeit der frühen Prävention erkannt. Davon zeugen beispielsweise die Ausschreibung des Bundesamts für Migration zur Integrationsförderung im Frühbereich oder das im Jahr 2007 von der Stadt Bern lancierte Projekt Primano, welches Kinder bis fünf Jahre und deren Eltern für Themen wie Erziehung, Ernährung, Bewegung und Sprache sensibilisiert. Im Rahmen des Projekts Kinder- und Jugendgesundheit (KJG) baut auch das Bundesamt für Gesundheit sein Engagement in diesem Bereich aus. Der Fokus liegt dabei auf sozial benachteiligten Familien, denn dort zahlt sich die frühe Prävention sowohl für den Einzelnen als auch für die Gesellschaft besonders aus.

Kontakt: Isabelle Widmer,
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit,
isabelle.widmer@bag.admin.ch

Verstehen kann heilen

Interkulturelles Übersetzen. Wenn Sprachbarrieren überbrückt werden, senkt dies Gesundheitskosten. Um dieses viel benutzte Argument für interkulturelles Übersetzen wissenschaftlich zu belegen, hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Vorstudie «Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen» in Auftrag gegeben.

Fouad Mathari, ein Zahnarzt aus dem westlichen Iran, erlebte nach abenteuerlicher Flucht in die Schweiz eine weitere Odyssee: Während sechs Jahren irrte er von Arzt zu Arzt, um seinen schwindenden Gehörsinn und den nervtötenden Tinnitus zu behandeln, bis er – dank einer interkulturellen Übersetzerin – endlich operiert wurde. Heute ist sein Gehör tadellos, er fühlt sich wieder als vollwertiger Mensch.

Ethische Pflicht – ökonomische Notwendigkeit?

Zurzeit leben in der Schweiz ca. 200 000 allophone Personen wie Fouad Mathari, das heisst fremdsprachige Menschen, die sich in keiner der gängigen Landessprachen verständigen können. Das führt zu Verständigungsproblemen mit weitreichenden negativen Folgen, die

durch interkulturelle Übersetzer oder Übersetzerinnen verhindert werden könnten. Ihr Einsatz im Gesundheitswesen ist nicht nur aus medizinischen Gründen, sondern auch aus ethischen (z. B. Chancengleichheit beim Zugang zu medizinischen Leistungen) und juristischen Gründen (z. B. Aufklärungspflicht vor medizinischen Eingriffen) erforderlich. Doch auch ökonomische Argumente sprechen dafür.

Wirkungsketten aufzeigen

Um die ökonomische Argumentation belegen zu können, hat das BAG durch das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) die Vorstudie «Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen» erstellen lassen. Diese verfolgt folgende Ziele:

- Qualitative Darstellung der Wirkungsketten, die den Kosten und dem Nutzen des interkulturellen Übersetzens zugrunde liegen (Teilbericht I)
- Darstellung des Nutzens des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen anhand von drei Fallbeispielen wie jenem von Fouad Mathari (Teilbericht II)
- Prüfung der Machbarkeit und Erarbeitung eines Konzepts für eine allfällige quantitative Kosten-Nutzen-Analyse (Teilbericht III)

Im Teilbericht I (Hauptbericht) erläutern die Autoren insbesondere die wichtigsten Wirkungszusammenhänge sowie Kosten- und Nutzenfaktoren. Sie weisen darauf hin, dass bei der derzeitigen medizinischen Unterversorgung von allophonen Personen ein Übersetzungsangebot neben den direkten Kosten (Arbeits-, Vermittlungs- und Administrationskosten) eine «Mengenausweitung» bewirken kann, das heisst eine erhöhte Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und folglich mehr Kosten. Diese entstehen zum Beispiel, wenn dank besserer Verständigung mehr Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden oder das Spektrum möglicher Behandlungen ausgeweitet wird. Dies jedoch als Kosten des interkulturellen Übersetzens zu definieren, käme der Akzeptanz eines medizinischen Zweiklassensystems gleich, in dem allophone Personen im Gegensatz zu Einheimischen kein Recht auf eine differenzierte Diagnose, basierend auf den dafür erforderlichen medizinischen Abklärungen, hätten.

Auf der Nutzenseite des interkulturellen Übersetzens steht klar der Effizienzgewinn. Dieser ist insbesondere dann wahrscheinlich, wenn Verständigungsprobleme zu einer medizinischen Unterversorgung der allophonen PatientIn-

nen führen. Beispiele dafür sind unnötige Spitaleinweisungen oder Diagnoseuntersuchungen, die durch Unsicherheit und mangelndes Verständnis zwischen Arzt bzw. Ärztin und Patient bzw. Patientin entstehen.

Den indirekten Nutzen des interkulturellen Übersetzens sehen die Autoren in der besseren Gesundheit respektive im Verhindern negativer Krankheitsverläufe und der entsprechenden Kosten. Sei es, dass dank des Übersetzens vermehrt rechtzeitig eine adäquate Behandlung eingeleitet werden kann, oder sei es, dass die Patienten bzw. Patientinnen Sinn und Ablauf der Therapie besser verstehen, diese besser befolgen und somit schneller genesen.

Link/Download:
www.miges.admin.ch > Interkulturelles Übersetzen > Projekte
Hier können Teilbericht I und II sowie eine Powerpoint-Präsentation zum Thema heruntergeladen werden.

Kontakt: Michèle Baehler,
Nationales Programm Migration und Gesundheit,
michele.baehler@bag.admin.ch

«Es muss ein Anliegen des Staates sein, Chancengleichheit herzustellen.»

Interview mit Markus Zimmermann. Wer trägt die Verantwortung für die Gesundheit des Individuums und der Gesellschaft? Wie sollen die knappen Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung eingesetzt werden? Ein Gespräch mit dem Ethiker und Moraltheologen Markus Zimmermann über die ethischen Herausforderungen in der Gesundheitspolitik.

spectra: Wer ist, angesichts der immer komplexeren und pluralistischeren Wertestrukturen in der Gesellschaft, für die Prävention verantwortlich und wie sollen die Mittel eingesetzt werden? Und welche ethischen Überlegungen drängen sich in diesem Zusammenhang auf?

Markus Zimmermann: Wir Ethikerinnen und Ethiker untersuchen Entscheidung und Handlungen auf deren Wertgehalt. Grundsätzlich ist für uns jede politische Handlung interessant, besonders natürlich solche wie die Prävention, für die im Jahr mehr als eine Milliarde Franken ausgegeben werden. In der Ethik geht es grundsätzlich um Gerechtigkeit und um das gute Leben. Beides ist bei der Prävention zentral.

Prävention zielt im Wesentlichen darauf ab, dass Menschen ein möglichst langes und möglichst gesundes Leben leben können.

Meines Erachtens lassen sich vier Ziele der Prävention unterscheiden, die alle ethisch nicht unumstritten sind. Ein erstes Ziel besteht im Schutz der Gesellschaft, zum Beispiel vor Infektionskrankheiten wie AIDS oder Gebärmutterhalskrebs: Auch wenn der Handlungsbedarf hier unbestritten ist, werden die Impfkampagnen unterschiedlich beurteilt. Ein zweites Ziel besteht darin, Gerechtigkeit im Sinne von Chancengleichheit herzustellen. Gesellschaftlich Benachteiligte haben auch in der Schweiz eine signifikant niedrigere Lebenserwartung. Prävention will hier Gerechtigkeit schaffen. Ein drittes Ziel

«Mit der Messung der Kosteneffektivität ist die Lebensqualität verbunden. Es geht also nicht nur um messbare Größen, sondern um qualitative Urteile.»

ist, ein gutes Leben zu ermöglichen, kurz: Menschen glücklicher zu machen, weniger süchtig usw. In dieser Hinsicht ist die Prävention ein gewagtes Unterfangen, da Glück sehr unterschiedlich verstanden wird. Natürlich ist die Gesundheit ein besonderes Gut, insofern sie Bedingung zur Ermöglichung anderer Ziele ist. Tritt sie allerdings an die Stelle anderer Ziele, wird sie gar zum Hauptziel im Leben, ist die Enttäuschung vorprogrammiert: Gesundheit

ist zwar ein Ermöglichungsgut, aber kein Ziel in sich selbst, das ein sinnvolles Leben zu sichern vermag. Ein viertes Ziel ist, mit Prävention Geld zu sparen. Das halte ich für Augenwischerei. Zwar wird niemand bezweifeln, dass etwa die Masernimpfung dazu beiträgt, Gesundheitsausgaben im Bereich der Masernbehandlung bzw. von deren Folgen einzusparen. Das halte ich für trivial. Dagegen wird eine erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung grundsätzlich dazu führen, dass die Gesundheitsausgaben aufs Ganze gesehen ansteigen werden. Wenn jemand mit Mitte 50 an den Folgen eines Lungenkarzinoms stirbt, ist er im Durchschnitt viel billiger als ein Mensch, der kerngesund im Alter von 95 stirbt. Die Kosten sind daher auch nicht das Kriterium, sondern die Kosteneffektivität. Es gibt Massnahmen, die zwar sehr teuer, aber trotzdem kosteneffektiv sind.

Also etwas pointiert formuliert, wäre ein Mensch, der am Tag seiner Pensionierung kerngesund stirbt, für die Gesellschaften am billigsten.

Ja. Ich betone das, weil mit der Messung der Kosteneffektivität der Begriff der Lebensqualität verbunden ist. Es geht also nicht nur um messbare Größen, sondern um qualitative Urteile, wie es bei den QALYs der Fall ist, den qualitätsbereinigten Lebensjahren, die oft als Massstab herangezogen werden. Präventionsgegner wie Peter Zweifel ziehen es dagegen vor, Berechnungen aufgrund der Zahlungsbereitschaft der Bürgerinnen und Bürger anzustellen. Er fragt beispielsweise, wie viel es den Menschen wert ist, die Einschränkung ihrer freien Arztwahl in Kauf zu nehmen: 40 oder 50 Franken im Monat? Doch die Ergebnisse solcher Studien geben keine Auskunft über die Kosteneffektivität von Massnahmen.

Das ist genau das Argument von Gegnern präventiver Einschränkungen. Sie sagen, das führe zu einer Verbotskultur. Man soll so viel rauchen und trinken und sich so ernähren dürfen, wie man will. Vorschriften schränken die Freiheit ein, und Freiheit ist schliesslich für viele Menschen ein wichtigerer Faktor für die Lebensqualität als ein paar Lebensjahre mehr.

Das sehe ich auch so. Aber die Prävention verfolgt – wie gesagt – unterschiedliche Ziele, und das Gerechtigkeitsziel ist für mich mit diesem Argument noch nicht vom Tisch. Das Ziel, Menschen glücklicher zu machen, schon eher, und damit auch das Ziel, mir die Süchte abgewöhnen zu wollen. Hier sollten wir nach der Vision fragen, die dem zugrunde liegt. Geht es darum, einen Menschen zu schaffen, der ohne Süchte lebt, und diesen Eindruck habe ich bei manchen Werbeaktionen, dann geht das steil an uns Menschen vorbei. Schaffen wir die Süchte ab, dann schaffen wir in



Wirklichkeit den Menschen ab. Wenn Sie aber sagen, dass gewisse neue Volkskrankheiten wie die Adipositas stark mit gewissen sozioökonomischen Bedingungen korrelieren, dann brauchen wir eine Verhältnis-, nicht nur eine Verhaltensprävention. Solche Aktivitäten sind aus sozialetischer Sicht zu begrüssen, insoweit es um die Herstellung von Chancengleichheit in der Gesellschaft geht. Es muss ein Anliegen des Staates sein, Chancengleichheit herzustellen.

Können Sie dazu ein Beispiel nennen?

Bei uns haben einige Schulkinder eine Mittagsbetreuung mit Mittagessen, bei welchem die Kinder bisweilen nicht satt werden. Um den übergewichtigen Kindern etwas Gutes zu tun, wird das Essen für alle knapp gehalten. Einige gehen dann hungrig zur Schule zurück, andere decken sich am nächsten Kiosk mit Schleckzeug ein. Es ist eine Illusion zu glauben, über die Essensrationierung könne Einfluss auf die Adipositas von Kindern zwischen sechs und zwölf Jahren genommen werden. Auch wenn die Motive gut sein mögen, wird dadurch nur Leiden produziert. Ganz zu schweigen von den Plakaten, die ich für diskriminierend halte. Jene mit den Riesensitzen zum Beispiel, die wohl abschreckend wirken sollen. Sinnvoll scheint mir hier die Verhältnisprävention zu sein, welche auf Bildung, Arbeitsplätze, Unterstützung von Alleinerziehenden etc. gerichtet ist. Damit können wir zumindest anstreben, dass weniger Kinder übergewichtig heranwachsen.

Was halten Sie von Verhältnispräventionsmassnahmen, die die Lebensmittelindustrie in die Pflicht nehmen, indem man ihr zum Beispiel vorschreibt, weniger Fett oder Zucker in ihre Produkte zu geben oder keine Dickmacher an die Kasse zu stellen?

Hier gibt es sicher vernünftige Ideen und Ansätze, wobei aus ethischer Sicht grundsätzlich nachgewiesen werden muss, dass eine Massnahme auch tatsächlich im Hinblick auf die gesetzten Ziele etwas bewirkt.

Wie stehen Sie zum geplanten Präventionsgesetz, das derzeit dem Parlament vorliegt?

Insoweit es um ein Rahmengesetz geht und nicht um Verbote oder Vorschriften, finde ich es wichtig; auch die Schaffung eines nationalen Instituts scheint mir sinnvoll. Für wichtig halte ich zudem die Durchführung von Interventionsstudien, welche die Wirksamkeit konkreter Massnahmen untersuchen. Hinweisen möchte ich in diesem Zusammenhang auf die Publikationen von Michael Marmot (z.B. The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity, London 2005). Er vermag aufzuzeigen, dass der soziale Status, die

«Schaffen wir die Süchte ab, dann schaffen wir in Wirklichkeit den Menschen ab.»

Kontrolle über das eigene Leben und der Grad der gesellschaftlichen Integration weitgehend über den Gesundheitszustand bestimmen.

Wer oder was ist Ihrer Meinung nach für die Gesundheit eines Individuums, einer Familie oder einer Gesellschaft verantwortlich?

Selbstverständlich ist jeder in erster Linie für sich selber verantwortlich, und Eltern für ihre Kinder. Auch Schule, Arbeitsplatz und letztlich der Staat tragen eine Mitverantwortung. Aus staatlicher Sicht sollte ähnlich wie in der Bildungspolitik die Herstellung der Chancengleichheit handlungsleitend sein, also die Idee, allen Menschen eine ähnliche Ausgangsposition zu ermöglichen, um ihr Leben verantwortlich und nach eigenen Vorstellungen zu gestalten.

Noch einmal zur Chancengleichheit. Man weiss noch zu wenig darüber, ob die Präventionsprogramme auch wirklich die Benachteiligten erreichen ...

Ja, das ist eine schwierige Frage. Die Gesundheit ist ja nur zu zirka 10% durch die Gesundheitsversorgung determiniert, dagegen zu etwa 50% durch das familiäre, soziale und berufliche Umfeld bzw. den Lebensstil, zu 20%

durch die Umwelt und zu ebenfalls 20% durch genetische Anlagen, wie Herr Zeltner einmal in einem Referat dargelegt hat. Wollen wir also für Gesundheit sorgen, betrifft das nur zu einem Bruchteil die Gesundheitsversorgung. Das ist das zentrale Problem von Public Health: Eigentlich geht es um das Leben in seinen unterschiedlichsten Facetten, und das ist kaum greifbar.

Was ist zu tun, um Unterschiede einzuebnen, die Kluft zwischen Arm und Reich zu verringern?

Wir sollten uns bemühen, für ausgeglichene Verhältnisse zu sorgen. Die Schweiz kann sich diesbezüglich ja sehen lassen. Einmal abgesehen von einer stark abgehobenen Oberschicht, besteht eine robuste gesellschaftliche Kohäsion und Partizipation: Die meisten Menschen fühlen sich dazugehörig und nicht ausgeschlossen. Das ändert sich allerdings momentan: Ähnlich wie in den Nachbarländern entstehen beispielsweise in den Einkaufszentren zweierlei Produktlinien, eine teure und eine billige. Das ist ein klares Anzeichen dafür, dass die soziale Schere auseinandergeht. Dass sich eine ähnliche Entwicklung auch im Bereich der Gesundheitsversorgung abzeichnet, zeigen die Rationierungsdebatten. Ich halte das für problematisch. Epidemiologen wie Michael Marmot konnten zeigen: Je gleicher eine Gesellschaft, je stärker die Partizipationsmöglichkeit der Bürgerinnen und Bürger, desto höher liegt die durchschnittliche Lebenserwartung.

Ist die Herstellung von Gerechtigkeit das oberste Ziel, das Kosten darf, was es will?

Gerechtigkeit heisst angesichts der Knappheit aller Ressourcen stets auch Verteilungsgerechtigkeit. In der Gesundheitsversorgung benötigen wir angesichts des technischen Fortschritts und immer kostenintensiverer Behandlungen die Berücksichtigung der Kosteneffektivität. Massnahmen, die nicht kosteneffektiv sind, sollten wir aus Gerechtigkeitsgründen sein lassen, weil die Mittel knapp sind und wir sie dort einsetzen sollten, wo es sinnvoll und gerecht ist.

Ist es angesichts der Kostenexplosion aus ethischer Sicht nicht auch eine Pflicht der Bürger, dieses Ermöglichungsgut, in das der Staat viel Geld investiert, nicht einfach zu verschwenden?

Selbstverständlich gibt es auch eine Verantwortung gegenüber sich selbst und seiner Gesundheit, und das nicht nur aus finanziellen Gründen. In der neueren Ethik ist dieser Gedanke der Selbstverpflichtung etwas verloren gegangen, an dessen Stelle sind im Sinne des Individualismus Begriffe wie Freiheit und Eigeninteresse getreten. In der Beurteilung des Suizids lässt sich beispielsweise sehr gut erkennen, wie sich hinsichtlich des Umgangs mit dem eigenen Leben Bewertungen verschoben haben. Aber doch noch ein Wort zur sogenann-

ten Kostenexplosion. Ich möchte betonen, dass es eine solche nicht gibt, vielmehr erleben wir eine Ausweitung der Gesundheitskosten seit den 60er-Jahren von jährlich zwei bis vier Prozent. Das ist keine Explosion. Wenn etwas «explodiert», dann sind es die Prämien. Diese nehmen zumindest viel stärker zu als die Gesundheitskosten, was ich für erklärungsbedürftig halte. Ich gehe davon aus: Falls sich der Wohlstand und der medizinische Fortschritt in den nächsten Jahren so weiter entwickeln wie in den vergangenen Jahren, wird auch die Kostenkurve ähnlich weiterverlaufen

«Massnahmen, die nicht kosteneffektiv sind, sollten wir aus Gerechtigkeitsgründen sein lassen, weil die Mittel knapp sind und wir sie dort einsetzen sollten, wo es sinnvoll und gerecht ist.»

und werden die Gesundheitskosten um etwa vier Prozent pro Jahr zunehmen. Denn die Kostenmotoren sind der Fortschritt und der Wohlstand, und beide werden in der Regel von uns begrüsst. Eigenverantwortung war ein Zauberwort, welches die massive Individualisierung in der Gesellschaft reflektiert hat. Nun hat sich aber herausgestellt, dass die Verhältnisprävention zur Erreichung der Gesundheitsziele viel stärker berücksichtigt werden muss, als in den letzten Jahren angenommen wurde. Der Appell an den Einzelnen bzw. die Verhaltensprävention allein sind zu wenig, das sehen auch Liberale wie Ständerat Felix Gutzwiller nicht anders.

Das ist ja dann die Frage dieser Lastenverteilung. Wenn die Gesundheitskosten im Verhältnis zum Bruttosozialprodukt immer mehr werden, bis zu 15 Prozent betragen, heisst das doch auch, dass wir eine kränkere Gesellschaft haben.

Nein. Aber der zunehmende Wohlstand ermöglicht es, dass wir mehr Zeit haben, uns mit unserer Gesundheit und unserem Körper zu befassen. Wir haben mehr Geld zur Verfügung, um dieses in die Gesundheit zu investieren, und wir werden durchschnittlich immer älter, so dass auch chronische Krankheiten und Pflegebedürftigkeit zunehmen. Wir reden überdies stets über die 60 Milliarden. Darin allerdings ist viel enthalten, was wir nicht wirklich benötigen. Aus sozialetischer Sicht geht es zunächst einmal um die rund 20 Milliarden, die solidarisch finanziert werden, also die Kosten für die Grundversorgung. Die sollten wir im Auge behalten. Was die anderen Ausgaben betrifft, werden diese bei ähnlicher Entwicklung des BIP in den nächsten Jahren rasch die Grenze von 100 Milliarden überschritten haben. Aus gerechtigkeitsethischer Sicht heisst aber das zentrale Ziel, eine qualitativ hoch stehende Gesundheitsversorgung

für alle auf die Dauer zu sichern. Und das betrifft in erster Linie die Grundversorgung. Was sich darüber hinaus an neuen Behandlungsmöglichkeiten in den Bereichen Wellness, Beauty, Anti-Aging und Enhancement (Verbesserung) allgem. auftut, betrifft den Bereich der Sinnfragen und des guten Lebens, nur sekundär die Verteilungsgerechtigkeit.

Wir haben von Eigenverantwortung und vom Return on Investment gesprochen. In den 90er-Jahren war der Individualismus ein sehr starker Trend. Spüren Sie Anzeichen einer Rückkehr zum Solidaritätsgedanken, der in einem Sozialversicherungssystem ja immer das Hauptmotiv sein muss?

Ich glaube, das Pendel wird in den nächsten Jahren in Richtung der Betonung des Kollektiven und der Gemeinschaft umschlagen, allerdings auch mit den dazugehörigen Gefahren. Erste Anzeichen dafür lassen sich bereits ausmachen. Die Verbesserung des Menschen als Gattungswesen wird thematisiert, die Relativierung der Interessen Einzelner und der Autonomie, selbst eugenisches Gedankengut wird wieder salonfähig, wenn Sie die Debatten um Gendiagnostik und Behinderung genauer anschauen. Gesundheitsutopien, die meist als Dystopien im Sinne von Gesundheitsdiktaturen geschildert werden, erinnern uns an den zerbrechlichen Wert der individuellen Freiheit. Sie haben diese Frage mit dem Stichwort «Solidarität» ja eigentlich positiv aufgegleist, und es gäbe hier sicher auch Positives zur Wiederentdeckung der Solidarität zu sagen.

Kommen wir noch mal zurück zum demokratischen Entscheid. Würden denn Ärmere und sozial Benachteiligte für Prävention stimmen?

Wenn es sinnvolle Massnahmen sind, welche die Verhältnisprävention angemessen mit einbeziehen, kann ich mir das gut vorstellen. In England wurde die Erfahrung gemacht, dass ein Rauchverbot bei den unteren Berufsschichten

nicht greift: Ihnen soll gleichsam das letzte Vergnügen auch noch vergällt werden. Und die Betroffenen bringen dann durchaus zehn Franken für ein Päckchen auf, auch wenn sie Hunger leiden müssen. Es ist erwiesen: Auf diese Weise sind diese stark von den negativen Folgen des Rauchkonsums betroffenen Gruppen nicht zu erreichen. Hingegen vernünftige Löhne und humane Arbeitsplatzbedingungen zu schaffen, könnte da schon etwas ändern. Auch bei uns mache ich mir keine Illusionen: Bestimmte Jugendliche rauchen zwar nicht mehr, dafür haben sie Marihuana oder Kokain entdeckt, beide sind in den letzten Jahren unter der Hand relativ erschwinglich und leicht zugänglich geworden.

Denken Sie nicht, dass auch beim Rauchverbot ein gesellschaftlicher Prozess stattfinden wird, nach dem es dann ganz selbstverständlich ist, dass man nicht raucht? Beim Gurtenobligatorium waren die Diskussionen genau so heftig. Heute ist das Gurtentragen eine automatische Selbstverständlichkeit.

Wenn die Leute das Rauchen als Ventilfunktion gebrauchen, werden sie ein anderes Ventil benötigen und finden, sollten sie das Rauchen aufgeben. Ob der Ersatz dann gesünder ist oder nicht, bleibt zunächst offen. Was das Rauchen anbelangt, unterscheidet sich ein Verbot in Räumen von anderen Massnahmen, insofern andere Menschen geschädigt werden. Das ist der Grund, warum Verbote in diesem Bereich ethisch begründet sind. Bei der Adipositas ist das nicht mehr der Fall. Deshalb wäre ich in diesem Bereich bei Verboten sehr skeptisch. Warum sollte ein Mensch nicht dick sein? Meines Erachtens ist es kurzfristig, Übergewicht nur schlecht zu bewerten. Hinsichtlich der Knochenbruchgefahr bei Stürzen im Alter ist es sogar von Vorteil, übergewichtig zu sein. Wenn wir etwas erreichen wollen, sollten wir stets gesellschaftliche Kontexte und Diskurse angemessen berücksichtigen und nicht einseitig auf körperliche Massnahmen setzen.



Unser Gesprächspartner

Dr. theol. Markus Zimmermann-Acklin, geboren 1962 in Niederlahnstein (D), lebt seit 1983 in der Schweiz. Er ist Lehr- und Forschungsrat am Departement für Moralthologie und Ethik an der Universität Fribourg. Zimmermann ist Mitherausgeber der Schriftenreihe «Folia bioethica», Mitglied der Schriftleitung bei Ethik in der Medizin und Bioethica Forum sowie Vizepräsident der Zentralen Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Kürzlich erschienen: Bioethik in theologischer Perspektive. Grundlagen, Methoden, Bereiche, Freiburg i.Ue./Freiburg i.Br. 2010 (2. erg. Aufl., zuerst 2009).

«Die Arbeit im Team erleichtert die Aufgabe des Therapeuten»

5 Fragen an Philip Nielsen. Nielsen ist Psychologe und Psychotherapeut FSP in Genf und dort lokaler Verantwortlicher für die internationale Studie INCANT (INternational CAnnabis Need of Treatment) und Supervisor für Multidimensionale Familientherapie (MDFT).



Herr Nielsen, in welchem Gebiet sind Sie tätig?

Als Psychotherapeut FSP habe ich mich auf die systemische Betreuung von Suchtproblemen spezialisiert. Ich arbeite seit mehr als 20 Jahren auf diesem Gebiet, davon 6 bei der Fondation Phénix in Genf. Im Jahre 2004 haben Dr. Marina Croquette Krokas, die leitende Ärztin der Stiftung, und ich die Beratung für Jugendliche eröffnet. In diesem Rahmen beteiligten wir uns am INCANT-Forschungsprogramm für das Bundesamt für Gesundheit. 2006 haben wir mit einer randomisierten Studie die Wirksamkeit der Multidimensionalen Familientherapie MDFT erprobt. Die klinische Phase des Forschungspro-

gramms ist soeben zu Ende gegangen. Wir warten auf die letzten Follow-ups und die Auswertung der Daten. Die nationalen und internationalen Ergebnisse dürften Ende 2010 vorliegen.

Können Sie uns genauer beschreiben, was die MDFT ist?

MDFT ist eine systemische, evidenzbasierte Therapie, die vor 25 Jahren durch Prof. Howard Liddle an der Universität von Miami entwickelt wurde. Sie richtet sich an jugendliche Konsumenten von Cannabis und anderen Drogen. Sie umfasst eine kurze (4 bis 6 Monate dauernde), intensive (rund 2 wöchentliche Therapiesitzungen) und simultane Betreuung der Jugendlichen, ihrer Eltern, weiterer Familienmitglieder und möglicher Bezugspersonen ausserhalb der Familie. Eines der Paradigmen dieses Konzeptes ist, dass abweichendes Verhalten wie Drogenkonsum, Kriminalität und anderes Risikoverhalten während der Adoleszenz ihre Wurzeln in den Risikofaktoren dieser vier Grunddimensionen haben; beim Jugendlichen selbst, seinen Eltern, bei Familienmitgliedern und beim ausserfamiliären Umfeld.

Welche Vorteile hat MDFT gegenüber einer Standardbehandlung?

Der erste grosse Vorteil, den ich nach beinahe vier Jahren MDFT-Praxis sehe, ist der enge Zusammenhang zwischen

Forschung und klinischer Praxis: Die wissenschaftlichen Kenntnisse, die mit hoher Geschwindigkeit wachsen, erweitern unser klinisches Repertoire, ohne jedoch die Kreativität des Therapeuten zu behindern. Zweitens handelt es sich um ein Team und nicht um einen Einzeltherapeuten. Das MDFT-Team besteht aus einem Supervisor, einem Therapeuten und einem therapeutischen Assistenten. Der Supervisor verfolgt jeden Fall gemeinsam mit dem Therapeuten. In der Tat hängt der Erfolg – gemäss einem für die Urheber der Methode wichtigen Leitsatz – nicht nur vom Einsatz des Therapeuten, sondern auch vom Einsatz des Supervisors ab. Der therapeutische Assistent kümmert sich, quasi als externer Erzieher, um alles, was ausserhalb der Familie liegt. Die Arbeit im Team erleichtert die Aufgabe des Therapeuten, der gelegentlich mit sehr schwierigen Situationen konfrontiert wird.

Wie ist dieser neue Behandlungsansatz von den verschiedenen betroffenen Kreisen aufgenommen worden?

Im Allgemeinen sehr gut. Wir sind bei unseren Partnern (Richtern, Schulen, Jugendschutzbehörden, usw.) einer echten Wissbegierde und einem Geist der Zusammenarbeit für das Forschungsprogramm begegnet. In der Folge hat die MDFT es ermöglicht, eine enge Part-

nerschaft mit dem Jugendgericht aufzubauen. Es wurde ein Protokoll für diese Zusammenarbeit ausgearbeitet, und wir haben eine spezifische Betreuung für Therapien geschaffen, die von der Justiz angeordnet worden sind. Diese haben sich, entgegen einem verbreiteten Glauben, als ebenso effizient erwiesen wie die «freiwilligen» Therapien.

Sind Fortbildungsangebote für die Einführung der MDFT in der Schweiz vorgesehen? An wen können sich interessierte Personen wenden?

In der französischen Schweiz haben mehrere Institutionen Interesse gezeigt, und es wird Anfang Juni im GREA (www.grea.ch) eine erste Einführung in die MDFT für Fachleute geben. Was ein mögliches (inter-)nationales Fortbildungsinstitut für die MDFT anbelangt, gibt es echte Synergien zwischen den Teams der fünf Länder, die an INCANT teilnehmen, und die ersten entsprechenden Schritte wurden bereits eingeleitet. Für uns in der Schweiz hängt die Zukunft selbstverständlich von den Endergebnissen der Forschung und von den politischen Optionen ab, die sich daraus ergeben.

Organspende und Spitex-Inanspruchnahme: Analyse aus der Genderperspektive

Gesundheit und Gender. Bei der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 wurden die Themen Organspendewilligkeit und Spitex-Inanspruchnahme aus der Geschlechterperspektive ausgewertet.

In der Schweiz stammen – wie auch weltweit – fast zwei Drittel der transplantierten Nieren von Frauen, während Männer fast zwei Drittel der gespendeten Organe empfangen. Während diese «Gender Imbalance» bei der Lebendspende gut dokumentiert ist, weiss man weniger über die Organspendebereitschaft im Todesfall und deren Geschlechterbezug. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung von 2007 (SGB 2007) erlaubt erstmals, diese Frage in der Schweizer Bevölkerung zu untersuchen.

Junge Frauen zeigen die grösste Bereitschaft zur Organspende

Die Organspendewilligkeit für den Todesfall wurde auf einer 6-stufigen Skala erfasst, wobei die höchste Stufe «trifft voll und ganz zu» bedeutet. 32% der Frauen und 27% der befragten Männer haben diese ausgeprägte Organspendebereitschaft angegeben. Für diese Männer und Frauen wurde getrennt untersucht, welche Faktoren einen Zusam-

menhang mit der Spendebereitschaft aufweisen. In diesen Analysen zeigt sich, dass bei Frauen – nicht aber bei Männern – ein jüngeres Alter mit einer grösseren Spendewilligkeit einhergeht. Ein grosser diskrepanter Zusammenhang zeigt sich auch für das Kontrollniveau (die Fähigkeit, das eigene Leben gestalten und kontrollieren zu können): Ein hohes Kontrollniveau geht bei Frauen mit einer höheren, bei Männern jedoch mit einer tieferen Organspendebereitschaft einher. Gegenläufig scheint der Zusammenhang auch bei allgemeinen ärztlichen Konsultationen: Falls Männer im Jahr vor der Befragung eine Konsultation bei einem Allgemeinarzt angegeben, ist ihre Organspendewilligkeit grösser, bei Frauen hingegen kleiner. Konsultationen bei medizinischen Spezialisten scheinen die Spendebereitschaft tendenziell zu erhöhen. Bei Frauen gehen einmalige, nicht aber häufigere gynäkologische Konsultationen sowie Spitalaufenthalte ebenfalls mit einer höheren Spendebereitschaft einher. Die abfallende Spendebereitschaft bei Frauen in Bezug auf mehrmalige Konsultationen beim Gynäkologen oder Spitalaufenthalte könnte zum Beispiel auf Ängste oder mangelndes Vertrauen ins Gesundheitssystem zurückgeführt werden.

Die Organspendewilligkeit ist zudem relativ hoch bei Personen mit höherer Bildung, Personen mit höherer beruflicher Stellung, wenn keine Zugehörigkeit zu einer Religion vorliegt, und bei Personen aus der Romandie und dem Tessin. Eine schlecht eingestufte subjektive Gesundheit und eine hohe Kontaktfrequenz mit Freunden gehen ebenfalls mit einer erhöhten Organspendewilligkeit einher.

Obwohl im Zusammenhang mit der Gesetzesänderung im Juli 2007 ein Webportal eröffnet und Kampagnen rund um die Organspende durchgeführt wurden, unterschied sich die Spendebereitschaft weder vor noch nach diesem Zeitpunkt. Motivationsbemühungen im Bereich Organspende müssten vermehrt auf die deutschsprachige Schweiz und auf (jüngere) Männer ausgerichtet werden.

Geschlecht und Inanspruchnahme von Spitex

Gemäss der eigenen Statistik hat die Spitex im Jahr 2007 schweizweit rund 204 700 Personen betreut, davon deutlich mehr Frauen (68%) als Männer (32%). Bezogen auf die Gesamtbevölkerung der über 65-Jährigen, nehmen 9%

der Frauen und 5% der Männer Spitex-Leistungen in Anspruch.

Wird einzig das Geschlecht berücksichtigt, ergibt sich für die Frauen über 65 Jahren eine um fast 80% höhere Wahrscheinlichkeit, dass sie Spitex-Leistungen in Anspruch nehmen. Berücksichtigt man die Faktoren Alter, Bildung und Einkommen ist die Wahrscheinlichkeit noch um 59% erhöht. Wird zusätzlich der Zivilstand und der Erhalt der informellen Hilfe berücksichtigt, ist der Zusammenhang zwischen Geschlecht und Spitex-Inanspruchnahme nicht mehr signifikant. (Personen, die verheiratet sind oder in einer Partnerschaft leben, nehmen die Spitex weniger in Anspruch. Hingegen geht der Erhalt von informeller Hilfe, etwa durch einen Angehörigen oder Bekannten, mit einer erhöhten Spitex-Inanspruchnahme einher.) Dies bedeutet, dass sich der Geschlechterunterschied in der Spitex-Inanspruchnahme im Wesentlichen durch andere Faktoren – allen voran durch den Zivilstand und den Erhalt der informellen Hilfe – erklärt.

Kontakt: Ursula Stüdi,
Direktionsbereich Gesundheitspolitik,
ursula.stuedi@bag.admin.ch

Die Tabakkampagne «Eigentlich logisch» hat die Menschen berührt

Evaluation Tabakkampagne 2009. Die auf Konsens ausgerichtete Tabakkampagne «Weniger Rauch, mehr Leben» ging 2009 mit dem Slogan «Eigentlich logisch» in das vierte Jahr. Sie erzielte bezüglich Wahrnehmung und Akzeptanz ähnlich hohe Werte wie die Kampagne 2008. Das Nichtrauchen hat sich als Selbstverständlichkeit etabliert.

Die Kampagne 2009 hat ihr Hauptziel, den gesellschaftlichen Wandel «Nichtrauchen ist eine Selbstverständlichkeit» im Alltag weiter zu festigen, klar erreicht: 66% der Befragten gingen in der Evaluation mit dieser Nichtraucher-Prämisse einig (2008: 61%). Auf rationaler Ebene stiess die Kampagne 2009 generell wiederum auf sehr grosse Akzeptanz: Für 80 bis 90% der Befragten war sie klar, leicht verständlich, glaubwürdig, respektvoll, notwendig und sinnvoll. Diese hohen Werte lagen auf demselben Niveau wie in der Evaluation 2008 (80 bis 87%). Dies überrascht nicht, war doch der Stil der Kampagne 2009 wie ihre Vorgängerin positiv orientiert und auf Konsens ausgerichtet.

Optimierungsmassnahmen haben Wirkung gezeigt

Um die Wahrnehmung der Kampagne zu erhöhen, wurde 2009 verstärkt auf TV-Spots und Testimonial-Inserate ge-



setzt. Dazu wurden Menschen aus allen Bevölkerungsschichten und eine kleine Auswahl an Promis hinzugezogen. Diese Massnahme hat sich auszahlt: 75% der Befragten konnten sich an die Kampagne 2009 erinnern (gestützte Wahrnehmung). Dieser Wert lag im Vergleich zum Vorjahr deutlich höher (54%). Auch die Hauptdefizite der Kampagne 2008 konnten 2009 teilweise behoben werden. Der Sympathiefaktor ist von 68 auf 77% gestiegen, und auch bezüglich der emotionalen Betroffenheit erzielte die Kampagne 2009 leicht höhere Werte:

58% bis 61% der Befragten fanden die Kampagne gewinnbringend, wirkungsvoll und motivierend, und 51% empfanden sie als aufrüttelnd. Für die bessere Wirksamkeit auf der emotionalen Ebene dürfte vor allem der Testimonial-Ansatz der Kampagne, sowohl in den TV-Spots als auch in den Inseraten gesorgt haben. In den TV-Spots der «Eigentlich logisch»-Kampagne standen Menschen und ihre authentischen Aussagen über das Rauchen oder über ihr bewegendes Schicksal mit einem ihnen nahestehenden, rauchenden Menschen im Zentrum. Insbesondere bei Frauen und bei den 46- bis 65-Jährigen hat dieser latente Homestory-Stil Gefallen gefunden. Männer und die jüngeren Alterssegmenten waren von dieser Art der Dramatisierung allerdings weniger beeindruckt.

Logischer nächster Schritt: Eine Kampagne mit stärkerer Handlungsmotivation

Den hohen Akzeptanzwerten stand wie schon 2008 die eher schwache Wirkung auf der Verhaltensebene gegenüber. Nur bei 40% der Befragten (davon ca. 20% Raucher) vermochte die Kampagne eine persönliche Motivation auszulösen (z. B. im Sinne von «Die Kampagne motiviert mich, mich mehr für die Rechte der Nichtraucher einzusetzen» oder «Die Kampagne motiviert mich, mit dem Rauchen aufzuhören»). In der Evaluation 2008 lag die Motivationswirkung

auf demselben Niveau (38 bis 40%). Diese relativ tiefen Werte waren zu erwarten und sind kein Grund zur Sorge, denn die Kampagnen der letzten Jahre waren nicht in erster Linie als Ausstiegs- und Verhaltensänderungskampagnen konzipiert. Hauptziel war es, in der Bevölkerung einen breiten Konsens bezüglich Nichtrauchens als Selbstverständlichkeit zu schaffen. Dieses Ziel ist vorerst erreicht und der Weg geebnet für eine erfolgversprechende Kampagne 2010–2012, die neue mutige Wege geht.

Hohe Glaubwürdigkeit des BAG

Dass diese Aufgabe beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) nach wie vor in den richtigen Händen liegt, lässt sich ebenfalls aus der Evaluation ablesen: Die Tabakpräventionskampagnen des BAG waren gemäss zwei Dritteln der Befragten erfolgreich und haben viel bewegt. 80% sind der Meinung, dass das BAG die Bevölkerung glaubwürdig über die Gefahren von Tabakkonsum informiert.

Kontakt: Albert Gemperle,
Sektion Kampagnen,
albert.gemperle@bag.admin.ch

Passivrauchschutz: Viele Kantone sind dem Bundesgesetz voraus

Tabakprävention. Am 1. Mai 2010 treten das Bundesgesetz und die Verordnung zum Schutz vor Passivrauchen in Kraft. Für die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung wird das ein Tag wie jeder andere, denn die meisten Kantone haben bereits kantonale Regelungen zum Schutz vor Passivrauchen erlassen. In 14 Kantonen gibt es Regelungen, die strenger sind als das Bundesgesetz.

Das neue Bundesgesetz gilt für geschlossene Räume, die öffentlich zugänglich sind oder mehreren Personen als Arbeitsplatz dienen. Für spezielle Einrichtungen bestehen Ausnahmeregelungen. Die wichtigsten Punkte sind folgende:

- **Rauchverbot:** In geschlossenen Räumen, die öffentlich zugänglich sind oder die mehreren Personen als Arbeitsplatz dienen, ist das Rauchen verboten.
- **Raucherräume:** Raucherräume dürfen eingerichtet werden, sofern sie abgetrennt und ausreichend belüftet werden. Personen, die sich in angrenzenden Räumen aufhalten, dürfen nicht durch den Rauch belästigt werden. Es dürfen keine Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer in Raucherräumen beschäftigt werden, ausser in Raucherräumen von Res-

taurations- und Hotelbetrieben, in denen eine Bedienung möglich ist, sofern die Angestellten im Arbeitsvertrag ihre Zustimmung dazu gegeben haben.

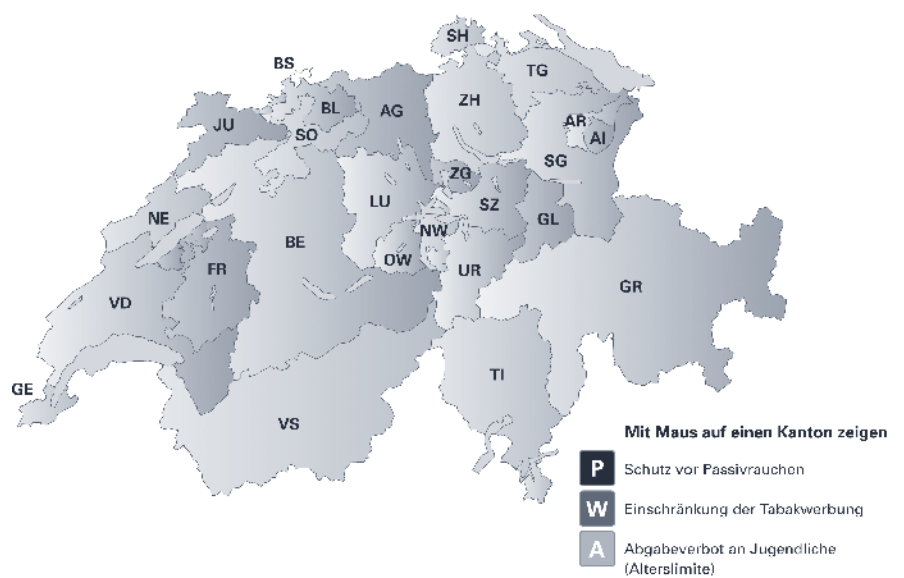
- **Raucherbetriebe:** In Gastlokalen unter 80 Quadratmetern darf geraucht werden, wenn sie gut belüftet, klar als Raucherbetrieb gekennzeichnet und von einer kantonal zuständigen Behörde bewilligt sind.

Strenge Regelung in der Romandie

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 19 Kantone eine Gesetzgebung in diesem Bereich, in 13 Kantonen ist dieses Gesetz schon heute in Kraft (BE, BS, FR, GE, GR, NE, SG, SO, TI, UR, VD, VS, ZG). 8 Kantone haben Raucherräume ohne Bedienung und gehen damit weit über das Bundesgesetz hinaus: BS, BL, FR, GE, NE, SG (ab 1. Juli 2010), VD und VS. Somit steht nahezu die gesamte Romandie für einen strengen Passivrauchschutz – mit Ausnahme des Kantons Jura.

Aktuell informiert per Mausclick

Die interaktive Schweizer Karte auf der Internetseite des Bundesamts für Ge-



sundheit gibt stets einen aktuellen Überblick über die unterschiedliche Gesetzgebung der Kantone im Bereich der Tabakprävention. Durch Berühren des jeweiligen Kantons mit dem Mauspfel wird eine Zusammenfassung zu den Themenbereichen Schutz vor dem Passivrauchen, Verbot der Abgabe an Kinder und Jugendliche sowie Werbeeinschränkungen sichtbar. Gesetzliche Regelungen und Ausführungsbestimmungen sind per Mausclick auf den gewünschten Kanton abrufbar.

Link: www.bag.admin.ch
> Themen > Alkohol, Tabak, Drogen
> Tabak > Kantonales

Kontakt: Joëlle Pitteloud,
Leiterin Koordination im Rahmen
des Nationalen Programms Tabak
2008–2012,
joelle.pitteloud@bag.admin.ch

Agenda

Titel	Datum/Ort	Kurzbeschreibung	Kontaktadresse
Beratung von Migrantinnen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit	Di., 4. Mai 2010, 9.15–16.30 Uhr Hotel Kreuz, Bern	Die Tagung widmet sich dem Aneignen von transkultureller Kompetenz.	Planes. Büro Bern: Marktgasse 36, 3011 Bern, Tel. 031 311 44 08 info@plan-s.ch, www.plan-s.ch
Nutrinet-Frühlingstagung «Vom Kinderwunsch zum ersten Brei: Der Nachwuchs wird programmiert»	4. Mai 2010, 13.45–16.45 Uhr, im Anschluss an die BGA_Ernährungsplattform. Eidg. Finanzdepartement (Raum 44) Schwarztorstrasse 50 3007 Bern	Verschiedene Referate zu den Themen wie «Pränatale Prägung und Prävention», «Bewegung während der Schwangerschaft», «Still- und familienfreundliche Arbeitsplätze» sowie «Frühförderung».	Teilnahme kostenlos, Anmeldung via www.nutrinet.ch
The 6 th International Conference on Nightlife, Substance Use and Related Health Issue	Zürich 7. bis 9. Juni 2010	Themenschwerpunkte: Alkoholmissbrauch, Partydrogen und Offlabel-Medikamentenkonsum, Gewalt im Nachtleben, Implementierung von sicheren Nightlife Settings, usw.	www.clubhealth.org.uk oder p.menzi@infodrog.ch
Online, Sex und Sucht Interdisziplinäre Fachtagung	16. Juni 2010, Volkshaus, Zürich	Eine interdisziplinäre Veranstaltung von und für Fachleute(n) und Fachorganisationen aus den Bereichen Prävention und Beratung, Sozialarbeit und Seelsorge, Polizei und Justiz, Medizin und Psychologie, Sexualpädagogik und Medienpädagogik sowie der Buben- und Männerarbeit	Fachverband Sucht, Weinbergstrasse 25, 8001 Zürich Tel. 044 266 60 60, Mail: info@fachverbandsucht.ch www.fachverbandsucht.ch
20 th IUHPE World Conference on Health Promotion	11. bis 15. Juli 2010, Genf	Das Thema der internationalen Konferenz ist der Brückenschlag zwischen Gesundheitsförderung und nachhaltiger Entwicklung.	www.iuhpeconference.net

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 Prävention und Promotion	031 323 88 11	Sektion Ernährung und Bewegung	031 323 87 55
Aids Dokumentation	031 323 26 64	Nationales Programm Migration und Gesundheit	031 323 30 15

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

Impressum

spectra Nr. 80, Mai 2010
«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, hoigne@datacomm.ch
Leitung Redaktionskommission: Adrian Kammer, adrian.kammer@bag.admin.ch

Textbeiträge: Mitarbeitende des BAG, Christoph Hoigné, weitere Autoren
Fotos: BAG, Christoph Hoigné, iStockphoto
Layout: Lebrecht typ-o-grafik, 3006 Bern
Druck: Bütiger 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 Juni 2010.

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

Erinnerungen an den Zürcher «Needle-Park»

Drogengeschichte 1968–2008. Das Drogenelend auf dem Zürcher Platzspitz erschütterte die ganze Welt. Der ehemalige Medizinprofessor Peter J. Grob beschreibt in seinem Buch «Zürcher Needle-Park» dessen Entstehungsgeschichte in einem breiten historischen Umfeld.

Zwischen November 1988 und Februar 1992 wurden den mehreren Hundert Drogensüchtigen auf dem Zürcher Platzspitz über 7 Millionen Spritzen und Nadelsets und 2 Millionen Zusatznadeln abgegeben. Ausserdem wurden zahlreiche medizinische Hilfeleistungen durchgeführt, darunter 6700 künstliche Beatmungen. Dies fand im Rahmen des Zürcher Interventionsprojektes für Drogenabhängige gegen Aids (Zipp-Aids) statt, und wurde polizeilich geduldet, obwohl 1975 das schweizerische Betäubungsmittelgesetz verschärft und der Besitz und Konsum illegaler Drogen unter Strafe gestellt worden waren. Weil der Platzspitz damals die weltweit grösste sichtbare Drogenszene war und weil dort erstmals gross angelegte Präventionsmassnahmen gegen Hepatitis und Aids stattfanden, wurde er international stark beachtet und erhielt den Übernamen «Needle-Park».

Die Süchtigen besetzten den Platzspitz

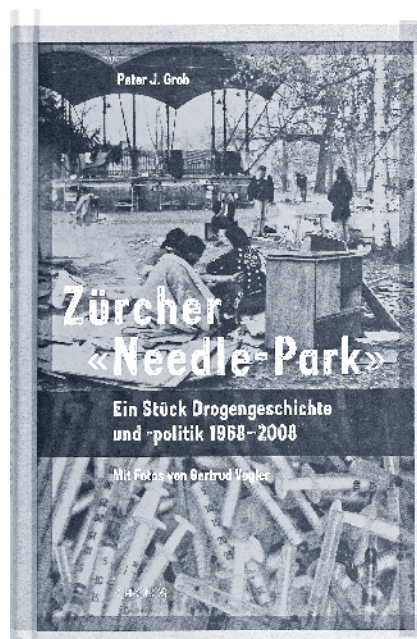
Die Zahl von Heroin und Kokain abhängiger Personen war in der ganzen Schweiz laufend angestiegen, auf ge-

schätzte 20 000 bis 30 000 Menschen. Ein grosser Teil von ihnen hatte sich mit Hepatitis und HIV infiziert. Die bestehenden Drogenhilfen konnten ihren Aufgaben kaum genügen. Das Buch von Peter Grob schildert in seinem ersten Teil, wie die Drogenepidemie Zürich erreichte, wie es zu Krawallen kam, wie die Drogensüchtigen randständig und von Ort zu Ort getrieben wurden, bis sie auf dem Platzspitz eine prekäre Ruhe fanden. Vorübergehend galt auch ein Spritzenabgabeverbot.

Der Hauptteil des Buches beschreibt, wie es zum Zürcher Pilotprojekt kam, zur Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit, der Zürcher Stadtregierung, dem Schweizerischen Roten Kreuz und mehreren universitären Institutionen. Im Detail wird über die Aktivitäten von Zipp-Aids berichtet und es werden die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur sozioökonomischen und medizinischen Situation der Drogensüchtigen beleuchtet. Auch das Alltagsleben auf dem Platzspitz, das breite Spektrum von Menschen, die sich dort aufhielten, der Drogenhandel, die Polizeiaktivitäten und die Reaktionen von Politik und der Medien werden thematisiert.

Schliessung der offenen Szenen

Der letzte Teil ist der Schliessung des Platzspitz und der Neuentstehung einer offenen Drogenszene auf dem Lettenareal gewidmet. Wenn auch von politischen Auseinandersetzungen begleitet, kam es in der Folge zur langsamen



Abkehr von einer dominierenden Repression zur breiten Akzeptanz eines Mehrsäulenkonzeptes. Neben der Suchtprävention und der Verbesserung der Überlebenshilfe etablierte sich die Behandlung von Drogensüchtigen mit der Ersatzdroge Methadon und später sogar mit Heroin. 2008 nahm das Schweizer Stimmvolk ein neues Betäubungsmittelgesetz an, welches das Viersäulenprinzip gesetzlich verankerte. Das Buch weist darauf hin, dass sich die Drogenproblematik in der Schweiz verbessert, aber auch verändert hat, jedoch keineswegs gelöst ist.

Der Text wird ergänzt durch eidgenössische Statistiken der vergangenen 40 Jahre über Drogentodesfälle, Infektionen mit HIV und Hepatitis, durch eine Zusammenstellung parlamentarischer Aktivitäten und repräsentativer Kommentare in der Tagespresse.

Treibende Kraft der Suchthilfe

Peter J. Grob ist emeritierter Medizinprofessor und war Leiter der klinischen Immunologie am Zürcher Universitätsspital. Als solcher war er die treibende Kraft hinter Zipp-Aids, dem Pilotprojekt für Drogenabhängige auf dem Platzspitz von 1988 bis 1992. Zusammen mit weiteren Mitkämpfern aus dieser Zeit, etwa Ambros Uchtenhagen, damals Direktor des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Psychiatrischen Uni-Klinik, hat er das Buch über den «Zürcher Needlepark» geschrieben. «Ein verständlich geschriebenes Fachbuch», wie die «NZZ am Sonntag» schrieb, dessen Verdienst in der präzisen Nennung der Fakten und in der medizinischen Fachkenntnis liege. Die 60 Fotos von Gertrud Vogler, der ehemaligen Bildredaktorin der «WoZ», rücken die Menschen in den Vordergrund. Es sind Zeitdokumente ersten Ranges.

Chronos Verlag, Auflage 2009, gebunden, 160 Seiten, ISBN 978-3-0340-0968-3

Impfwoche nimmt die Masern ins Visier

WHO/Schweiz. Vom 24. April bis 1. Mai 2010 führt das Regionalbüro für Europa der WHO zum fünften Mal die Impfwoche durch. Ein Ziel dieser Aktion ist ein weiterer Schritt hin zur Eliminierung der Masern in Europa. Aufgrund der guten Erfahrungen des letzten Jahres wird sich die Schweiz erneut an der Impfwoche beteiligen.

Die Impfwoche soll die Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation WHO dabei unterstützen, den Erfolg ihrer Impfprogramme zu erhöhen. Zudem soll die grundlegende Botschaft verbreitet werden, dass alle Kinder geimpft werden sollten, um Krankheiten vorzubeugen und Menschenleben zu schützen. Im Zentrum steht dieses Jahr der Kampf gegen die Masern, insbesondere die MMR-Impfung (Masern, Mumps und Röteln) bei Kindern unter zwei Jahren. In der Schweiz ist die Masernepidemie der letzten drei Jahren zwar endlich abgeklungen. Vor einer neuerlichen Epidemie ist die Schweiz nach wie vor relativ schlecht geschützt.

Zu tiefe Durchimpfungsrate

Das Ziel der WHO ist es, die Masern bis Ende 2010 in Europa auszurotten. Dies

kann mit einer Durchimpfung von mindestens 95% erreicht werden. In der Schweiz liegt dieser Wert derzeit jedoch nur bei 87%. Somit ist unser Land weiterhin sehr epidemiefähig und kann zudem die Verpflichtung, die gegenüber der WHO eingegangen wurde, nicht einhalten. Die Eliminierung der Masern ist auch ein nationales Ziel, für das sich die Bundes- und Kantonsbehörden gemeinsam mit allen Akteuren des Gesundheitswesens einsetzen. Gemäss Impfplan sollten Kinder im Alter von 12 Monaten ein erstes Mal gegen Masern geimpft werden. Eine zweite Impfung sollte im Alter von 15 bis 24 Monaten erfolgen.

Masern nicht unterschätzen

Masern sind keine harmlose Krankheit. Unabhängig vom allgemeinen Gesundheitszustand können sie auch bei Kleinkindern schwere Komplikationen verursachen. In rund 10% der Fälle führen die Masern zu weiteren Erkrankungen wie etwa Bronchitis, Mittelohrentzündungen oder Lungenentzündungen. Wie die letzten Jahre gezeigt haben, können Masernerkrankungen in einer Schule gravierende Folgen haben, zum Beispiel den Schulausschluss der ungeimpften Kinder oder gar die Schliessung der Schule. Die jüngste Epidemie hat in

der Schweiz mindestens 4400 Erkrankungen, 339 Spitalaufenthalte und einen Todesfall verursacht. In den letzten drei Jahren wurde fast ein Viertel aller Masernfälle Europas in der Schweiz verzeichnet.

Eltern von Klein- und Krippenkindern im Fokus

In Krippen ist das Ansteckungsrisiko besonders hoch, da dort viele Kinder aufeinandertreffen, die nicht oder noch unvollständig geimpft sind. Bei Kindern, die eine Krippe besuchen, wird deshalb empfohlen, die MMR-Impfung bereits mit neun Monaten und mit 12 bis 15 Monaten durchzuführen. Auf diese Weise sind sie geschützt und schützen auch die kleineren Kinder, bei denen ein erhöhtes Komplikationsrisiko besteht. Ziel der Impfwoche ist es, möglichst viele Eltern und Kontaktpersonen von Kindern unter zwei Jahren zu informieren und zur MMR-Impfung der Kinder zu bewegen. Schliesslich ist Impfen auch eine Frage der Solidarität. Denn wer sich und seine Kinder impft, schützt damit auch Säuglinge und Kinder, die aus medizinischen Gründen (Krebs, Immunschwäche oder HIV) nicht geimpft werden können oder bei denen die Impfung nicht erfolgreich war.

Geplante Aktionen

Während der Impfwoche wird das Thema Impfen in verschiedenen Bereichen (Spitäler, Praxen, Apotheken, Krippen) in den Vordergrund gerückt. Geplant sind neben der generellen Sensibilisierung und Information auch Kontrollen der Impfausweise oder Aktionen für Nachholimpfungen. Zudem werden die Anliegen der Impfwoche über verschiedene Medienkanäle (Website, Facebook) in die breite Öffentlichkeit getragen. Das Bundesamt für Gesundheit hat unter dem Titel «Impfen Sie Ihr Kind» einen Flyer zur Information der Bevölkerung herausgegeben, der unter www.bundespublikationen.ch bestellt werden kann (Art. 311.286.d). Unter der Telefonnummer 0848 448 448 werden Beratung und Information angeboten.

Link: www.sichimpfen.ch

Kontakt: Deborah Gaspoz, Abteilung Übertragbare Krankheiten, Sektion Prävention und Promotion, deborah.gaspoz@bag.admin.ch

Grundlagenforschung für Prävention im Sexgewerbe

Sexwork und Gesundheit. Prostituierte sind vermehrt Risiken ausgesetzt, die das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand beeinträchtigen. Die dreiteilige Studie «Der Sexmarkt in der Schweiz – Kenntnisstand, Best Practices und Empfehlungen» zeigt die Anknüpfungspunkte für effektive Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien in diesem Milieu auf.

In der Schweiz gehen schätzungsweise 13 000 bis 20 000 Personen der Prostitution nach. Die soziale Verachtung, prekäre finanzielle Verhältnisse und das Fehlen einer Aufenthaltsbewilligung machen Sexarbeiterinnen und -arbeiter zu einer besonders anfälligen Personengruppe, die spezielle Präventionsmassnahmen erfordert. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat im Jahr 2007 das Soziologische Institut der Universität Genf mit einer breit angelegten Studie über das schweizerische Sexgewerbe beauftragt. Hauptziel dieser Studie ist es, für die Politik, die Organisationen und Forschenden eine Wissensgrundlage für die Erarbeitung wirksamer Massnahmen zur Gesundheitsförderung im Sexgewerbe zu erarbeiten.

HIV, Gewalt, psychische Probleme

Der erste Teil der Studie stellt eine Bestandsaufnahme der wichtigsten gesundheitlichen Probleme der Sexworkerinnen dar. Insgesamt liegt die HIV-Prävalenz bei Sexarbeiterinnen nicht höher als in der Allgemeinbevölkerung. Allerdings weisen ausländische Sexarbeiterinnen oder solche, die intravenös Drogen konsumieren, ein grösseres HIV-Infektionsrisiko auf. Migrantinnen sind zudem wegen ihres oftmals illegalen Aufenthaltsstatus für Gesundheitsdienste besonders schwer zu erreichen, wodurch ihre Anfälligkeit zusätzlich steigt. Schliesslich führt eine erhöhte Prävalenz von sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) bei Sexarbeiterinnen zu einem grösseren Risiko, sich mit HIV anzustecken. Die meisten Autoren der

untersuchten Literatur betrachten das Verhandlungsgeschick der Sexarbeiterinnen und die Selbstständigkeit bei der Ausübung ihres Gewerbes als Schutzfaktoren gegen HIV und STI.

Die stark verbreitete Gewalt in diesem Milieu ist ein weiterer wichtiger Gesundheitsfaktor. Sie wirkt sich vor allem auch auf die psychische Gesundheit der Prostituierten aus, die durch ihre Lebensverhältnisse und das soziale Stigma ohnehin schon stark belastet ist. Verschiedene Studien haben Faktoren identifiziert, die das Risiko von gewalttätigen Übergriffen verschärfen. Dazu gehören mangelndes Wissen über die Gefahren des Berufs oder fehlende Erfahrung bei der Auswahl der Freier.

Prostitutionsgesetze sind gesundheitsförderlich

Der zweite Teil der Studie gibt einen Überblick über die Rechtslage im Bereich des Sexgewerbes. Die Prostitution hat in der Schweiz den Status einer legalen, privaten, selbstständigen Erwerbstätigkeit. Dies hat den Vorteil, dass einschlägige Massnahmen für Gesundheitsförderung und Prävention in Zusammenarbeit mit den Behörden entwickelt werden können. Gesetzlich geregelt ist die Sexarbeit im schweizerischen Strafbuch, das unter anderem einen Artikel über die Ausnützung sexueller Handlungen oder den Menschenhandel zum Zweck der Prostitution enthält. Verglichen mit Ländern mit einem abolitionistischen Gesetzesrahmen, gewährleistet das reglementaristische System der Schweiz einen besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung und eine bessere Verbreitung von Informationen für Sexarbeiterinnen. Auf kantonaler Ebene gelten sehr unterschiedliche gesetzliche Vorschriften. Grundsätzlich kann aber gesagt werden, dass das Vorhandensein eines kantonalen Prostitutionsgesetzes für die Gesundheit der Sexworkerinnen förderlich ist, weil es oft mit Massnahmen wie kostenlosen Kondomen oder dem erleichterten Zugang zu medizinischer Versorgung für nicht krankenversicherte Personen einhergeht.



«Empowerment» ist der Schlüssel zum Erfolg

Wie sich aus der Analyse bestehender Projekte und Best Practices in der Schweiz ergeben hat, ist die Hilfe zur Selbsthilfe (Empowerment) der zentrale Anknüpfungspunkt für eine bessere gesundheitliche Situation der Sexworkerinnen. Hier ist insbesondere die aufsuchende Präventionsarbeit (Outreach) durch ausgebildete Mediatorinnen gefragt, um den Zugang der Sexworkerinnen zu solchen Massnahmen zu verbessern. Als Massnahmen im Zusammenhang mit körperlichen Problemen empfehlen die Studien-Autoren Schnelltests in spezialisierten Zentren, die Erarbeitung einer Liste mit Ärztinnen und Ärzten, denen die Sexarbeiterinnen vertrauen können, sowie die Fortsetzung und Verstärkung der Prävention für Freier. Im psychosozialen Bereich sollten folgende Ansätze gefördert werden: Selbsthilfegruppen (zur Lancierung von Empowerment-Prozessen), Informationen für spezifische Settings, (Problemkreise/Sprachgruppen), Warnsysteme zum Schutz vor gewalttätigen Freiern sowie die Förderung von rechtlicher Begleitung durch Juristinnen und Juristen, die mit der Problematik des Sexgewerbes vertraut sind.

Gestützt auf diese Ergebnisse, hat das BAG eine Vision der Gesundheitspolitik

für das Sexgewerbe formuliert, die weitgehend diesen Empfehlungen entspricht. Insbesondere wird das BAG in Zukunft sämtliche Initiativen unterstützen, die auf Autonomie, Selbsthilfe und Empowerment (Selbstbefähigung) der Sexarbeiterinnen ausgerichtet sind.

www.sexworkinfo.net

Auf dieser interaktiven Webseite sind die drei Teilstudien sowie eine Reihe von anderen Informationen wie eine Bibliografie und Links zu Fachartikeln zu finden. Bestellung und Download der Studie sind ebenfalls möglich unter: www.unige.ch > Sciences économiques et sociales > Sociologie > Recherche > «Sociographie» et Working Papers.

Kontakt: Karen Klaue,
Sektion Prävention und Promotion,
karen.klaue@bag.admin.ch

Weitere Informationen unter:
www.bag.admin.ch/aids > HIV/Aids
> Fachinformationen > Prävention
Gesamtbevölkerung > FSW

Gesundheitsförderung in der Gemeinschaftsgastronomie

In der Schweiz verpflegen sich täglich mindestens eine Million Menschen in Einrichtungen der Gemeinschaftsgastronomie, das heisst am Arbeitsplatz, in der Schule, im Spital oder im Heim. Angesichts der steigenden Kosten des Schweizer Gesundheitswesens, die zu rund einem Drittel durch ernährungsbedingte Krankheiten verursacht werden, ist die Gemeinschaftsgastronomie ein zentraler Ansatzpunkt für Massnahmen der Gesundheitsförderung. Im Rahmen des Projekts «Qualitätsstandards einer gesundheitsfördernden Gemeinschaftsgastronomie» wurde nun ein Instrument für solche Betriebe erarbeitet, das sie in ihren Anstrengungen

für eine gesunde Ernährung ihrer Kunden unterstützen und zur stetigen Qualitätsverbesserung motivieren soll. Unter Anwendung der «Good Practice»-Strategie werden die definierten Standards ausserdem hinsichtlich ihrer Praxistauglichkeit überprüft und weiterentwickelt. Mittels Online-Befragung von Anbietern und Konsumenten von Gemeinschaftsverpflegung wird zudem ein Einblick in die Organisation und Funktionsweise der Schweizer Gemeinschaftsgastronomie gewonnen und ihr Engagement für die Gesundheit der Kunden erfasst. Das Projekt ist im Nationalen Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012 (NPEB 2008–2012) des Bundesamts für

Gesundheit (BAG) eingebettet. Durchgeführt wird es gemeinsam von der Berner Fachhochschule, der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung und der Haute école de santé Genève und finanziert durch das BAG und die beiden Fachhochschulen.

Projektplattform unter www.gp-gemgastro.ch.
Mit Online-Fragebogen, Qualitätsstandards, Checklisten u.v.m.

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

