

# spectra



## Internationales

### 4 WHO und EU nehmen Übergewicht ins Visier

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben Diabetes, Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs und Atemwegserkrankungen weltweit zugenommen. 2008 waren diese Krankheiten für weltweit 63% der Todesfälle verantwortlich. Eine der Hauptursachen für die Zunahme dieser Krankheiten sind Übergewicht und Fettleibigkeit. spectra stellt die Strategien der WHO und der EU im Kampf gegen die Übergewichtsepidemie vor – Strategien, die auch für die Schweiz richtungsweisend sind.

### 6/11 Ruth Dreifuss im Gespräch

Die ehemalige Bundesrätin und Gesundheitsministerin Ruth Dreifuss setzt sich in der Global Commission on Drug Policy für eine Drogenpolitik ein, welche Prävention und Schadensminderung ebenso berücksichtigt wie die Aspekte der Menschenrechte und der Umwelt. Sie kritisiert den einseitigen «Krieg gegen die Drogen», welcher Korruption, Drogenmafia und Bürgerkriege hervorbringt. Diese einseitige Fokussierung auf die Drogenprohibition fusst auf dem UNO-Übereinkommen über Betäubungsmittel von 1961. Dieses steht für eine ideologische und zum Teil radikale Drogenpolitik, die wenig Raum für pragmatische Lösungen und differenzierte Sichtweisen lässt. spectra hat mit Ruth Dreifuss und Jean-Félix Savary, dem Generalsekretär der «Groupement Romand d'Etudes des addictions» (GREA) über die Schwächen und Chancen des Übereinkommens und über den Beitrag der Schweiz zu einer wirksamen und menschenwürdigen internationalen Drogenpolitik gesprochen.

### 12 Die Geschichte eines Erfolgskonzepts

Vor 25 Jahren wurde mit der Ottawa-Charta das Basisdokument für die Gesundheitsförderung und Präventivmedizin schlechthin verabschiedet. In der Charta wurde erstmals eine grundlegend neue Auffassung von Gesundheit formuliert, wonach diese nicht nur Hoheitsgebiet der Medizin ist, sondern auch von sozialen Faktoren abhängt. Die Wurzeln dieses Paradigmenwechsels reichen über hundert Jahre zurück. Ein Buch von Brigitte Ruckstuhl zeichnet die Entwicklung der «Idee Gesundheitsförderung» nach.



# UNO-Staaten setzen klare Ziele im Kampf gegen HIV/Aids

**UNO-Generalversammlung.** Anlässlich des Treffens der UNO-Generalversammlung in New York zum Thema HIV/Aids im Juni dieses Jahres haben die UNO-Staaten eine politische Erklärung mit ambitionierten Zielen bis 2015 verabschiedet.

Seit die Immunschwächekrankheit vor 30 Jahren entdeckt wurde, sind rund 30 Millionen Menschen an der Krankheit gestorben. Die Zahl der Aids-Toten ist aufgrund der Fortschritte bei Behandlung, Pflege und Vorsorge zwar gesunken, von dieser positiven Entwicklung profitieren aber längst nicht alle. Viele HIV-Infizierte in weniger entwickelten Ländern haben nach wie vor keinen Zugang zu einer angemessenen Behandlung. Laut UNAIDS, dem gemeinsamen Programm der UNO zu HIV/Aids, wurden Ende 2010 rund 6,6 Millionen Patienten in Drittwelt- und Schwellenländern mit antiretroviralen Medikamenten behandelt. Rund 10 Millionen weitere Menschen haben jedoch noch immer keinen Zugang zu einer HIV-Therapie. Die dreitägige Konferenz am UNO-Hauptsitz in New York (8. bis 10. Juni 2011) stand denn auch unter dem Motto «Unite for universal access» – «Gemeinsam für einen weltweiten Zugang zu lebensverlängernden Medikamenten».

## Therapie für 15 Millionen Infizierte

2001 hatten die UNO-Staaten erstmals offiziell ihre kollektive Verpflichtung im Kampf gegen HIV/Aids festgehalten. Bei einer Folgekonferenz im Jahr 2006



wurde ein Massnahmenkatalog für den universellen Zugang zu Prävention und Behandlung verabschiedet. Ziel der diesjährigen Konferenz war es, Bilanz zu ziehen sowie das Engagement der internationalen Gemeinschaft im Kampf gegen Aids zu bestätigen und zu verstärken. UNO-Generalsekretär Ban Ki-moon legte dazu einen Bericht zur aktuellen globalen HIV/Aids-Bekämpfung sowie die Schlussdeklaration «Political Declaration on HIV/Aids: Intensifying Our Efforts to Eliminate HIV/Aids» zur Verabschiedung vor. Letztere steht ganz im Zeichen der verstärkten Anstrengungen, um die HIV/Aids-Epidemie zu stoppen. Sie enthält unter anderem folgende Ziele bis 2015:

- Garantierte Behandlung von rund 15 Millionen HIV-Betroffenen
- Reduktion der sexuellen HIV-Übertragung um 50%
- Reduktion der HIV-Übertragung durch Drogenspritzen um 50%
- Eliminierung der Mutter-Kind-Übertragung

- Zugang zu Bildung für Kinder, die wegen Aids zu Waisen oder Hilfsbedürftigen geworden sind
- Reduktion der Sterberate von HIV-Betroffenen wegen Tuberkulose um 50%
- Reduktion der Zahl der Länder mit Einreise- und Aufenthaltsbeschränkungen im Zusammenhang mit HIV

Die Herausforderungen sind gross und verlangen eine substanzielle Aufstockung der finanziellen Mittel für die HIV/Aids-Bekämpfung. Um allein die geforderten 15 statt bisher 6,6 Millionen HIV-Infizierten mit antiretroviralen Medikamenten zu versorgen, sind gemäss UNO-Schätzungen zusätzlich rund 6 Milliarden Dollar notwendig.

## Schweiz betont die Bedeutung der Menschenrechte

Die Schweiz begrüsst und unterstützt die in der Deklaration formulierten Ziele und wird sich für eine rasche, international koordinierte Umsetzung ein-

setzen. In seinem Statement vor der Plenarversammlung erinnerte der Leiter der Schweizer Delegation und Direktor der Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA), Martin Dahinden, daran, dass die Wahrung der Menschenrechte und die Bekämpfung von Diskriminierung und Stigmatisierung für eine erfolgreiche HIV/Aids-Strategie absolut zentral seien. So müssten beispielsweise alle ökonomischen, sozialen, kulturellen und rechtlichen Faktoren eliminiert werden, welche den Zugang zu Prävention oder Behandlung verhinderten oder grundlegende Rechte von Frauen und Mädchen verletzen. Genauso sollten Homophobie bekämpft und die Rechte der Millionen von Kindern mit HIV geschützt werden. Zudem müssten insbesondere Männer und Jungen für die HIV/Aids-Prävention sensibilisiert und ihre Rolle bei der Wahrung der Gesundheit gestärkt werden. Weiter sprach sich Dahinden für eine enge Zusammenarbeit mit Organisationen von Betroffenen bzw. mit Risikogruppen aus. Die Schweiz hat damit gute Erfahrungen gemacht und so beispielsweise die Infektionsrate unter Drogenabhängigen drastisch senken können. Trotz der Präventionserfolge der letzten Jahre bleibt HIV/Aids ein zentrales Thema der Schweizer Gesundheitspolitik. Ende 2010 gab es in der Schweiz etwa 20 000 HIV-positive Personen. Jedes Jahr werden zwischen 600 und 800 neue Ansteckungen diagnostiziert.

Kontakt: Alexandre von Kessel,  
Sektion globale Gesundheit,  
alexandre.vonkessel@bag.admin.ch

## Forum

### Schweizerischer Erweiterungsbeitrag: BAG begleitet Gesundheitsprojekte

Seit 2007 unterstützt die Schweiz mit einem Gesamtbetrag von 1,257 Milliarden Franken diejenigen zwölf Staaten, die seit 2004 der EU beigetreten sind. Ziel dieses sogenannten schweizerischen Erweiterungsbeitrags ([www.erweiterungsbeitrag.admin.ch](http://www.erweiterungsbeitrag.admin.ch)) ist die Verringerung wirtschaftlicher und sozialer Ungleichheiten in Europa. In diesem Rahmen setzen die Partnerländer bis 2017 auch Gesundheitsprojekte im Umfang von rund 115 Millionen Franken um, welche aufseiten der Schweiz von der Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA) begleitet und genehmigt werden. Um die Qualität der einzelnen Gesundheitsprojekte sicherzustellen, wurde das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in mehreren Fällen als beratende Fachinstanz von der DEZA beigezogen, so auch bei einem Drogenrehabilitierungsprojekt in Estland. Gemäss offizieller Statistik sind in Estland rund 14 000 Personen oder 1% der Gesamtbevölkerung drogenabhängig, anders lautende Schätzungen gehen von

einer bis zu dreimal höheren Rate aus. Damit hat die Drogenproblematik in Estland Dimensionen erreicht, die hinsichtlich des Ausmasses Anfang der 1990er-Jahre in der Schweiz zu beobachten waren. Unter den estnischen Drogenabhängigen ist das Risiko, mit dem Gesetz in Konflikt zu geraten, sehr gross: Zwei Drittel aller Drogensüchtigen wurden bereits straffällig, und die Rückfallquote bei ehemaligen Gefängnisinsassen ist hoch. Die in der Schweiz gesammelten Erfahrungen in der Drogenpolitik werden nun bei einem estnischen Projektvorhaben mit einem Budget in der Höhe von 1,17 Millionen Franken (Schweizer Beitrag: 950 000 Franken) eingebracht. Im Kern geht es bei diesem Projekt darum, drogenabhängigen Straftätern im Strafvollzug oder während ihrer Bewährungszeit neu die Möglichkeit von Therapiemassnahmen anzubieten, um ihnen eine Reintegration in die Gesellschaft sowie neue Perspektiven zu ermöglichen und damit die Drogenkriminalität im Land einzudämmen. Das Projekt soll dabei auch den inneren Zusammenhalt des Landes stärken: 80% aller drogenabhängigen Straftäter in Estland sind Män-

ner unter 25 Jahren, welche der russischsprachigen Minderheit entstammen, zumeist im Grossraum Tallinn oder im Nordosten von Estland leben und oft weder Bildungsabschluss noch einen Arbeitsplatz vorweisen können.

Im Rahmen des zweistufigen Projektgenehmigungsprozesses organisierten die zuständigen Stellen der DEZA und des BAG im vergangenen Jahr zwei Expertenmissionen nach Estland sowie in die Schweiz, um so den Wissens- und Erfahrungsaustausch zwischen Fachleuten aus dem Bereich der Drogenpolitik zu ermöglichen. Dabei besichtigten Experten Strafvollzugsanstalten, Therapieeinrichtungen und Beratungsstellen und führten zahlreiche Gespräche auf politischer sowie auf fachlicher Ebene. Im Weiteren konsultierten beide Bundesstellen die relevanten Unterlagen und formulierten gegenüber den estnischen Partnern Bedingungen zur Annahme des Projektantrags. Besonderes Augenmerk wurde dabei unter anderem auf den angemessenen Einbezug aller beteiligten staatlichen und nichtstaatlichen Stellen sowie auf die Nachhaltigkeit des

Projekts gerichtet: Die vorgesehenen Massnahmen sollen nach Projektabschluss weitergeführt und ausgebaut und aus Mitteln des estnischen Staatshaushalts finanziert werden. Seit August wird das auf drei Jahre angelegte Projekt vom estnischen Justizministerium zusammen mit dem Nationalen Gesundheitsamt Estlands umgesetzt. Das BAG wird die DEZA weiterhin bei der Projektbegleitung unterstützen und leistet damit einen beispielhaften Beitrag zur Umsetzung von Projekten, welche von der Schweiz auf europäischer Ebene finanziert werden.



Roland Leffler  
Abteilung Neue EU-Mitgliedstaaten  
Direktion für Entwicklung  
und Zusammenarbeit DEZA



# Zusammenarbeit mit der EU bleibt ein Ziel

**Gesundheitsabkommen Schweiz–EU.** Gesundheitsgefahren machen an der Landesgrenze nicht halt. An einer Zusammenarbeit im Gesundheitsschutz sind deshalb sowohl die Schweiz als auch die EU interessiert.

Grenzüberschreitende Gesundheitskrisen wie SARS, Vogelgrippe, H1N1 oder EHEC werden wegen des zunehmenden internationalen Personen- und Warenverkehrs immer häufiger. Entsprechend wichtig ist eine enge internationale Zusammenarbeit, um diese globalen Gesundheitsgefahren effizient und koordiniert zu bekämpfen. Eine solche Zusammenarbeit strebt die Schweiz derzeit mit der Europäischen Union (EU) an. Ziel der Verhandlungen ist ein bilaterales Gesundheitsabkommen, das dazu beitragen soll, den Gesundheitsschutz national und international langfristig zu gewährleisten und zu steigern. Mit diesem Abkommen wäre die Schweiz in ein Gesundheitssystem integriert, das 500 Millionen Bürger und Bürgerinnen schützt.

## Ein Verhandlungsmandat mit vier Themen

Verhandelt werden Vereinbarungen in vier Bereichen, die eng miteinander verknüpft sind: Landwirtschaft, Lebensmittelsicherheit, Produktsicherheit und öffentliche Gesundheit (siehe Tabelle). Der angestrebte Abbau des Grenzschutzes führt dazu, dass Agrarprodukte und Lebensmittel aus der EU ohne zusätzliche Kontrolle in die Schweiz gelangen. Deshalb ist es für die Schweiz unerlässlich, an den bestehenden europäischen Kontroll- und Warnsystemen teilzunehmen. Im Bereich der öffentlichen Gesundheit stehen folgende Punkte im Zentrum der Verhandlungen:

- Zusammenarbeit mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC). Das ECDC ist verantwortlich für die unabhängige, zentrale Risikobewertung und Überwachung von übertragbaren Krankheiten in der EU.
- Die Teilnahme am Frühwarn- und Reaktionssystem für übertragbare Krankheiten (EWRS). Das EWRS ermöglicht eine rasche und effiziente Reaktion bei Ausbrüchen von übertragbaren Krankheiten in den Mitgliedstaaten.
- Die Teilnahme am EU-Gesundheitsprogramm, das Projekte zur Förderung der Gesundheit mitfinanziert. Das Gesundheitsprogramm hat drei Ziele: einen besseren Gesundheitsschutz der Bürger (z.B. durch Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitssystemen), die Gesundheitsförderung und Prävention inkl. Abbau von Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung (z.B. durch Förderung von gesunder Ernährung und ausreichender Bewegung) und die Schaffung und Verbreitung von Wissen zu Gesundheitsfragen (z.B. durch Berichte zum Gesundheitsstand).



## Verhandlungen über ein Abkommen Schweiz–EU in den Bereichen Landwirtschaft, Lebensmittelsicherheit, Produktsicherheit und öffentliche Gesundheit (FHAL & GesA)

Landwirtschaft	Lebensmittelsicherheit	Produktsicherheit	Öffentliche Gesundheit
Vollständiger gegenseitiger Marktzugang für Agrarprodukte und Lebensmittel durch: – Abbau von Zollschranken und mengenmässigen Beschränkungen – Angleichung von Normen	Zusammenarbeit mit der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA)  Teilnahme am Schnellwarnsystem im Bereich Lebens- und Futtermittel (RASFF)	Teilnahme am Schnellwarnsystem für gefährliche Konsumgüter (RAPEX)	Zusammenarbeit mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC)  Teilnahme am Frühwarn- und Reaktionssystem (EWRS)  Teilnahme am EU-Gesundheitsprogramm 2008–2013

## Beidseitiges Interesse

Durch eine vertraglich geregelte internationale Zusammenarbeit, insbesondere durch den Anschluss an die EU-Warnsysteme, könnte die Schweiz gesundheitliche Risiken und wirtschaftliche Schäden vermeiden oder eindämmen, die durch Krankheiten oder fehlerhafte Waren verursacht werden. Zudem würde die Schweiz durch die Mitarbeit in der ECDC und der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) an der Risikobewertung teilhaben und käme zu wichtigen Informationen, die sie im Alleingang nicht oder nur mit einem beträchtlichen personellen und finanziellen Aufwand zusammentragen könnte. Im Bereich der Prävention von nicht übertragbaren Krankheiten könnte die hiesige Gesundheitspolitik vom breiten Informationsaustausch profitieren, der in der EU auf zwischenstaatlicher und regionaler Ebene und im Rahmen von Expertentreffen stattfindet. Eine Teilnahme am Gesundheitsprogramm wäre schliesslich auch für den Forschungsplatz Schweiz von grossem Interesse. Schweizer Akteure könnten an EU-weiten Gesundheitsprojekten teilnehmen und Projektvorschläge eingeben, die von der EU mitfinanziert würden. Auch die EU ist an einer engen Zusammenarbeit mit der Schweiz interessiert, denn die Schweiz ist durch ihre geografische Lage im Herzen Europas eine wichtige Partnerin für eine wirksame EU-Gesundheitspolitik. Ohne Schweizer Teilnahme würde mitten im EU-Gesundheitssystem eine wesentliche Lücke

klaffen. Ein Gesundheitsabkommen Schweiz-EU liegt also in beiderseitigem Interesse.

## Voraussetzungen für eine engere Zusammenarbeit

Voraussetzung für das Zustandekommen des Abkommens ist die Übernahme der relevanten EU-Rechtsabkommen (sogenannter Acquis) in den vier Verhandlungsthemen. Im Bereich der öffentlichen Gesundheit muss die Schweiz also Richtlinien, Verordnungen und Entscheide der EU bzw. ihrer Agenturen übernehmen und mittragen. Dazu gehören u.a. auch Bestimmungen bezüglich des Umgangs mit Blut, Gewebe und Zellen oder die Ratifizierung der WHO-Tabakkonvention (FCTC). Die umfassende Umsetzung von Acquis ins Schweizer Recht gestaltet sich in verschiedenen Bereichen als komplexe Herausforderung für die Schweiz. Darüber hinaus hängt ein erfolgreicher Verhandlungsabschluss auch eng mit der weiteren Entwicklung des bilateralen Wegs in anderen sektoriellen Dossiers zusammen, über die derzeit mit der EU ebenfalls verhandelt wird. Der Bundesrat verfolgt diesbezüglich einen gesamtheitlichen und koordinierten Ansatz. Das Gesundheitsabkommen bleibt aber trotz der Hürden ein wichtiges Ziel der schweizerischen Gesundheitspolitik.

Kontakt: Ljubiša Stojanovic,  
Leiter Sektion EU,  
ljubisa.stojanovic@bag.admin.ch

## Aus erster Hand

Grippeepidemien, Lebensmittelkrisen, Medikamentenhandel oder Entwicklungshilfe: Viele Gesundheitsfragen verlangen globale Antworten. Die WHO, – die UNO-Koordinationsbehörde für die internationale öffentliche Gesundheit, – nimmt diese Aufgabe seit über sechzig Jahren wahr. Als einzige globale Regulationsinstanz im Bereich Gesundheit setzt sie internationale gültige Regelwerke und Standards fest, die den einzelnen Ländern als Wegweiser für ihre nationalen Gesundheitspolitik dienen. So auch der Schweiz: Unsere nationalen Präventionsprogramme in den Bereichen Tabak, Alkohol sowie Ernährung und Bewegung orientieren sich mitunter an den entsprechenden internationalen Strategien, Übereinkommen und Resolutionen der WHO. Ebenso hatte der WHO-Aktionsplan für die Prävention und Eindämmung von nichtübertragbaren Krankheiten Einfluss auf den Entwurf für unser Präventionsgesetz.

In den letzten Jahren hat sich neben der WHO auch die EU zu einer wichtigen Akteurin in der internationalen Gesundheitspolitik entwickelt. Angesichts des zunehmenden Personen- und Warenverkehrs hat unsere Zusammenarbeit mit der EU im Bereich Gesundheit an Wichtigkeit gewonnen. Seit 2008 verhandelt die Schweiz mit der EU deshalb über ein Gesundheitsabkommen, um sich auch auf europäischer Ebene für eine effektive Gesundheitspolitik engagieren zu können.

Für die Ausgestaltung ihrer Gesundheitspolitik richtet die Schweiz ihren Blick also auf die Welt – aber umgekehrt richtet die Welt ihren Blick auch immer wieder auf uns. Die Schweizer Drogenpolitik etwa gilt weltweit als besonders innovativ und hat viele Nachahmer gefunden. Weiter war die Schweiz 2006 das erste Land, das sich einen offiziellen Rahmen für eine gezielte Gesundheitsausserpolitik geschaffen hat, und zwar in Form einer Zielvereinbarung zwischen dem Bundesamt für Gesundheit und dem Eidgenössischen Departement für auswärtige Angelegenheiten. Dieses Konzept einer interministeriellen Koordination, welches gegenwärtig aktualisiert wird, hat das Interesse vieler anderer Länder geweckt, und die Schweiz wird heute als Expertin in diesem Bereich konsultiert.

Eine fruchtbare Gesundheitspolitik braucht diese gegenseitige Offenheit zwischen internationalen Gremien und einzelnen Ländern. Schliesslich sind beide Seiten voneinander abhängig, denn beide können sowohl als Vorreiter als auch als Mitstreiter im Kampf für eine gesündere Welt auftreten.



Botschafter Gaudenz Silberschmidt  
Vizedirektor des Bundesamts für Gesundheit  
Leiter der Abteilung Internationales

# Globale Strategien für globale Probleme verlangen eine nationale Umsetzung!

**Ernährung und Bewegung.** Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind 2008 die nichtübertragbaren Krankheiten (Diabetes, Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs und Atemwegserkrankungen) weltweit für 63% der Todesfälle verantwortlich. Die Zunahme der nichtübertragbaren Krankheiten und die damit verbundenen Auswirkungen auf das Gesundheits- und Sozialsystem sowie die Wirtschaft stellen für viele Länder eine grosse Herausforderung dar.

Hauptursache dafür liegt im heutigen Lebensstil. Fünf der sieben wichtigsten Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten stehen mit Ernährung und Bewegung in Verbindung: Bluthochdruck, hoher Blut-Cholesterolgehalt, Übergewicht, geringer Früchte- und Gemüsekonsum und Inaktivität. Die beiden weiteren Risikofaktoren sind Tabak und der problematische Alkoholkonsum. Um diesem Trend entgegenzuwirken, hat die UN-Generalversammlung am 19. und 20. September 2011 in New York einen gesundheitspolitischen Gipfel zum Thema «Nichtübertragbare Krankheiten» einberufen. Ziel ist es, wirkungsvolle und globale Lösungen gegen den stetigen Anstieg von nichtübertragbaren Krankheiten zu entwickeln.

## Risikofaktor Übergewicht und Adipositas

Die Förderung eines gesunden Lebensstils zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten ist sowohl für die Europäische Union (EU) wie auch die WHO seit Jahren ein wichtiges Ziel. Immer mehr Menschen in Europa leiden an Übergewicht und Fettleibigkeit. Heutzutage nehmen die meisten von uns zu viele

Kalorien auf und bewegen sich zu wenig. Daher haben die WHO und die EU eine ausgewogene Ernährung und regelmässige Bewegung zu Schlüsselprioritäten ihrer Gesundheitspolitik gemacht.

## Weltgesundheitsorganisation

Bereits im Mai 2004 hat die WHO die «Globale Strategie für Ernährung, Bewegung und Gesundheit» verabschiedet und die Regierungen aufgefordert, diese ihren jeweiligen nationalen Verhältnissen anzupassen. Zwei Jahre später (November 2006) nahmen die europäischen Gesundheitsminister in Istanbul die «Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas» an. Im Mai 2010 wurden die WHO-Empfehlungen für die Vermarktung von energiereichen Lebensmitteln und nichtalkoholischen Getränken an Kinder von den Regierungen gebilligt. Ziel dabei ist es, die Wirkung von auf Kinder zielender Werbung für Lebensmittel und Getränke, die einen hohen Anteil an gesättigten Fetten, Transfettsäuren, Zucker oder Salz haben, zu verringern.

## Europäische Union

Im Mai 2007 verabschiedete die Europäische Kommission das Weissbuch «Ernährung, Übergewicht, Adipositas: Eine Strategie für Europa». Im Weissbuch wird verstärkt zu handlungsorientierten Partnerschaften auf diesem Gebiet aufgerufen. Zu den wichtigsten Zielen gehören u.a. die Stärkung der Selbstverantwortung, die Verbesserung der Konsumenteninformation, die Überprüfung der Lebensmittelzusammensetzung (weniger Salz, weniger Zucker und bessere Fettqualität), die Verbesserung der Datengrundlagen und Förderung der Forschung. Die Lancierung der EU-Aktionsplattform für Ernährung, Bewe-



gung und Gesundheit bietet ein Forum für wichtige Vertreter u.a. der Nahrungsmittelindustrie, des Einzelhandels, der Werbebranche und für Organisationen im Gesundheitsbereich. Ausserdem wurde eine hochrangige Gruppe (HG) aus Regierungsvertretern aller Mitgliedstaaten geschaffen. Sie sorgt für einen raschen Austausch von Wissen und Erfahrungen zur Lösung von Problemen im Zusammenhang mit Adipositas. 2009 und 2010 hat die HG die Kommission um die Einberufung von Experten gebeten, um die Grundlagen folgender Initiativen vorzubereiten: Salzstrategie (2008/2009) und Rahmenstrategie zur Reduzierung des Fett- und Zuckergehalts (inkl. Gemeinschaftsgastronomie) in Lebensmitteln (2010/2011). Die Europäische Lebensmittelsicherheitsbehörde (EFSA) befasst sich neben den klassischen Lebensmittelsicherheitsfragen mit Fragen im Ernährungsbereich, z.B. Zulassung von Gesundheitsanpreisungen und Nährstoffempfehlungen.

## Umsetzung in der Schweiz

Die Schweiz hat sich an den internationalen Strategieentwicklungen der WHO und der WHO Europa aktiv beteiligt. Die Charta der WHO Europa, die WHO-Strategie und das Weissbuch der EU stellten wesentliche Grundlagen bei Erarbeitung des Nationalen Programms Ernährung und Bewegung 2008–2012 (NPEB) dar und sind auch in der Umsetzungsphase wegweisend für die BAG-Aktivitäten. Die Erkenntnisse aus der EFSA und der HG, an der die Schweiz teilnimmt, fliessen in die Schweizer Projekte, Strategien und Empfehlungen des NPEB ein. Die Schweizer Salzstrategie ist ein gutes Beispiel dafür, wie WHO-Empfehlungen und die Globale Salzstrategie der EU zu einer nationalen Strategie führten.

Ein hoher Kochsalzkonsum erhöht das Risiko, an einer Herz-Kreislaufkrankheit zu erkranken. Die WHO empfiehlt daher im Bericht «Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases» einen Kochsalzkonsum von weniger als 5 Gramm pro Tag. In der Schweiz liegt der Salzkonsum mit schätzungsweise rund 10 Gramm pro Person und Tag deutlich darüber.

Dafür verantwortlich sind vor allem verarbeitete Lebensmittel wie Brot, Käse, Würste und andere Fleischprodukte, Suppen und Fertigmahlzeiten. Sie enthalten viel «verstecktes» Kochsalz. Bis 2012 soll der Salzkonsum um bis 16% (4% pro Jahr) auf 8 Gramm pro Tag und Person gesenkt werden. Längerfristig werden die empfohlenen maximalen 5 Gramm pro Tag angestrebt.

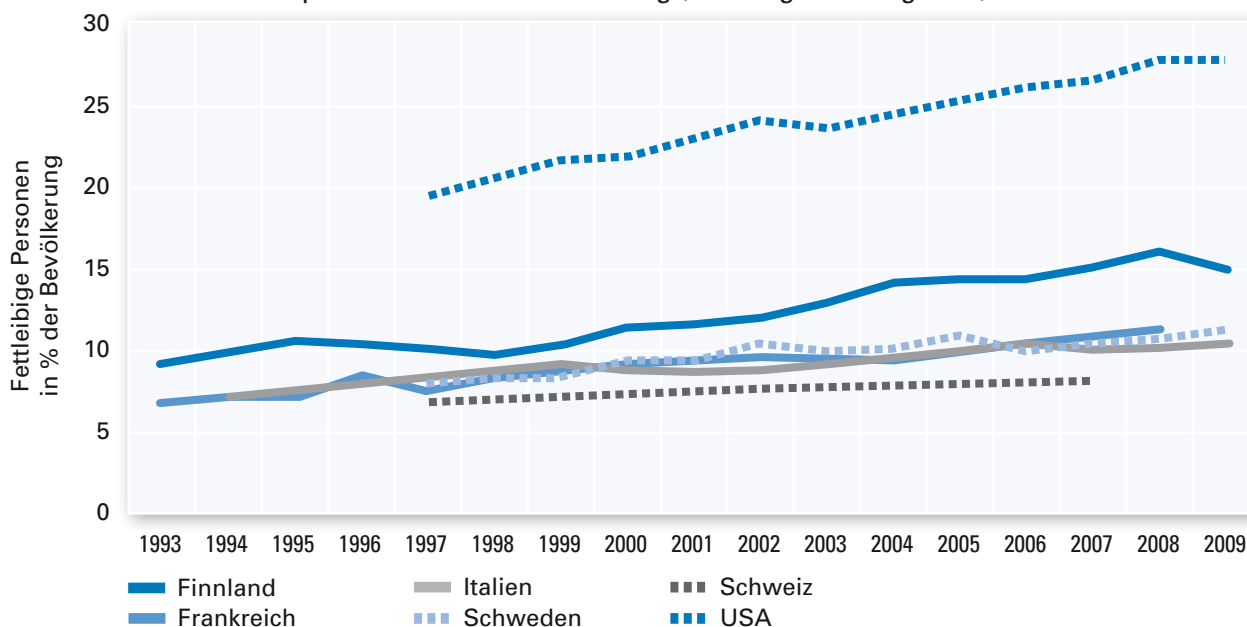
Die Umsetzung dieser Schweizer Salzstrategie soll zu einer merklichen Reduktion des Risikofaktors Bluthochdruck beitragen, die Lebensqualität erhöhen und die Gesundheit der Bevölkerung verbessern. Die Umsetzung der Salzstrategie erfolgt über actionsanté.

Kontakt: Liliane Bruggmann,  
Leiterin Sektion Ernährung  
und Bewegung,  
liliane.bruggmann@bag.admin.ch

## Infografik

### Risikofaktor Adipositas

Anteil der Adipösen in Gesamtbevölkerung (nach eigenen Angaben)



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2011.



# Gesund essen und mit Schwung durchs Leben

**Stand der Dinge Nationales Programm Ernährung und Bewegung.** Vor gut drei Jahren ist das Nationale Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012 (NPEB) gestartet. Das NPEB soll günstige Bedingungen für einen gesundheitsfördernden Lebensstil schaffen und die Gesellschaft dazu motivieren, sich ausgewogen zu ernähren, sich ausreichend zu bewegen und damit Krankheiten vorzubeugen.

Fünf der sieben bedeutendsten Risikofaktoren der nichtübertragbaren Krankheiten (Bluthochdruck, Cholesterin, Übergewicht/Adipositas, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel) stehen im Zusammenhang mit Ernährung und Bewegung. 37 Prozent der Schweizer Bevölkerung sind übergewichtig. Mit dem NPEB soll dieser Entwicklung entgegengewirkt werden. Der Bundesrat hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) damit beauftragt, das NPEB zusammen mit dem Bundesamt für Sport (BASPO) und in Koordination mit Gesundheitsförderung Schweiz sowie den Kantonen umzusetzen. Die Ziele und die Aufgabenverteilung sehen wie folgt aus:

1. Sicherstellung der nationalen Koordination: BAG
2. Förderung einer ausgewogenen Ernährung: BAG
3. Förderung von Bewegung und Sport: BASPO (ausgenommen Alltagsbewegung: BAG)
4. Integrierte Ansätze zur Förderung eines gesunden Körpergewichts: Gesundheitsförderung Schweiz und Kantone
5. Optimierung der Beratungs- und Therapieangebote: BAG

Seit dem Bundesratsbeschluss vom 18. Juni 2008 war das BAG mit diversen Projekten in seinen Aufgabengebieten aktiv. Hier eine Übersicht über die wichtigsten Aktivitäten.

## Fortschritte beim MOSEB

Bezüglich der Sicherstellung der nationalen Koordination (Ziel 1) steht beim BAG das Monitoring System Ernährung und Bewegung MOSEB im Zentrum. Das MOSEB ist eine Sammlung von Daten und Indikatoren in den Bereichen Ernährung und Bewegung. Es ermöglicht, relevante und noch nicht vorhandene Daten und Indikatoren zu identifizieren und neu zu erheben. Diese Indikatoren werden teilweise aus bestehenden Monitoring-Projekten übernommen und teilweise neu aufbereitet. Sie sind in die sechs Themenblöcke Gesundheitswissen, Ernährungsverhalten, Bewegungsverhalten, Körpergewicht, Gesundheitszustand sowie Rahmenbedingungen und Angebote eingeteilt. 2010 wurden drei Indikatoren neu erarbeitet: «Kochverhalten», «Bewegungsräume und -flächen» sowie «BMI bei Erwachsenen». Im Rahmen des MOSEB wurde zudem ein Standardfragen-Katalog zu den Themen Ernährung, Bewegung und Kör-

pergewicht zusammengestellt. Dieser Katalog wird Personen und Organisationen zur Verfügung gestellt, die eine Befragung oder Datenerhebung planen. Weitere Aktivitäten im Bereich nationale Koordination sind die Vorbereitung der Nationalen Ernährungserhebung 2012 und der 6. Schweizerische Ernährungsbericht (Kapitelstruktur und drei Kapitel).

## Ausgewogene Ernährung und Alltagsbewegung

Für die Förderung der ausgewogenen Ernährung und der Alltagsbewegung (Ziele 2 und 3) hat das BAG in der ersten Programmhälfte viele wichtige Massnahmen realisiert oder angeschoben:

### Salzstrategie

Ein hoher Salzkonsum erhöht das Risiko einer Herz-Kreislaufkrankung. Die WHO empfiehlt daher weniger als fünf Gramm Salz pro Tag. In der Schweiz liegt der Salzkonsum mit rund zehn Gramm pro Person und Tag deutlich darüber. Zusammen mit der Lebensmittelindustrie und der Forschung wird im Rahmen der Salzstrategie abgeklärt, wie in Lebensmitteln und in Angeboten der Gastronomie der Salzgehalt ohne Geschmackseinbussen gesenkt werden kann. Bis 2012 soll der Salzkonsum auf acht Gramm gesenkt werden. Längerfristig werden die empfohlenen fünf Gramm pro Tag angestrebt. Die Salzstrategie besteht aus fünf Säulen:

1. Daten und Forschung
2. Öffentlichkeitsarbeit
3. Nationale und internationale Zusammenarbeit
4. Anpassung der Produktrezepturen
5. Monitoring und Evaluation

Die Umsetzung der Salzstrategie erfolgt über actionsanté.

### actionsanté

Im Rahmen der Initiative actionsanté sucht, unterstützt und vernetzt das BAG Unternehmen und Institutionen, die sich freiwillig dafür einsetzen, dass sich die Menschen in der Schweiz im Alltag leichter für eine ausgewogene Ernährung und eine regelmässige körperliche Aktivität entscheiden. Die Aktionen der Partner bewegen sich in den Bereichen Konsumenteninformation, Marketing und Werbung, Lebensmittelzusammensetzung und -angebot und Förderung eines bewegungsfreundlichen Umfelds. Bisher haben sich fünfzehn Partner zu 21 Aktionen aus den Bereichen Lebensmittelzusammensetzung /-angebot und Marketing und Werbung verpflichtet. Ein grosser Teil dieser Aktionsversprechen betreffen den Bereich Salzreduktion.

### Qualitätsstandards für die Gemeinschaftsgastronomie

Die Schweizer Gemeinschaftsgastronomie verpflegt täglich eine Million Menschen. Sie ist deshalb ein zentrales Handlungsfeld des NPEB. Eine Massnahme in diesem Bereich ist die Erstellung von «Schweizer Qualitätsstandards



für eine gesundheitsfördernde Gemeinschaftsgastronomie», die seit Ende 2009 allen Interessierten zur Verfügung stehen. Zudem wurde die Schweizer Gemeinschaftsgastronomie 2010 einer internationalen Analyse unterzogen, deren Akteure erfasst, befragt und in die Umsetzung einer gesundheitsfördernden Gemeinschaftsgastronomie integriert.

### Multisektoraler Ansatz für mehr Alltagsbewegung

Die Infrastruktur hat einen grossen Einfluss auf das Bewegungsverhalten der Bevölkerung. Aus diesem Grunde setzt sich das BAG zusammen mit den Bundesämtern für Raumplanung (ARE), Strassen (ASTRA), Energie (BFE) und anderen Partnern für attraktiv gestaltete Quartiere, sichere Fuss- und Velowege und die Förderung des Langsamverkehrs ein. Das BAG hat im Bereich Alltagsbewegung Projekte des Dienstleistungszentrums für innovative und nachhaltige Mobilität (DZM) unterstützt und an den Arbeitsgruppen «Suburbane Freiraumentwicklung», «Freizeitverkehr» und «Bundeskoordination Langsamverkehr» teilgenommen. Die BAG-Website gibt einen Überblick über sämtliche BAG-Aktivitäten im Bereich Alltagsbewegung.

### Optimierung der Therapie

Bezüglich der Optimierung des Therapieangebots (Ziel 5) wird in einer ersten Phase den Hausärztinnen und Hausärzten, die von Patientinnen und Patienten mit einem möglichen Adipositasproblem aufgesucht werden, Informationsmaterial zur Verfügung gestellt. Zudem soll eine Internet-Plattform mit den Therapie-Angeboten in den einzelnen Kantonen erstellt werden. Die Dokumente werden Anfang 2012 im Rahmen eines Pilotprojekts überprüft. In einer zweiten Phase wird sich die Expertengruppe Themen wie Essstörungen und Mangelernährung annehmen.

### Weitere BAG-Aktivitäten

Weitere NPEB-Aktivitäten des BAG waren:

- Lancierung eines Schüler-Video-Wettbewerbs zum Thema «Genuss und Gesundheit» (in Zusammenarbeit mit der Genusswoche)
- Vorbereitung der Nationalen Ernährungserhebung 2012
- Erstellen des 6. Schweizerischen Ernährungsberichts (Kapitelstruktur und drei Kapitel)

### Evaluation 2011

Das NPEB wird gegenwärtig einer externen Evaluation unterzogen. Die Ergebnisse werden eine wichtige Grundlage für die Programmverlängerung sein.

Kontakt: Liliane Bruggmann,  
Leiterin Sektion Ernährung  
und Bewegung,  
liliane.bruggmann@bag.admin.ch

## Miniserie Die Nationalen Präventionsprogramme

Was läuft in der Tabak-, der Alkohol-, der Drogen- und der HIV-STI-Prävention, was gibt es von Ernährung und Bewegung zu berichten? «spectra» präsentiert eine Zwischenbilanz der grossen nationalen Präventionsprogramme des Bundesamts für Gesundheit:

### spectra 88 – September 2011

Nationales Programm Tabak, 2008–2012

### spectra 89 – November 2011

Nationales Programm Ernährung und Bewegung, 2008–2012

### spectra 90 – Januar 2012

Nationales Programm Alkohol, 2008–2012

### spectra 91 – März 2012

Massnahmenpaket Drogen III, 2007–2011

### spectra 92 – Mai 2012

Nationales Programm HIV und STI, 2011–2017

# «Die Schweiz muss zur Debatte beitragen, die ermöglicht, Alternativen zu und eine Revision der internationalen Übereinkommen über die Suchtmittel»

**Interview Ruth Dreifuss.** Die frühere Bundesrätin und Gesundheitsministerin Ruth Dreifuss spricht im spectra-Interview über ihr Engagement in der «Global Commission on Drug Policy», in der sie sich für eine ausgewogene Drogenpolitik einsetzt. Sie fordert die globale Verankerung des Vier-Säulen-Modells und die kreative Suche nach Alternativen zum einseitigen «Krieg gegen Drogen», der in vielen Regionen der Welt ein wahres Schlachtfeld anrichtet und die Probleme in keiner Weise zu lösen vermag. Die Schweizer Suchtpolitik im Bereich Drogen und Tabak sieht Dreifuss als beispielhaft, und sie wünscht sich, dass dieser pragmatische Weg auch die internationale Politik günstig beeinflusst.

**spectra: Frau Dreifuss, welches sind aktuell national und international die grössten Herausforderungen in der Drogen- und Suchtpolitik?**

*Ruth Dreifuss:* Weder auf nationaler noch auf internationaler Ebene hat die Vier-Säulen-Politik ein befriedigendes Gleichgewicht erreicht. Zwar ist es der Schweiz und manchen europäischen Ländern gelungen, den Problemen des Gesundheitswesens im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit einiges an Gewicht zu verleihen, aber es herrscht nach wie vor eine offenkundige Unausgewogenheit zwischen den gewaltigen Mitteln, die für die Repression eingesetzt werden, und den sehr viel beschei-

deneren, welche für Prävention, Behandlung und Schadensminderung zur Verfügung stehen. Ausserdem hat die Prohibition kriminellen Organisationen erlaubt, den Drogenhandel zu beherrschen, in dem sie die drogenabhängigen Menschen dem brutalen Gewinnstreben ausliefert und ganze Regionen in einen blutigen und sinnlosen Krieg gegen die Drogen drängt.

**Was kann aus Ihrer Sicht der Beitrag der Schweiz sein, um die internationale Drogenpolitik weiterzuentwickeln?**

Die Schweiz zählt zu den Pionierinnen in der Behandlung der Drogenabhängigkeit und der Risikoprävention. Aus der Stärke dieser Erfahrung kann sie Ländern helfen, die sich bemühen, innovative Therapien und medizinisch-soziale Programme zu schaffen, die geeignet sind, die vulnerabelsten Personen zu erreichen. Ich sehe dort eine gemeinsame Aufgabe für das Bundesamt für Gesundheit, die Direktion für Entwick-

«Es herrscht nach wie vor eine offenkundige Unausgewogenheit zwischen den gewaltigen Mitteln, die für die Repression eingesetzt werden, und den sehr viel bescheideneren, welche für Prävention, Behandlung und Schadensminderung zur Verfügung stehen.»

lungszusammenarbeit, nichtstaatliche Organisationen und wissenschaftliche Experten. Auf internationaler Ebene muss die Schweiz zusammen mit anderen Ländern aktiv werden, damit die Vereinten Nationen eine kohärentere Politik in diesem Bereich entwickeln. Eine Politik, die den Fragen der öffentlichen Gesundheit und der nachhaltigen (wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen) Entwicklung der Mohn, Coca und Cannabis anbauenden Regionen Priorität einräumt. Die Schweiz muss zur Debatte beitragen, die es ermöglicht, Alternativen zum Verbot von Drogen zu finden und eine Revision der internationalen Übereinkommen über die Suchtmittel voranzutreiben.

**Wie ist die «Global Commission on Drug Policy» entstanden?**

Lateinamerika steht an vorderster Front beim Krieg gegen die Drogen, den Präsident Nixon vor genau 40 Jahren ausgerufen hat. Das Resultat dieses Krieges ist ein Schlachtfeld. Bauern werden in den Ruin getrieben, es entstehen mächtige verbrecherische Kartelle und die Staaten werden geschwächt. Drei ehemalige lateinamerikanische Staatspräsidenten, unterstützt von Intellektuellen und verschiedenen Experten, haben vor drei Jahren zu einer neu-

en Drogenpolitik aufgerufen. Dieser Aufruf war der Kristallisationspunkt für die Bildung der Kommission.

**Welches waren die Motive für die Gründung?**

Die menschlichen Kosten des Krieges gegen die Drogen, seine Wirkungslosigkeit und die Hindernisse, die er für die Entwicklung einer Präventions- und Gesundheitspolitik darstellt, mobilisierten das Verantwortungsgefühl der Bürgerinnen und Bürger, die sich in der Kommission zusammengeschlossen haben.

**Welche Ziele verfolgt die Kommission und mit welchen Massnahmen will sie diese erreichen?**

Ihr erstes Ziel besteht darin, das Tabu zu brechen, eine Debatte über Alternativen zu einer Politik zu führen, die gescheitert ist. Sowohl die Produktion als auch der illegale Handel und der Drogenkonsum sind im Laufe der vergangenen Jahrzehnte gestiegen. Die Kommission hat also zuerst einen Bericht verfasst, der im Juni 2011 veröffentlicht wurde. Sie will Regierungen und Nichtregierungsorganisationen unterstützen, die neue Programme für die öffentliche Gesundheit oder zur Regulierung der Drogenmärkte entwickeln wollen. Sie pflegt den Dialog mit den Vereinten Nationen und ihren spezialisierten Organisationen, um die Kohärenz und die Wirksamkeit der internationalen Zusammenarbeit in diesem Bereich zu verbessern.

**Wer steht hinter der Kommission? Können Sie ein paar Namen nennen?**

Der Kommission liegen Initiativen von verschiedenen Persönlichkeiten zugrunde, die eine politische oder intellektuelle Verantwortung innehatten oder innehaben. Sie alle wurden mobilisiert durch die Dringlichkeit, vernünftiger und menschlichere Lösungen der Drogenprobleme zu finden. Der frühere brasilianische Präsident Fernando Henrique Cardoso sitzt dem Ausschuss vor. Zu seinen Mitgliedern gehören zum Beispiel der ehemalige UNO-Generalsekretär Kofi Annan und die ehemalige Hochkommissarin für Menschenrechte Louise Arbour.

**Es finden sich viele süd- und mittelamerikanische Exponenten in der Kommission. Haben Sie auch Kontakte zu afrikanischen oder asiatischen Persönlichkeiten?**

Es ist wahr, dass die Mitglieder vorwiegend aus Amerika und Europa stammen, denn in diesen zwei Weltregionen ist die Bewusstseinsbildung am weitesten vorgerückt und die öffentliche Debatte am offensten. Aber seit der Veröffentlichung ihres Berichtes ist die Kommission von Persönlichkeiten, Regierungen und Nichtregierungsorganisationen aus Afrika und Asien angegan-

gen worden, um ihre Unterstützung für Projekte zur Risikoverminderung und zur Regulierung des Marktes zu erlangen. Zu den mittelfristigen Prioritäten der Kommission gehören insbesondere die Verletzungen der Menschenrechte in Asien durch die Todesstrafe und die

«Dank der Prohibition sind Produktion und Drogenhandel höchst lukrativ.»

«Behandlungen» in Arbeitslagern sowie die Lage in Westafrika, das eine Drehscheibe des Drogenhandels zwischen Lateinamerika und Europa geworden ist und mit einer Explosion des Drogenkonsums und der HIV/Aids-Infektionen konfrontiert ist.

**Will man eine globale Änderung der Drogenpolitik bewirken, wird man auch die Unterstützung von arabischen, afrikanischen und asiatischen Staaten suchen müssen. Ist das ein Ziel der Kommission? Hat sie diesbezügliche Kontakte?**

Seit der Erscheinung des Berichtes hat die Kommission Anfragen aus Ländern erhalten, von denen wir nicht erwartet hatten, dass der Wille besteht, eine Debatte über die Drogenpolitik zu führen. Netze sind dabei, sich zu bilden, und mehr und mehr Regierungen fragen sich, wie sie wirksam handeln können.

**Welche Hypothesen hat die Kommission zu den Gründen der drei Grossmächte Russland, China und USA, jede Diskussion über die Revision der Übereinkommen zu blockieren?**

Die Kommission hat keine Hypothesen aufgestellt. Sie stellt aber fest, dass diese Länder den Ton angeben und dass ihre nationale Politik wenig Platz für niederschwellige Therapien oder Massnahmen zur Schadensminderung lässt. Ihre Gefängnisse und Strafanstalten werden zu einem guten Teil von Personen bevölkert, die wegen Drogenkonsums oder für Vergehen ohne Gewalt im Zusammenhang mit ihrer Drogenabhängigkeit verurteilt wurden.

**Wie arbeitet und finanziert sich die Kommission?**

Die Kommission hat mehrere Sitzungen und Debatten durchgeführt, um ihren Bericht abzuschliessen. Sie hat Arbeitsgruppen für ein regionales oder sektorielles Konzept eingesetzt und stützt sich in all ihren Aktivitäten auf anerkannte Experten. Die Kommission wird durch mehrere Stiftungen finanziert.

**Was empfiehlt die Kommission der Schweiz für ihre Drogen- und Suchtpolitik?**

Die Erfahrung der Schweiz bezüglich innovativer Behandlungsformen und Schadensminderung wird anerkannt

## Unsere Gesprächspartnerin

Die studierte Wirtschaftswissenschaftlerin **Ruth Dreifuss** (geboren 1940) war von 1972 bis 1981 für die Direktion für Entwicklungszusammenarbeit und humanitäre Hilfe (heute DEZA) tätig. 1981 wurde sie Zentralsekretärin des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes. Die Vereinigte Bundesversammlung wählte Ruth Dreifuss am 10. März 1993 zur Bundesrätin. Ihrer Wahl ging die Nichtwahl der offiziellen Kandidatin Christiane Brunner und ein heftiger Frauenprotest gegen die Wahl von Francis Matthey voraus (Brunner-Effekt). Vom 1. April 1993 bis 31. Dezember 2002 stand sie dem Eidgenössischen Departement des Innern vor und war als Gesundheitsministerin auch oberste Chefin des Bundesamts für Gesundheit. Ruth Dreifuss war nach Elisabeth Kopp die zweite Frau und die erste Person mit jüdischem Hintergrund, die in den Bundesrat gewählt wurde. Sie war 1999 die erste Frau, die zur Bundespräsidentin gewählt wurde. Ruth Dreifuss lebt in Genf. Sie engagiert sich heute in der Global Commission on Drug Policy. Mehr dazu unter: [www.globalcommissiondrugs.org](http://www.globalcommissiondrugs.org)



# um Verbot von Drogen zu finden Mittel voranzutreiben.»



und dient der Kommission als gutes Beispiel. In der Erforschung von Alternativen zur Bestrafung von Drogenkonsumierenden

«Zum Krieg gegen die Drogen kamen der Krieg gegen den Terrorismus und der Krieg schlechthin dazu, insbesondere in Afghanistan.»

Portugal einen vielversprechenden Weg. Dieses Beispiel sowie die Vorschläge der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen, mit den verschiedenen Problemen umzugehen, zeigen Möglichkeiten auf, die zu verwirklichen sich lohnen würde.

**Die Entwicklung der heutigen Drogenpolitik ist aufgrund der starken Zunahme von Opiatabhängigkeit in den 80er-Jahren**

**entstanden. Wie ist diese Politik den heutigen Sucht- und Drogenproblemen gewachsen? Wie sollte sie in Zukunft aussehen?**

Heute geht es darum, in einer kohärenten Politik die Gesamtheit der Probleme anzugehen, die mit der Abhängigkeit zusammenhängen. Fokussiert man spezifische Substanzen, ist man dazu verurteilt, unaufhörlich hinter neuen Substanzen herzulaufen. Natürlich müssen wir jede einzelne untersuchen, um in jedem Fall die passenden Therapien entwickeln zu können. Aber die Unterscheidung von legalen und illegalen Substanzen macht eine wirkungsvolle Bekämpfung der Abhängigkeit wesentlich schwieriger.

**Welches sind Impulse aus dem Ausland, welche die schweizerische Drogen- und Suchtpolitik bereichern können?**

Da ist zum einen Portugal, das darauf verzichtet hat, Drogen konsumierende

Personen zu kriminalisieren. Zum anderen gibt es einige Staaten der USA, die den medizinischen Einsatz von Cannabis zulassen, und andere, die beabsichtigen, den Markt dieser Substanz zu regulieren.

**Wie ist damit umzugehen, dass in vielen Ländern die repressive Seite tendenziell gestärkt wird?**

Dank der Prohibition sind Produktion und Drogenhandel höchst lukrativ. Sie treibt nicht nur die organisierte Kriminalität, sondern auch den Terrorismus und Bürgerkriege voran. Zum Krieg gegen die Drogen kamen der Krieg gegen den Terrorismus und der Krieg schlechthin dazu, insbesondere in Afghanistan. All diese Kriege haben verheerende Auswirkungen auf die Menschenrechte. Ignoriert werden dabei vor allem die sozialen und gesundheitlichen Bedürfnisse der betroffenen Bevölkerungen. In diesem Sinn steht die Verhärtung in Sa-

«Die mafiartigen Organisationen agieren global und lachen bloss über Grenzen.»

chen Drogenrepression in einem Zusammenhang mit der veränderten Sicherheitslage, mit der sich die Welt seit den Attentaten des 11. September 2001 konfrontiert sieht.

**Die Entwicklung der Konvention von 1961 ist aufgrund der starken Zunahme von Opiatabhängigkeit dieser Zeit entstanden. Ist sie den heutigen Umständen noch gewachsen?**

Zur Bekämpfung des organisierten Verbrechens ist die Zusammenarbeit aller Staaten unabdingbar, denn die mafiartigen Organisationen agieren global und lachen bloss über Grenzen. Ich anerkenne den Nutzen von Massnahmen gegen Geldwäscherei und der Kontrolle der Produktion und Ein- und Ausfuhr von Basissubstanzen und Suchtmitteln, die zu legalen, medizinischen Zwecken benutzt werden. Die sture und undifferenzierte Prohibition einer Liste von Substanzen hingegen verursacht einen unermesslichen Schwarzmarkt und bringt zahlreiche Opfer um die für sie notwendige Pflege.

**Welche Bestandteile der Konvention sind problematisch, um sich den neuen Herausforderungen in der aktuellen Welt drogenproblematik stellen zu können?**

Das öffentliche Gesundheitswesen wird zwar in der Konvention aufgeführt, bekommt aber bei der Umsetzung nicht die entsprechende Priorität. Indem sie die Suche nach Alternativen zur Prohibition verhindert, blockiert sie die Entwicklung der nationalen Politiken in Richtung wirksamerer Regulierungssysteme.

**Welche Chancen bestehen, dass die Konvention unter den gegebenen Umständen verändert wird? Sehen Sie einen Zeithorizont?**

Momentan widersetzen sich die drei Grossmächte USA, Russland und China jedem Vorschlag einer Revision der Konvention. Aber die Zahl der Staaten, die mehr Freiheit wünschen, um nach innovativen Lösungen zu suchen, indem sie eng in der Bekämpfung des organisierten Verbrechens zusammenarbeiten, steigt laufend. Die Länder, die zurzeit jede Öffnung blockieren, haben immer mehr Probleme mit Überbelegungen in den Gefängnissen oder mit der HIV/Aids-Epidemie. Bleibt zu hoffen, dass – wie es die Kommission wünscht – das Tabu bald gebrochen wird.

**Sie werden immer wieder von interessanten Stiftungen und Gremien aus den verschiedensten Bereichen um Mitwirkung gebeten. Doch Sie engagieren sich nach wie vor für die Drogenpolitik. Weshalb?**

Ich engagiere mich weiterhin in verschiedenen Gebieten, zum Beispiel für die Abschaffung der Todesstrafe oder für den Zugang zu Arzneimitteln für die Bevölkerungen der Dritten Welt. Was die Drogenpolitik betrifft, werde ich konsultiert wegen des Interesses, das die pragmatische Politik der Schweiz hervorruft. Da ich das Glück hatte, dafür während zehn Jahren die Verantwortung zu übernehmen, ist es normal, dass ich diese Erfahrung teile. Zahlreiche andere Länder und Regionen der Welt sind mit sehr viel dramatischeren Situationen konfrontiert als jene, die die Schweiz gekannt hat. Denken wir nur

«Die Länder, die zurzeit jede Öffnung blockieren, haben immer mehr Probleme mit Überbelegungen in den Gefängnissen oder mit der HIV/Aids-Epidemie.»

an die Probleme von Marginalisierung und Verletzung der Menschenrechte drogenabhängiger Personen, fehlende Pflege und die Gefahr einer Ansteckung mit Aids für die gesamte Bevölkerung oder an Gewalt und Korruption.



# Neue Studie zur Gesundheit der Migrationsbevölkerung



**Migration und Gesundheit.** Das zweite Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz gibt Aufschluss über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten, die Gesundheitskompetenz und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Personen ausgewählter Nationalitäten.

Um in der Schweiz gesundheitliche Ungleichheiten zwischen Personen mit und solchen ohne Migrationshintergrund beobachten und dokumentieren zu können, ist 2004 im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit zum ersten Mal eine Gesundheitsbefragung in der Migrationsbevölkerung durchgeführt worden (GMM I). 2010 hat diese Befragung ein zweites Mal stattgefunden (GMM II): 3000 Personen ausländischer Nationalität sowie kürzlich Eingebürgerte gaben Auskunft zu verschiedenen Aspekten ihrer Gesundheit. Die telefonischen Interviews wurden auf Portugiesisch, Türkisch, Serbisch, Albanisch, Somali, Tamilisch sowie Deutsch und Französisch durchgeführt. Die Fragen waren mehrheitlich identisch mit jenen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Das vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) und vom Bundesamt für Migration (BFM) finanzierte Forschungsprojekt wurde von vier Instituten unter der Leitung des Büros für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) ausgeführt.

## Ältere Menschen und Frauen besonders belastet

Die Ergebnisse zeigen, dass Migranten und Migrantinnen, die erst seit Kurzem in der Schweiz leben, weniger oft von dauerhaften Gesundheitsproblemen betroffen sind als die gleichaltrige einheimische Bevölkerung. Dies ist ein Hinweis auf den sogenannten «Healthy-Migrant-

Effect», der darin besteht, dass vor allem gesunde Personen das Wagnis einer Migration in Angriff nehmen. Mit zunehmendem Alter und längerer Aufenthaltsdauer in der Schweiz öffnet sich jedoch die Schere zwischen Migrationsbevölkerung und Einheimischen: Die Migrationsbevölkerung weist, verglichen mit der gleichaltrigen einheimischen Bevölkerung, einen schlechteren Gesundheitszustand auf. Ältere Migrantinnen und Migranten leiden häufiger an psychischen und/oder körperlichen Problemen wie Depression, Migräne, Bluthochdruck, Arthrose, Nieren- oder Lungenerkrankungen. Auch die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit fällt deutlich schlechter aus als bei der einheimischen Bevölkerung. Frauen mit Migrationshintergrund sind von gesundheitlichen Problemen stärker betroffen als Männer.

## Vielschichtige Ursachen

Ausbildungsniveau, Erwerbstätigkeit, Sprachkompetenz, Diskriminierungserfahrungen in der Schweiz und Erfahrungen mit Gewalt im Herkunftsland können einen Teil der Unterschiede erklären. Bei Migranten und Migrantinnen, die seit Längerem in der Schweiz wohnen oder hier geboren sind, greifen Erklärungen anhand dieser Faktoren jedoch oft zu kurz. Weitere Forschung wäre nötig, um die Ursachen der gesundheitlichen Ungleichheiten zu ergründen. Möglicherweise sieht die Lage im Alter auch deshalb so prekär aus, weil ältere Migranten und Migrantinnen bei guter Gesundheit eher in ihr Herkunftsland zurückkehren, während jene mit gesundheitlichen Problemen eher in der Schweiz bleiben.

## Mehr Zigaretten, weniger Alkohol

Beim Gesundheitsverhalten zeigen sich

ebenfalls verschiedene Unterschiede zwischen einheimischer Bevölkerung und Migranten bzw. Migrantinnen. Während der Tabakkonsum bei den befragten Migrantengruppen höher ist als bei den Einheimischen, ist der Alkoholkonsum tiefer. Bei Ernährung und Bewegung zeigt die Migrationsbevölkerung ein etwas weniger gesundheitsförderliches Verhalten als die einheimische Bevölkerung, und es sind auch mehr Personen von starkem Übergewicht betroffen.

Bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen unterscheidet sich die Migrationsbevölkerung hingegen kaum von den Einheimischen. Insgesamt weisen Migranten und Migrantinnen eher weniger Arztbesuche auf – wenn sie zum Arzt gehen, dann jedoch öfter zum Hausarzt oder zur Hausärztin. Einige der befragten Migrantengruppen nehmen Notfalldienste, Polikliniken und Spitalambulatorien häufiger in Anspruch als die einheimische Bevölkerung.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse des GMM II, dass in der Schweiz nach wie vor gesundheitliche Ungleichheiten zwischen Menschen mit und solchen ohne Migrationshintergrund existieren. Für eine gezielte Prävention und Gesundheitsförderung sowie für Massnahmen zur Ermöglichung eines chancengleichen Zugangs zum Gesundheitswesen sind diese Daten eine wichtige Grundlage.

Link zum Forschungsbericht:  
[www.miges.admin.ch](http://www.miges.admin.ch)  
(> Forschung > Projekte)

Kontakt: Karin Gasser,  
Projektleiterin Forschung, Nationales  
Programm Migration und Gesundheit,  
[karin.gasser-gp@bag.admin.ch](mailto:karin.gasser-gp@bag.admin.ch)

# Ratifizierung verzögert sich

**WHO-Tabakkonvention/FCTC.** Der Bundesrat will das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs nach wie vor ratifizieren. Der Zeitpunkt ist allerdings noch ungewiss.

Das WHO-Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs («Framework Convention on Tobacco Control», FCTC) enthält die Grundsätze, die weltweit für den Umgang mit Tabak und Tabakwaren gelten. Dabei sollen das Angebot und die Nachfrage von Tabakprodukten zugunsten einer besseren Gesundheit weltweit reguliert werden. Am 25. Juni 2004 hat die Schweiz das FCTC unterzeichnet und damit ihren Willen kundgetan, das Übereinkommen zu ratifizieren. Das heisst, die Schweiz ist bestrebt, die Bestimmungen des FCTC in geltendes Schweizer Recht umzusetzen. Das FCTC ist 2005 in Kraft getreten. Bis heute wurde es von 174 Staaten ratifiziert, die Schweiz gehört noch nicht dazu.

## Bündelung der Geschäfte

Die Ratifizierung des FCTC ist ein Ziel des Bundesrates, das auch im Nationalen Programm Tabak 2008–2012 erwähnt wird. Im Allgemeinen ratifiziert die Schweiz internationale Verträge erst, nachdem die nötigen Gesetzesänderungen vorgenommen worden sind. Solche Anpassungen betreffen ein Verbot des Verkaufs an Minderjährige sowie Einschränkungen der Tabakwerbung. Zurzeit laufen im Hinblick auf die Unterzeichnung eines Gesundheitsabkommens mit der EU Verhandlungen, die unter anderem Werbeeinschränkungen im Bereich Tabak tangieren. Diese zwei Prozesse laufen parallel und sollen – zusammen mit der laufenden Revision des Lebensmittelgesetzes – dazu führen, dass ein neues Tabakproduktegesetz erarbeitet wird. Bedingt durch die Verzögerungen der Verhandlungen mit der EU, hat sich die Erarbeitung des Tabakproduktegesetzes – und demnach auch die Arbeiten zur Ratifizierung des WHO-Rahmenübereinkommens – verzögert.

Kontakt:  
Patrick Vuilleme,  
Stv. Leiter Sektion Tabak,  
[patrick.vuilleme@bag.admin.ch](mailto:patrick.vuilleme@bag.admin.ch)



# Tabakkontrolle: Die Schweiz hat aufgeholt

**Vergleichsstudie.** Führend bei den Investitionen, schwach in den Werberestriktionen. Dies ist das Fazit einer Studie, welche die Schweizer Politik zur Tabakkontrolle aus europäischer Sicht durchleuchtete. Im Vergleich mit 30 Ländern belegt die Schweiz in puncto Tabakkontrolle den elften Platz.

Die Vereinigung der europäischen Krebsligen hat im Jahr 2010 zum dritten Mal nach 2005 und 2007 das «Tobacco Control Scale» (TCS) durchgeführt. Dabei werden die Anstrengungen zur Tabakkontrolle in 31 europäischen Ländern bewertet. Studien belegen, dass ein hoher TCS mit einer tiefen Raucherprävalenz zusammenhängt. Die Berechnung des TCS beruht auf sechs von der Weltbank formulierten Grundsätzen einer umfassenden Tabakprävention:

1. Preissteigerungen durch die Erhöhung der Tabaksteuer.
2. Rauchverbote und -einschränkungen in öffentlichen Plätzen und am Arbeitsplatz.
3. Verbesserte Konsumenteninformation (Kampagnen, Medienpräsenz, Veröffentlichung von Forschungsergebnissen).
4. Umfassende Werbe- und Promotionsverbote.
5. Grosse Warnhinweise auf allen Tabakverpackungen.
6. Behandlungsangebote für den Rauchstopp, inklusive Medikamenten.

Bei der TCS-Bewertung können total 100 Punkte erreicht werden. Im Jahr 2010 haben Grossbritannien, Irland, Norwegen, Türkei und Island die Plätze eins bis fünf belegt. Sie haben vor allem mit hohen Tabakpreisen und umfassenden Rauchverboten gepunktet. Grossbritannien (77 Punkte) hatte bereits 2007 den ersten Platz belegt. Es erreichte in allen sechs Grundsätzen eine relativ hohe Punktzahl. Einen regelrechten Senkrechtstart hat die Türkei hingelegt: 2007 noch gar nicht im Ranking, erreichte das



Land mit einer traditionell hohen Raucherprävalenz auf Anhieb den vierten Rang. Dafür verantwortlich sind die europaweit grössten bildlichen Warnhinweise auf den Tabakverpackungen, umfassende Rauchverbote ohne Ausnahmen und eine Preisverdoppelung für Zigaretten innerhalb von fünf Jahren.

**Schweiz macht sieben Plätze gut**  
Die Schweiz hat mit 48 Punkten den elften Rang erreicht und seit 2007 sieben Plätze gutgemacht. Positiv zu Buche geschlagen haben die umfassenden Rauchverbote in zahlreichen Kantonen und die Einführung von bildlichen Warnhinweisen und der Nummer der Rauchstopplinie auf allen Tabakverpackungen. Seit 2010 sind diese Elemente in der Schweiz obligatorischer Bestandteil der Tabakverpackungen. Pluspunkte sammelte die Schweiz ausserdem mit ihren Ausgaben für Massnahmen zur Einschränkung

des Tabakkonsums. 2009 betrug das Gesamtbudget des Tabakpräventionsfonds rund 12 Millionen Euro. Damit gehört die Schweiz gemäss den Autoren der TCS-Studie neben Grossbritannien und Island zu den europäischen Ländern mit den höchsten – aber immer noch ungenügenden – Präventionsausgaben.

Nur zwei von zehn möglichen Punkten erhielt die Schweiz für ihre Haltung bezüglich Tabakwerbung. Zwar sind über 80% der Schweizer Bevölkerung zurzeit oder nächstens keiner Plakatwerbung für Tabakprodukte mehr ausgesetzt. Für andere Bereiche wie die Verkaufsförderung oder das Sponsoring gibt es hingegen noch praktisch keine Restriktionen. Im Rahmen der Erarbeitung eines Tabakproduktegesetzes ist vorgesehen, weitergehende Einschränkungen der Tabakwerbung vorzuschlagen (siehe Artikel zu FCTC).

## Sechs Empfehlungen bis 2015

Aufgrund der Ergebnisse der TCS-Studie formulieren die Autoren sechs Empfehlungen für die kommenden vier Jahre:

- Berücksichtigung aller sechs Grundsätze der Weltbank bei der Erstellung von Programmen zur Einschränkung des Tabakkonsums.
- Steigerung der Ausgaben für Tabakkontrollmassnahmen auf mindestens 2 Euro pro Kopf und Jahr.
- Umfassende Rauchverbote in allen öffentlichen Gebäuden und Räumen sowie an sämtlichen Arbeitsplätzen – ohne Ausnahme und ohne Duldung von Raucherräumen.
- Regelmässige Erhöhungen der Tabaksteuern.
- Obligatorische grosse bildliche Warnhinweise (80% der Frontseite) und «Plain packaging» (neutrale, nur mit Markennamen versehene Verpackungen).
- Einschränkung des Einflusses der Tabakindustrie auf die Tabakpolitik (gemäss dem WHO-Rahmenabkommen zur Eindämmung des Tabakkonsums FCTC).

Als besonders wichtig erachten die Autoren die drastische Erhöhung der Präventionsausgaben. Zwei Drittel der bewerteten Länder haben in den letzten Jahren weniger als 10 Eurocent pro Kopf und Jahr ausgegeben – Tendenz sinkend. Diese Investitionen sind weit entfernt von den geforderten 2 Euro pro Kopf. Einen weiteren Fokus setzen die Autoren bei der stetigen Erhöhung der Tabakpreise; Preissteigerungen sind nach wie vor das wirksamste Mittel zur Reduktion des Tabakkonsums.

Link zur Studie:  
[www.europeancancerleagues.org/about-ecl/3-highlights/219-tobacco-control-scale-2010.html](http://www.europeancancerleagues.org/about-ecl/3-highlights/219-tobacco-control-scale-2010.html)

Kontakt: Patrick Vuillème,  
Stv. Leiter Sektion Tabak,  
[patrick.vuilleme@bag.admin.ch](mailto:patrick.vuilleme@bag.admin.ch)

## 10 Jahre Erfahrung im Dienste der Prävention

**Tabakmonitoring Schweiz.** Die 2001 lancierte nationale Umfrage zum Tabakkonsum ist Ende 2010 ausgelaufen. Die letzten Berichte sind Ende September 2011 erschienen. Das Projekt wird in einer anderen Form im Rahmen des Suchtmonitorings Schweiz weitergeführt.

Das Tabakmonitoring Schweiz wurde vom Psychologischen Institut der Universität Zürich sowie Kommunikation und Publikumsforschung, Zürich, im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) durchgeführt und durch den Tabakpräventionsfonds finanziert. Dabei wurde der Tabakkonsum der 14- bis 65-jährigen in der Schweiz lebenden

Menschen anhand einer repräsentativen Stichprobe von jährlich 10'000 Personen kontinuierlich erhoben. Zur Sprache gebracht wurden dabei Themen wie Prävalenz, Entwöhnung, Rauchen während der Schwangerschaft, in Anspruch genommene medizinische Beratung, aber auch die Frage des Passivrauchens, des Konsums bei Jugendlichen, der Warnhinweise, der Werbung und der Gesetzgebungen. Die Resultate sind auch in die Evaluation der BRAVO-Tabakpräventionskampagne eingeflossen. Die Gesamtheit der Informationen, die während dieses Jahrzehnts gesammelt wurden, haben nicht nur erlaubt, die Entwicklung des Tabakkonsums zu verfolgen, sondern darüber hinaus auch gesellschaftliche Entwicklungen nach-

zuvollziehen und die Einführung wesentlicher Basiselemente, sowohl für die nationalen Präventionsprogramme als auch für Projekte im Feld ermöglicht. Somit werden die Ergebnisse im Alltag zahlreicher Akteure genutzt, sei es in der Verwaltung, bei ihren Partnern im Bereich der Tabakprävention, in der Politik und bei den Medien.

Nach zehn Jahren Forschungsarbeit wünschen die Verantwortlichen im BAG allen am Projekt beteiligten Personen zu danken, namentlich Professor Hornung, Herr Roger Keller und Frau Theda Radtke vom Psychologischen Institut der Universität Zürich sowie Herr Hans Krebs von Kommunikation und Publikumsforschung, Zürich, und schliess-

lich dem Institut LINK (Institut für Markt- und Sozialforschung). Ihre Arbeit und ihre Fachkenntnisse haben es erlaubt, eine beeindruckende Anzahl von Informationen im Dienst der Prävention zusammenzutragen. Ihre Flexibilität und ihre Professionalität haben gleichzeitig erlaubt, Daten hervorragender Qualität zu erhalten und das Projekt gemäss den sich im Laufe der Jahre veränderten Bedürfnissen weiterzuentwickeln. Sie haben viel zum Projekt beigetragen. Im Namen der Sektion Tabak und der Abteilung Nationale Präventionsprogramme des BAG: DANKE!

Kontakt: Laure Curt,  
Sektion Tabak,  
[laure.curt@bag.admin.ch](mailto:laure.curt@bag.admin.ch)

# Agenda

Titel – Datum/Ort	Kurzbeschreibung	Kontaktadresse
2. Nationale Tabakpräventionskonferenz 10. und 11. November, Bern	Wichtige Themen sind: die Tabakepidemie, die WHO-Tabakkonvention, Schutz vor Passivrauchen und Werbung. Frau Andrea Arz de Falco (Leiterin Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit) wird die Teilnehmenden begrüssen. Frau Joëlle Pitteloud (Leiterin Sektion Tabak) spricht über das Nationale Programm Tabak und Aspekte der Kooperation. Die Konferenz zeigt in 2 Tagen einen Überblick über die aktuellen Herausforderungen in der Tabakprävention.	Allgemeine Fragen: AT Schweiz, Tel. 031 599 10 20, info@at-schweiz.ch  Registrierung: www.at-schweiz.ch
12. Jahrestagung des CoRoMA Forum Freiburg, 1. Dezember 2011	Die Tagung richtet sich an Hausärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter und alle weitere Berufsgruppen, die mit Menschen mit einer Konsumproblematik arbeiten. Sie ist dem Thema Einbezug der Familie und soziales Umfeld in der Suchtbehandlung gewidmet. Drei Konferenzen und zwölf interaktive Workshops sind Anlass dazu, die verschiedenen Aspekte der Problematik zu erkundigen.	Information bei davetpat@rfsm.ch und Registrierung bei www.romandieaddiction.ch
Kampagne hepatitis C: Projekte & Erfahrungen aus den Suchthilfeeinrichtungen 1. Dezember 2011, Kongresshaus Biel	Die Veranstaltung informiert über die neuesten Erkenntnisse zu Hepatitis C und stellt verschiedene Projekte zu Prävention und Therapie für Drogenkonsumierende vor. Im zweiten Teil werden die Erfahrungen der Suchtfachleute in der Umsetzung der Kampagne hepatitis C in den verschiedenen Regionen präsentiert und diskutiert. Die Veranstaltung wird simultan übersetzt.	Infodrog, Eigerplatz 5, Postfach 460, 3000 Bern 14, Tel. 031 376 04 01, office@infodrog.ch, www.infodrog.ch

# Kontakte

Sektionen, Fachstellen	Telefon	Sektionen, Fachstellen	Telefon
Sektion Alkohol	031 323 87 86	Sektion Grundlagen	031 323 87 93
Sektion Tabak	031 323 20 43	Sektion Kampagnen	031 323 87 79
Sektion Drogen	031 323 87 13	Sektion Ernährung und Bewegung	031 323 87 55
Sektion Prävention und Promotion	031 323 88 11	Nationales Programm Migration und Gesundheit	031 323 30 15
Aids-Dokumentation	031 323 26 64		

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

## Impressum • spectra Nr. 89, November 2011

«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](http://www.bag.admin.ch)  
Realisation: Pressebüro Ch. Hoigné, Allmendstrasse 24, 3014 Bern, christoph.hoigne@la-cappella.ch  
Leitung Redaktionskommission: Adrian Kammer, [adrian.kammer@bag.admin.ch](mailto:adrian.kammer@bag.admin.ch)

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

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

Die nächste Ausgabe erscheint im Januar 2012.

# 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



# «Genf könnte zu einem neuen Kompetenzzentrum werden, das in allen Dimensionen der Drogenpolitik anerkannt wird.»

**5 Fragen an Jean-Félix Savary.**  
Am 19. Oktober veranstaltete das Groupement Romand d'Études des addictions (GREA) eine Tagung unter dem Titel «50 Jahre Drogenprohibition». Wir sprachen mit Jean-Félix Savary, dem Generalsekretär des GREA, über die Hintergründe.



## Das erste UNO-Übereinkommen über Betäubungsmittel wird 50 Jahre alt. Warum organisiert das GREA eine Tagung, um diesen Geburtstag zu markieren?

Das geltende Prohibitionssystem für Drogen ist relativ jung. Das erste UNO-Übereinkommen stammt von 1961. Noch im dritten Abkommen von 1988 werden die Vereinigten Staaten aufgefordert, den Drogenkonsum unter Strafe zu stellen. Im darauffolgenden Jahr veröffentlichte die Subkommission Drogenfragen der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission einen Bericht zugunsten der Entkriminalisierung des Konsums. Es ist also ein umstrittenes System, das – aus einer langfristigen Perspektive – eher eine Ausnahmestellung innehat. Nach 50 Jahren Praxis ist es an der Zeit, die Wirkung des Systems zu beurteilen. In der Tat stehen zahlreiche geopolitische Phänomene direkt mit dem derzeitigen System in Zusammenhang: Kriege, Korruption, Migration, Umweltschutz, Rechte der Ureinwohner

usw. Umso wichtiger ist es, das Ganze aus einer gewissen Distanz zu betrachten, um die Problematik in ihrer Gesamtheit zu erfassen.

## Welche Vision liegt den drei Übereinkommen zugrunde? Welcher Zusammenhang erklärt den «Geist von Wien»?

Das System der UNO-Konventionen widerspiegelt die Position ihrer Mitglieder. Es verharrt dementsprechend mehrheitlich auf einem traditionellen Bild des Phänomens Drogen: Das Problem ist das Produkt. Eliminiert man den Drogenmarkt, eliminiert man mit gleichen Kosten die aus ihm entstehenden Schwierigkeiten. Diese einfache Überlegung kann dazu führen, sich Illusionen zu machen. Die Realität hingegen hat sich seither weiterentwickelt – und zahlreiche Länder haben begonnen, die Frage differenzierter zu betrachten, indem sie neben dem Produkt auch die Variablen der Umwelt (Kontext) und des Individuums (Lebenslauf) mit einbeziehen. Diese oft durch die Akteure im Feld vorangetriebenen Veränderungen haben es schwer, sich in der Gesetzgebung zu verankern. Das internationale System ist nur die Spiegelung dieser Wirklichkeit.

## Welche Elemente der Übereinkommen sind nach Ihrer Einschätzung im heutigen Zusammenhang wirksam?

Der internationale Drogenhandel muss strikt geregelt werden – das ist offensichtlich. Man muss also die internationalen Institutionen mit ausgedehnter Machtbefugnis unbedingt beibehalten, die erlauben, den Handel und der Vertrieb der verschiedenen psychotropen Produkte zu regulieren. Diese Aufgabe muss klar von der ideologischen Komponente unterschieden werden, die ihr

beigelegt worden ist, dem «Krieg gegen die Droge». Die internationale Gemeinschaft kann die «guten Praktiken» fördern, um die wirksamen Antworten auf die verschiedenen Probleme zu unterstützen. Das Beispiel der Schweiz zeigt auf, dass es die lokalen Erfahrungen sind, die erlaubt haben, erhebliche Fortschritte zu machen. Man muss also den Staaten mehr Spielraum lassen.

## Sind Sie angesichts der laufenden Entwicklungen der Meinung, dass Veränderungen möglich sind? Und falls ja, in welchem Zeitraum?

Am heftigsten kritisiert wird heute der fehlende Wille, überhaupt auf das Thema einzugehen. Eine Frage zu stellen, wird schon als «Zugeständnis» an die Drogen aufgefasst. Bei der Revision der politischen Erklärung und der Aktionspläne Drogen der UNO im Jahre 2009 war der Kontrast zwischen dem pragmatischen Konzept und dem ideologischen Konzept verblüffend. Die harte Linie wurde durchgezogen, und die Texte haben sich nicht verändert. Jedoch haben die angelegten Debatten auch gezeigt, dass die Positionen sich stark entwickelt hatten. Die Europäische Union hat mit Kraft und einer «relativ einheitlichen» Stimme gesprochen. Zahlreiche Stimmen von südlichen Ländern prangerten die Verwüstungen des «Kriegs gegen die Drogen» an, welche in ihren Bevölkerungen angerichtet werden. Die dieses Jahr als «Global Commission on Drug Policy» neugegründete lateinamerikanische Kommission «Drugs and Democracy» macht ebenfalls deutlich, dass Veränderungen im Gange sind. Diese Kommission ist eine beeindruckende Tribüne internationaler Führungspersonen aus allen politischen Richtungen, die eine gründliche Reform des Systems der UNO-Konvention fordern.

## Welche Rolle kann Ihres Erachtens die Schweiz in diesem Prozess spielen?

Die Schweiz ist Mitglied der UNO-Betäubungsmittelkommission (CND) und kann in der internationalen Gemeinschaft viel zu den laufenden Überlegungen beitragen. Die Schweizer Diplomatie hat sich stark der Frage der Menschenrechte verpflichtet. Dies ist eine andere, sehr wichtige Dimension der Drogenpolitik. Erinnern wir uns nur daran, dass Drogenkonsum in rund 50 Ländern nach wie vor mit dem Tod bestraft wird. Heute ist das OICS (internationales Kontrollorgan für Betäubungsmittel) mehr damit beschäftigt, die begrenzten Entkriminalisierungserfahrungen zu verurteilen als die öffentlichen Hinrichtungen von Drogenkonsumentenden in Asien oder die Ausbreitung von HIV. Die Schweiz mit ihrer grossen Erfahrung hinsichtlich der Drogenpolitik, die auf einem gut dokumentierten Public-Health-Konzept beruhen, und ihrer Verpflichtung für die Menschenrechte verfügt über die nötige Glaubwürdigkeit, um die Diskussionen in diesem Bereich voranzutreiben.

Wir freuen uns darüber, dass die Schweiz in den jüngsten Jahren aktiver geworden ist. Drogenpolitik umfasst Konfliktbewältigung, gute Regierungsführung und Entwicklung des ländlichen Raumes, alles Bereiche, in denen sich die Schweiz auf dem internationalen Niveau bereits sehr profiliert hat. Genf, das so viele internationale Organisationen beherbergt, könnte zu einem neuen Kompetenzzentrum werden, das in allen Dimensionen der Drogenpolitik anerkannt wird. Wir wünschen, dass der Bund diese Akteure unterstützt, denn sie teilen dieselben Ziele wie unsere Diplomatie.

## Projekt BIG: Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis

**Gesundheit und Freiheitsentzug.** Studien zeigen, dass Inhaftierte häufiger von Infektionskrankheiten betroffen sind als die Gesamtbevölkerung. Das Projekt BIG – Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis – soll die Gesundheitsversorgung in Freiheitsentzug derjenigen der Aussenwelt angleichen.

Dieses Projekt wurde im Sommer 2008 vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) gemeinsam mit dem Bundesamt für Justiz und der Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren lanciert. Das Hauptziel ist, wirksame und nachhaltige Antworten auf die häufigsten übertragbaren Krankheiten zu erarbeiten, deren Prävalenz im Gefängnis weit höher ist als draussen (HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen, Hepatitiden und Tuberku-

lose, manche davon durch intravenösen Drogenkonsum verursacht). Auf der Basis einer Analyse der Lücken und Bedürfnisse wurden vier Arbeitsfelder definiert:

1. Surveillance und epidemiologische Datenerhebung bezüglich der Situation im Freiheitsentzug.
2. Information und Schulung der verschiedenen Akteure im Gefängnis.
3. Prävention, Testung und Behandlung von infektiösen Krankheiten.
4. Strukturelle Rahmenbedingungen, die die Umsetzung der Ziele von BIG fördern.

Die Massnahmen in diesen vier Arbeitsfeldern sind folgende:

1. Das obligatorische Meldesystem für Infektionskrankheiten des BAG wird angepasst.
2. Informationsbroschüren für Insassen und Gefängnismitarbeiter werden

entwickelt. Bildungsmodule zu BIG wurden erstellt und werden in einem Pilotkanton getestet und evaluiert. Das Schweizerische Ausbildungszentrum für das Strafvollzugpersonal in Freiburg hat sich den Gesundheitsfragen geöffnet. Ausserdem wird die Entwicklung eines e-Learning-Tools in Betracht gezogen, das auf Gefängnisärzte ausgerichtet ist.

3. Um die medizinische Versorgung der Insassen zu harmonisieren, aber auch um die Rollen der verschiedenen Akteure klarzustellen, wurde ein Vademecum entwickelt. Es wird in allen schweizerischen Gefängnissen verfügbar sein. Die standardisierten Eintrittsfragebogen, die bei Aufnahme der Insassen auszufüllen sind, werden um ein elektronisches Evaluationsinstrument ergänzt, um die eingegangenen Infektionsrisiken zu erfassen.
4. Durch juristische Gutachten wurden

die Zuständigkeiten des Bundes und der Kantone geklärt. In einem Rechtsgutachten wurde ausserdem das Thema Sprachbarrieren und deren negative Konsequenzen auf die Gesundheit der Insassen analysiert. Ein nationaler Telefon-Dolmetschdienst steht den Gesundheitsverantwortlichen seit April 2011 zur Verfügung.

Das Projekt BIG soll nachhaltig in einem «Schweizerischen Kompetenzzentrum für Gesundheitsfragen im Justizvollzug» verankert werden. Dieses Zentrum soll den Dialog zwischen den Vertretern von Gesundheit und Justiz fördern und als eine gemeinsame Plattform für Informationen, Schulungen und Kommunikation dienen.

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

# Gesundheitsförderung: die Geschichte eines Erfolgskonzepts

**25 Jahre Ottawa-Charta.** Die Verabschiedung der Ottawa-Charta, des Leitbilds der Gesundheitsförderung in der ganzen Welt, markierte 1986 einen Paradigmenwechsel im Gesundheitsverständnis. Ein Buch von Brigitte Ruckstuhl zeichnet die Entwicklungsgeschichte der Gesundheitsförderung nach.

Gesundheitsförderung ist heute eine selbstverständliche und zentrale Säule der Gesundheitspolitik. Der Begriff steht sowohl für ein gesundheitspolitisches Handlungsfeld als auch für ein Verständnis von Gesundheit, das weit über das rein biomedizinische Terrain hinausgeht. Gesundheit und Krankheit liegen demnach nicht nur in den Händen des Arztes oder des Schicksals, sondern im Einfluss- und Verantwortungsbezug des Einzelnen und der ganzen Gesellschaft. Jeder und jede kann mit einem gesunden Lebensstil seine/ihre Gesundheit fördern oder erhalten. Aufgabe der Gesellschaft und der Politik ist es aber, dafür die nötigen Voraussetzungen zu schaffen.

Mit der Verabschiedung der Ottawa-Charta an der «Ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung» durch 210 Vertreter aus 35 Industrieländern hat sich diese Auffassung von Gesundheit erstmals in der Formulierung

von Handlungsstrategien und -feldern konkretisiert. Ihre Wurzeln reichen jedoch über hundert Jahre zurück.

## Von der Sozialhygiene zum Medizinkritik

Die Grundidee der Gesundheitsförderung ist bereits in der «Sozialhygiene» des beginnenden 20. Jahrhunderts klar zu erkennen. Vorwiegend deutsche Wissenschaftler öffneten mit dieser Theorie erstmals den Blick für die sozialen Lebensbedingungen als Ursache für die Entstehung von Krankheiten. So schnell sich die Sozialhygiene als wissenschaftliche Disziplin etablieren konnte, so abrupt endete ihre steile Karriere mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten. Daraufhin verschwand dieser Denkansatz für lange Zeit aus den gesundheitspolitischen Debatten. Während des Wirtschaftswachstums nach dem Zweiten Weltkrieg gewannen die auf Kuration fokussierte Medizin und damit die Ärzteschaft stark an Bedeutung. Die Bestrebungen konzentrierten sich auf die Sicherstellung der medizinischen Versorgung und den medizintechnischen Fortschritt. Die Folgen waren eine Schwächung der öffentlichen Gesundheit und ein betont individualisiertes Präventionsverständnis.

Dies änderte sich in den 1960er- und 1970er-Jahren. Die Zunahme von chro-

nischen Krankheiten und die explodierenden Gesundheitskosten zeigten die Grenzen dieses Systems auf. Die Sozialbewegungen, die Ende der 1960er-Jahre einsetzen, wirkten sich zudem auch auf das Gesundheitsverständnis aus: Statt «Versorgung», die als entmündigend wahrgenommen wurde, wurde die Selbstbestimmung über den Körper betont und mehr Mitsprache im Umgang mit Gesundheit und Krankheit gefordert. Dieses neue Denken bereitete den Boden für die Etablierung der Gesundheitsförderung und Prävention. Zu Beginn der 1980er-Jahre begann unter der Federführung der WHO Europa ein systematischer Prozess, der diese Strömungen in der Ottawa-Charta bündelte.

## Aufgaben klären

Heute gilt die Ottawa-Charta weltweit als Basisdokument für die Gesundheitsförderung und Präventivmedizin im Rahmen der «Gesundheit für alle»-Strategie der WHO. In den letzten 25 Jahren hat der Begriff gemäss Ruckstuhl wegen der vielfältigen Bedeutungszuschreibungen jedoch an Kontur verloren. Sie fordert eine Klärung, welche Funktionen und Aufgaben Gesundheitsförderung heute erfüllen will und wie sich Gesundheitsförderung gesundheitspolitisch bzw. im Kontext von Public Health positioniert.

Das Buch: Gesundheitsförderung. Entwicklungsgeschichte einer neuen Public-Health-Perspektive. Brigitte Ruckstuhl. Verlag: Juventa, 2011. Mit Interviews von Rosmarie Erben, Alf Trojan, Bernhard Badura, Rolf Rosenbrock, Eberhard Göpel, Peter Franzkowiak, Helmut Milz, Werner Schmidt, François van der Linde, Bertino Somaini, Horst Noack, Ralph Grossmann, Jürgen Pelikan und Ilona Kickbusch.

Kontakt im BAG:  
Regula Rička, Gesundheitspolitik,  
regula.ricka@bag.admin.ch

## Die Strategie der Ottawa-Charta

Diese drei Handlungsstrategien stehen im Zentrum der Ottawa-Charta:

1. Eintreten für Gesundheit durch Beeinflussung politischer, biologischer und sozialer Faktoren
2. Kompetenzförderung mit dem Ziel, Unterschiede des Gesundheitszustands zu verringern und grösstmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen
3. Kooperation mit allen Akteuren innerhalb und ausserhalb des Gesundheitswesens

# Impfen gegen Grippe

**Grippekampagne 2011/12.** Mitte Oktober ist die neue Kampagne «Impfen gegen Grippe» gestartet. Sie informiert die Bevölkerung über Schutzmassnahmen und ruft zur Grippeimpfung zwischen Mitte Oktober und Mitte November auf.

Die jährlich wiederkehrende Grippe ist weit mehr als eine einfache Erkältung. Besonders für Personen über 65 Jahre, für Menschen mit chronischen Erkrankungen und für Schwangere kann eine Grippe gravierende Komplikationen mit sich bringen. Mit einer Impfung erhält der Körper schützende Antikörper, die das Risiko einer Grippeerkrankung und deren Folgen massiv reduzieren.

## Ab 65 jährlich impfen

Ältere Menschen mit einer Grippeerkrankung sind anfälliger für Komplikationen als junge, selbst wenn sie fit und aktiv sind. Zu diesen Komplikationen gehören etwa Lungenentzündungen, Bronchitis, Entzündungen des Brustfells oder Herzmuskels oder neurologische Erkrankungen. Hospitalisierungen oder gar Todesfälle können die Folgen sein. Dank der Grippeimpfung können solche drastische Verläufe deutlich reduziert werden. Die diesjährige Grippekampagne spricht deshalb verstärkt aktive Menschen über 65 Jahren an, die nicht regelmässig den Hausarzt konsultieren. Ihnen wird empfohlen, sich jährlich impfen zu lassen.

**Grippe:  
Schützen wir uns  
und die anderen.**



## Zusammenarbeit mit Ärzten verstärken

Zu den Risikogruppen gehören auch Schwangere und chronisch Kranke. Sie stehen in der Regel unter regelmässiger medizinischer Kontrolle und können deshalb gezielt über die Ärzte angesprochen werden. Ziel ist es, Ärzte mit Info-

material auszustatten, das sie ihren Patientinnen und Patienten abgeben können. Die Kommunikation mit den Medizinerinnen und Medizinerinnen soll generell verbessert werden. Sie sind nicht nur eine wichtige Verbindung zu Schwangeren und chronisch Kranken, sondern auch zum Medizinal- und Pflegepersonal. Bei dieser wichtigen Gruppe herrscht immer noch eine relativ grosse Ablehnung gegenüber der Grippeimpfung.

## Neues Info-Material

Die Kampagne 2011/12 besteht zum Teil aus neuem, zum Teil aus bestehendem Material. Neu sind Anzeigen für die aktiven über 65-Jährigen sowie Online-Banner und ein Info-Flyer für Schwangere. Die Broschüre für die Gesundheitsfachleute wurde inhaltlich überarbeitet und mit neuen Bildern ausgestattet. Die Allgemeinbevölkerung wird wie bis anhin über die Website mit dem Grippe-Impf-Check und mit einer Broschüre informiert. Private Unternehmen haben weiterhin die Möglichkeit, den Grippe-Impf-Check in ihre Unter-

nehmerseite (z.B. Intranet) einzubauen, Merkblätter mit dem Firmenlogo zu ergänzen oder ihre Website mit der Kampagnen-Website zu verlinken.

Link: [www.impfengegengrippe.ch](http://www.impfengegengrippe.ch)

Kontakt: Debbie Rychener,  
Sektion Kampagnen,  
debbie.rychener@bag.admin.ch

Deborah Gaspoz,  
Sektion Prävention und Promotion,  
deborah.gaspoz@bag.admin.ch

