

spectra



Ethik und Public Health

2 Ethischer Balanceakt

Auf der einen Seite das Gemein-, auf der anderen Seite das Individualwohl: Public Health befindet sich ständig im Spannungsfeld zwischen diesen zwei Polen. Entscheidungen der Public-Health-Akteure bedürfen immer wieder sorgfältigen Abwägens, wie der Nutzen auf gesellschaftlicher Ebene vergrössert werden kann, ohne die Rechte des Individuums aus Freiheit und Selbstbestimmung mehr als nötig zu beschneiden. «spectra» stellt sechs Kriterien vor, die zur ethischen Beurteilung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen herangezogen werden können.

4 Interview mit Georg Kohler

«Aus Sicht der Gesundheit ist die Schweiz schlicht ein Paradies», sagt Georg Kohler, emeritierter Professor für Politische Philosophie. Die vielen technischen und finanziellen Möglichkeiten, Gesundheit und Krankheit zu beeinflussen, erfordern aber auch immer mehr Entscheidungen. Dadurch wird der Gesundheitsbereich zunehmend politisiert. Im «spectra»-Interview spricht Georg Kohler über Eigen- und Staatsverantwortung, über gerechte Ungleichheiten, über Solidarität und über die Aufgabe der Philosophie, an das einzige Unverhandelbare zu erinnern: das Sterben.

8 Migration und Gesundheit

Krieg, Vertreibung, Folter oder Vergewaltigung können seelische Wunden verursachen, die ein Leben lang nicht heilen. Migrantinnen und Migranten sind von solchen einschneidenden Erlebnissen besonders häufig betroffen. Sie leiden an posttraumatischen Belastungsstörungen – oft im Stillen und ohne genau zu wissen, was sie plagt. «spectra» stellt die neue Broschüre «Wenn das Vergessen nicht gelingt» vor, die auf anschauliche Weise über Traumata und deren Folgen informiert. Außerdem in diesem «spectra»: Eine Studie attestiert dem interkulturellen Übersetzen nachweisbare Erfolge.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ethisches Check-up für Public-Health-Massnahmen

Public-Health-Ethik. Trotz ihrer überindividuellen Perspektive müssen Public-Health-Akteure ihr Augenmerk immer auch auf die einzelnen Menschen richten. Denn was der Gesellschaft nützt, kann dem Individuum schaden. Gesundheitsschädliches Verhalten wiederum kann zu volkswirtschaftlichen Mehrbelastungen führen, welche die Gesellschaft mitzutragen hat. Doch an welchen Grundsätzen soll man sich beim Abwägen zwischen Schaden und Nutzen, Allgemein- und Individualwohl orientieren? Die Public-Health-Ethik muss hier Antworten geben.

Public-Health-Interventionen zielen auf das Wohlergehen der Gesamtgesellschaft oder von Gruppen ab, treffen aber letztlich auf den einzelnen Menschen und können mit dessen Entscheidungsfreiheit kollidieren. Public Health befindet sich damit ständig im Spannungsfeld zwischen Allgemeinwohl und Individualwohl. Entscheidungen in diesem Bereich bedürfen einer sorgfältigen Abwägung zwischen Nutzen auf gesellschaftlicher Ebene und dem möglichen Schaden auf individueller Ebene. Daniel Strehl und Georg Marckmann stellen in ihrem Buch «Public Health Ethik» sechs Kriterien vor, die zur ethischen Beurteilung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen herangezogen werden können. Die Kriterien im Überblick:

1. Nutzenpotenzial für die Zielpopulation

> *Ethische Prinzipien der Nutzenmaximierung und des Wohltuns*

Public-Health-Massnahmen sollten – unter Achtung des Respekts der Autonomie – den grösstmöglichen gesundheitlichen Nutzen für eine Gesellschaft erbringen. Jede ethische Bewertung einer Präventionsintervention muss deshalb mit einer Beurteilung des Nutzenpotenzials beginnen. Vor der Lancierung einer Massnahme muss durch wissenschaftliche Studien hinreichend erwiesen sein, dass sie aller Wahrscheinlichkeit nach Wirkung zeigt, und zwar in einem angemessen hohen Ausmass. Bei Früherkennungsmassnahmen ist insbesondere wichtig, dass diese Massnahmen nicht dazu führen, die Krankheitsphase zu verlängern.

2. Schadenspotenzial für die Teilnehmenden

> *Ethische Prinzipien des Nichtschadens und des Wohltuns*

Public-Health-Interventionen gehen in der Regel mit negativen Wirkungen einher, die nicht vermieden werden können. Falsch-positive Testergebnisse z.B. bei der Krebsfrüherkennung können zum Beispiel unnötige Therapien nach sich ziehen, oder Aufklärungskampagnen können zu Stigmatisierungen der betroffenen Gruppe führen (z.B. übergewichtige Kinder). Es gilt, den Nutzen und den potenziellen Schaden einander gegenüberzustellen und wissenschaftlich zu belegen.

3. Selbstbestimmungsrecht

> *Ethische Prinzipien des Respekts der Autonomie und des Wohltuns*

In liberalen Gesellschaften hat die Autonomie eines Individuums in den letzten Jahren einen sehr hohen Stellenwert erhalten. Demnach stehen die Gesundheit und der Schutz vor Krankheiten



Die Freiheit des Einzelnen – auch sich selber zu gefährden – muss immer wieder gegen das Wohl der Gemeinschaft abgewogen werden.

grundätzlich in der Verantwortung des Einzelnen. Von diesem Prinzip der Autonomie lassen sich für Public-Health-Akteure zwei ethische Kriterien ableiten: Zum einen sollten Public-Health-Interventionen die Gesundheitskompetenz der Individuen stärken, damit diese ihre gesundheitliche Eigenverantwortung auch angemessen wahrnehmen können. Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, eine gesundheitliche Entscheidung aufgrund von allen relevanten und erhältlichen Informationen zu treffen. Zum anderen sollte die Teilnahme an einer Intervention wenn immer möglich freiwillig sein. In manchen Fällen ist eine Einschränkung der Entscheidungsfreiheit nicht zu vermeiden, zum Beispiel bei Quarantäne-massnahmen. Grundsätzlich gilt das Prinzip der Verhältnismässigkeit: Bevor man zu gesetzlichen Mitteln greift, sollten alle weniger restriktiven Massnah-

men ausgeschöpft worden sein (vgl. Kasten «Interventionsleiter»).

4. Gerechtigkeit

> *Ethisches Prinzip der Gerechtigkeit* Alle Industrieländer verzeichnen derzeit eine Zunahme der sozialen Ungleichheiten. Damit besteht die Gefahr, dass auch die gesundheitliche Ungleichheit zunehmen wird. Auch in der Schweiz sterben Personen mit niedriger Bildung, tieferer beruflicher Stellung oder geringem Einkommen deutlich früher als die übrige Bevölkerung. Zudem leiden sie in ihrem kürzeren Leben häufiger an gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Ein zentrales Kriterium bei der Bewertung von Public-Health-Massnahmen ist deshalb ihr Beitrag zur Reduktion von gesundheitlicher Ungleichheit. Jeder Mensch soll die gleichen Chancen und Ressourcen erhalten, sein Gesundheitspotenzial auszuschöpfen. Massnahmen, die auf ge-

Forum

Wird die Ethik in der Gesundheitsförderung vernachlässigt?

Wenn es um Gesundheitsförderung geht, stellen sich auf zwei Ebenen ethische Fragen. Auf der ersten werden konkrete Massnahmen zur Gesundheitsförderung auf ihre moralische Zulässigkeit geprüft. Auf der zweiten wird das gewählte Ziel moralisch hinterfragt. Die Public-Health-Ethik hat sich bisher vor allem auf der ersten Ebene bewegt. Ethische Fragen werden wohl auch hier in Einzelfällen vernachlässigt, in der Regel wird die Frage nach der moralischen Zulässigkeit einer Massnahme aber angemessen diskutiert. Anders sieht es auf der zweiten Ebene aus. Dass Gesundheitsförderung einer moralischen Rechtfertigung bedarf, mag vielleicht verwundern. Aber es ist aus ethischer Sicht ein Unterschied, ob man kranken oder pflegebedürftigen Menschen hilft, ob man jemand vor akuten Gefahren für Leib und Leben warnt oder ob man ihn zu einer Umstellung seiner Lebensweise bewegen will, um sein (langfristiges) Wohl zu fördern. In die

letzte Rubrik fallen Massnahmen und Aktivitäten zum Erhalt und zur Stärkung der Gesundheit anderer.

Eine Fürsorgepflicht besteht nach allgemeiner Auffassung in besonderen zwischenmenschlichen Beziehungen, etwa innerhalb der Kernfamilie oder in der Arzt-Patienten-Beziehung. Ob sie auch zwischen Fremden gilt, ist fraglich. Die wenigsten von uns würden es goutieren, wenn ihnen Verkäufer oder andere fremde Menschen mit Blick auf den Einkaufswagen empfehlen, fettreiche Lebensmittel doch besser zu vermeiden. Solche Mahnungen sind zwar gut gemeint, aber reine Bevormundung.

Private Stiftungen und Vereine zur Gesundheitsförderung beteiligen sich an einem freien öffentlichen Diskurs, in dem man andere auch zu einer Änderung ihrer Lebensweisen auffordern darf. Staatliche Organisationen können freilich nicht allein auf diese Freiheit rekurrieren. Staatliche Massnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung werden von den Steuerzahlern berappt und bedürfen deshalb einer besonderen

Legitimation und nachvollziehbarer Ziele.

Geht es um den volkswirtschaftlichen Nutzen gesunder Menschen, liefern allenfalls bestimmte Varianten des Utilitarismus ein Argument für die Gesundheitsförderung. Aber für die meisten anderen ethischen Theorien ist volkswirtschaftlicher Nutzen nicht einmal ein Argument.

Auch wenn er oft als Rechtfertigungsgrund angeführt wird, ist ebenso fraglich, ob man auf den nachhaltigen Erhalt der Versicherungssysteme verweisen darf. Bleiben die Menschen länger gesund, reduzieren sich die Gesundheitskosten nicht notwendig, sondern verschieben sich auf spätere Lebensabschnitte. Bis dato hat die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung jedenfalls nicht zu einer Senkung der Gesundheitsausgaben geführt. Zudem müsste diskutiert werden, ob Kostenüberlegungen überhaupt den Ausschlag geben dürfen. Haben Bürger, etwa aufgrund ihrer Menschenwürde, einen unbedingten Anspruch auf gewis-

se Leistungen des Gesundheitswesens, so hat der Staat eine Pflicht, diese Leistungen zur Verfügung zu stellen. Haben wir aber ein bedingungsloses Recht auf Behandlung, so gibt es auch schwerlich eine Solidaritätspflicht zur Gesundheit. Wenn man fragt, wo Ethik in der Gesundheitsförderung vernachlässigt wird, so ist auf diese Ebene zu verweisen: die Rechtfertigung des Ziels.



Prof. Dr. Klaus Peter Rippe,
Professor für praktische Philosophie der
Pädagogischen Hochschule Karlsruhe/
Mitinhaber des Büros ethik im diskurs
gmbh

sundheitlich benachteiligte Gruppen zugeschnitten sind, sind diesbezüglich besonders wertvoll. Doch auch hier gilt es, die Schadenspotenziale wie Stigmatisierung zu berücksichtigen. Das Prinzip der Gerechtigkeit bedeutet weiter, dass eine Massnahme für alle Menschen, die von ihr profitieren können, zugänglich sein muss. Finanzielle, geografische, sprachliche oder kulturelle Hindernisse sollten so weit wie möglich abgebaut werden.

5. Effizienz

> *Ethische Prinzipien der Nutzenmaximierung und der Gerechtigkeit*
Angesichts der öffentlichen Ressourcen muss sorgfältig abgeklärt werden, wie effizient eine Public-Health-Massnahme ist. Dabei soll das sogenannte inkrementelle Kosten-Nutzen-Verhältnis eingeschätzt werden. Das ist das Verhältnis zwischen den Zusatzkosten und dem Zusatznutzen im Vergleich zu alternativen Massnahmen – sofern vorhanden. Es geht also auch hier letztlich um Verhältnismässigkeit und darum, abzuklären, ob ein bestimmtes Ziel nicht auch mit weniger Aufwand, weniger restriktiven Massnahmen und weniger Schadenspotenzial erreicht

werden kann (vgl. Kasten «Interventionsleiter»).

6. Legitimität

> *Ethische Prinzipien der Gerechtigkeit und des Respekts der Autonomie*

Bei komplexen moralischen Abwägungen gibt es selten eine einzige, abschliessende Antwort. Da es kein ethisches «Superprinzip» und keine Gewichtungsvorgaben gibt, sind ethische Meinungsverschiedenheiten bei Public-Health-Fragen schwer aufzulösen. In solchen Fällen gilt es, die Legitimität nicht nur der Entscheidungsinstanz, sondern auch des Entscheidungsprozesses zu beurteilen. Die Kriterien für einen legitimen und fairen Entscheidungsprozess sind Transparenz der normativen und empirischen Grundlagen, Konsistenz in den einzelnen Entscheidungen, Rationalität der Begründungen, Partizipation der betroffenen Gruppen, Minimierung von Interessenskonflikten, Offenheit, bei veränderten Bedingungen eine Entscheidung revidieren zu können, und eine staatliche oder freiwillige Regulierung, die sicherstellt, dass diese Grundsätze auch eingehalten werden. Im politischen Diskurs kommen erfahrungsgemäss weitere Kriterien ins Spiel,

welche den marktwirtschaftlichen oder den föderalistischen Nutzen und Schaden betreffen.

Was soll und was muss der Staat?

Es ist unbestritten, dass Gesundheit nicht nur in der individuellen, sondern auch in der staatlichen Verantwortung liegt, analog zur sozialen Sicherheit oder zur Bildung. Für alle diese Bereiche gilt es, Ungleichheiten abzubauen. Ein Ausgleich kann nur von unten nach oben erfolgen, also in der Besserstellung der Benachteiligten, ohne die Besergestellten schlechter zu stellen. Wie weit dieser Ausgleich eine gesellschaftliche Verpflichtung ist und der Staat und die Zivilgesellschaft dafür über die Eigenverantwortlichkeit hinaus zur Verantwortung gezogen werden können, ist Gegenstand der nächsten Generation von Public-Health-Massnahmen.

Kontakt: Regula Ricka,
Gesundheitspolitik,
regula.ricka@bag.admin.ch

Buch: Strech Daniel, Marckmann Georg (Hg). Public Health Ethik. Lit Verlag, 2010: Berlin.

Im Gegensatz zur Medizinethik, die sich mit ethischen Konflikten im Zusammenhang mit der Behandlung einzelner Patientinnen und Patienten befasst, geht es bei der Public-Health-Ethik um den gesamten Gesundheitsbereich. Sie dient demnach nicht der moralischen Beurteilung des Handelns von Individuen wie Ärztinnen, Ärzten oder Pflegenden, sondern der Beurteilung von Massnahmen, die Gesundheitsbehörden oder private Gesundheitsorganisationen ergreifen.

Bei der Public-Health-Ethik gelangen dieselben vier Grundprinzipien wie in der Medizinethik zur Anwendung: Das Prinzip der Autonomie verlangt, dass Individuen in Massnahmen (z.B. Impfungen) einwilligen müssen. Weiter zielt es darauf ab, dass die Eigenverantwortlichkeit (z.B. im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung) und die informationelle Selbstbestimmung (z.B. im Umgang mit den eigenen Patientendaten) gestärkt werden. Das Prinzip des Nicht-Schadens verpflichtet uns dazu, bei Massnahmen zugunsten der Bevölkerung (z.B. Impfungen) immer auch die Gefahr von Schädigungen für Einzelne abzuwägen. Unterschiedlich interpretiert wird das Fürsorgeprinzip: Eine Position geht davon aus, dass der Staat nur bedingt zur Fürsorge verpflichtet ist und nur eingreifen darf, wenn eine Fremdgefährdung vorliegt (z.B. Rauchverbote zum Schutz vor Passivrauchen). Eine andere Position fordert eine stärkere Fürsorgeverpflichtung des Staates. Dieser soll Rahmenbedingungen schaffen, die es den Einzelnen ermöglichen, Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Auch das Prinzip der Gerechtigkeit stellt oft eine grosse Herausforderung dar, kann doch je nach dem zu verteilenden Gut eine Gleich- oder eine Ungleichverteilung gerecht sein. Ein Leitfaden kann hier das von John Rawls vertretene Gerechtigkeitsprinzip sein, nach welchem Güter so zu verteilen sind, dass die Schlechttestgestellten besser gestellt werden. Informationsaktivitäten sollten sich beispielsweise nicht an Personen richten, die bereits gut informiert sind, sondern an solche, deren Gesundheitskompetenz noch gestärkt werden muss.

Somit tragen auch wir die Verantwortung, unser Tun und Unterlassen nicht nur aus gesundheitspolitischer, sondern auch aus moralisch-ethischer Sicht zu beurteilen.



Salome von Greyerz,
Leiterin Abteilung Gesundheitsstrategien,
Bundesamt für Gesundheit

Die Interventionsleiter

Die Interventionsleiter ist ein Modell, das der Wahl von adäquaten, verhältnismässigen Präventions- oder Gesundheitsförderungsmassnahmen dient: Erst wenn eine Intervention keine Wirkung (mehr) zeigt, soll eine Massnahme der nächsthöheren Stufe ergriffen werden. Dabei gilt: Je höher die Stufe, desto mehr Evidenz muss erbracht werden, dass die geplante Massnahme zweckmässig, wirksam, notwendig und den Rechtsunterworfenen zumutbar ist.

Praktisch alle gesetzlichen Massnahmen im Public-Health-Bereich haben den Schutz vor gesundheitsgefährdenden Gegenständen und Dritten (Fremdgefährdung) zum Ziel. Das Betäubungsmittelgesetz ist eines der wenigen Regelwerke auf Bundesebene, das Konsumverbote enthält und damit urteilsfähige Erwachsene vor einer Selbstgefährdung schützen will.

Stufe	Massnahme	Beispiele
1	Nichts tun (ausser epidemiologische Entwicklung beobachten)	– Überwachung der Noroviren (Auslöser von schweren Durchfall-erkrankungen)
2	Informieren	– «LOVE LIFE»-Kampagnen – Lebensmittelpyramide, Lebensmittelscheibe für Kinder – Kampagne «5amTag» zur Förderung des Früchte- und Gemüsekonsums
3	Gesunde Optionen ermöglichen	– Radwege bauen oder Spielplätze in dicht besiedelten Agglomerationen errichten – Öffentliche Verkehrsverbindungen in Naherholungsgebiete und Sportanlagen verbessern – Früchte in Unternehmen gratis anbieten
4	Gesunde Option zum Standard machen	– Reduktion des Salzgehaltes in Fertignahrungsmitteln mit der individuellen Option des «Nachsalzens» – Verbesserung der «Fettqualität» von Fertignahrungsmitteln – Reduktion des Zuckeranteils ohne Beeinflussung der sensorischen Produkteigenschaften
5	Gesunde Option mit Anreizen verknüpfen (finanzielle oder materielle)	– Vergünstigung von Fitnessstudio-Abonnements durch die Privat-versicherer (Zusatzversicherung) – Gratisabgabe von Impfstoffen durch Bund und/oder Kantone
6	Ungesunde Option mit Nachteilen verknüpfen	– Alkohol- und Tabaksteuern – Reduktion der Leistungen der Unfallversicherung bei Nichteinhaltung der Gurtentragpflicht – Busse bei Fahren in angetrunkenem Zustand
7	Optionen einschränken	– Altersbezogene Abgabeeinschränkungen bei Alkohol (LMG) oder Tabak (Kantone) – Rauchverbote in öffentlichen Räumen (Schutz vor Passivrauchen)
8	Optionen ausschliessen	– Absinth-Verbot (aufgehoben) – Zwangsquarantäne für Menschen mit einer hochansteckenden Krankheit – Verbot von illegalen Betäubungsmitteln

Achtstufige Interventionsleiter (Nuffield Council on Bioethics, www.nuffieldbioethics.org)

«Der Staat kann nicht alle glücklich machen. Er kann höchstens die Rahmenbedingungen dafür schaffen.»

Interview mit Georg Kohler. Welche Rolle spielt das Gut Gesundheit in unserer Gesellschaft und wie wird es gerecht verteilt? Welche Verantwortung trägt der Staat, welche das Individuum? Wo liegt der Unterschied zwischen Gleichheit und Gerechtigkeit, wo sind die Grenzen des Wünschbaren, Machbaren oder Finanzierbaren und wann kommt die Solidarität zum Tragen? Ein «spectra»-Gespräch mit dem emeritierten Zürcher Professor für Politische Philosophie.

spectra: Wie viel Gesundheit braucht der Mensch?

Prof. Dr. G. Kohler: Das hängt davon ab, was man unter Gesundheit respektive Krankheit versteht. Die einen sagen natürlich, wir wollen so viel Gesundheit wie möglich. Bei diesen ist der Begriff der Gesundheit stark mit dem Ideal der Vollkommenheit assoziiert; alle natürlichen Gebrechen und Unvollkommenheiten will man beseitigen, man negiert sozusagen die Endlichkeit des Menschen. Andere sagen: «Auf jeden Fall genug.» Die Frage ist, was heißt genug und wer entscheidet, was genug ist? Hier kann ich nur sagen: Je mehr wir mit technischen, wissenschaftlichen und finanziellen Mitteln in die Natur

«Je mehr wir mit technischen, wissenschaftlichen und finanziellen Mitteln in die Natur eingreifen können, desto mehr Entscheidungen müssen wir treffen und desto politischer wird der Gesundheitsbereich.»

eingreifen können, desto mehr Entscheidungen müssen wir treffen und desto politischer wird der Gesundheitsbereich. Aber wer trifft diese Entscheidung? Erstmal hoffentlich die Vernunft und das Mitgefühl, schliesslich aber werden die Entscheidungen in der Politik – oder im freien Markt – gefällt. Aber

Unser Gesprächspartner

Georg Kohler, Jahrgang 1945, ist emeritierter Professor für Politische Philosophie der Universität Zürich. Er hat Philosophie, Literaturwissenschaft und Staatsrecht an den Universitäten Zürich und Basel studiert. Zu seinen Forschungsschwerpunkten gehören Politische Philosophie, philosophische Ästhetik und Kulturphilosophie sowie die politische Kultur und Identität der Schweiz. Neben seiner akademischen Laufbahn war Georg Kohler von 1984 bis 1991 in der Leitung eines Familienunternehmens in Wien tätig und schreibt regelmässig für die «Neue Zürcher Zeitung» und andere Schweizer Zeitungen.

man kommt nicht umhin, sich zu entscheiden, wenn Optionen da sind.

Wenn das «Genug» definiert wird, gibt es auch Grenzen. Wie nehmen Sie den Diskurs um diese Grenzen in unserer Gesellschaft wahr?

Eigentlich überhaupt nicht. Es gibt sehr viele verschiedene Interessengruppen und die Interessenlage ist sehr unübersichtlich. Es gibt Patienten, Ärzte, Krankenkassen, Pensionskassen, Spitäler, Parteien, die Pharmaindustrie und andere Wirtschaftsakteure, die ein Interesse daran haben, dass die Menschen vom Gut Gesundheit konsumieren. Und es gibt Staatsorgane wie das Bundesamt für Gesundheit, quasi die staatlich-administrative Macht. Auch Verwaltungen haben Macht und Eigeninteressen; eine Bürokratie will sich immer selbst erhalten. Die Komplexität der Interessen erschwert es, die Frage überhaupt zu stellen. Sie ist vielen zu philosophisch und abstrakt. Wenn man sie aber auf konkrete Sachverhalte bezieht, beginnt schnell der Streit und alles verheddet sich. Ich bin der Meinung, dass man die Frage nach den Grenzen des Wünsch- und Machbaren unbedingt stellen soll.

Was kann die politische Philosophie dazu beitragen?

Sie kann daran erinnern, dass viele gesellschaftliche Probleme mit der Unsicherheit von Begriffen zusammenhängen. Was heißt Gesundheit? Was Krankheit? Wer definiert die Begriffe und aus welchen Interessen heraus? Es ist fast ausgeschlossen, dass man Definitionen von Leitbegriffen wie Gesundheit nicht mit einem gewissen Interesse vornimmt. Es ist nur falsch, wenn man diese Interessen nicht mitreflektiert. Das leistet die politische Philosophie. Zudem kann sie die prinzipiellen Hintergrundthemen wach halten; also nicht nur das Streben des Menschen nach Glück und Gesundheit, sondern ebenso die Tatsachen des Todes, unserer Endlichkeit. So muss man nach dem Sinn von Massnahmen fragen, die ein Leben vielleicht nur um ein paar Wochen verlängern. Das wird heute besser verstanden als früher; man geht vermehrt in Richtung Palliativmedizin. Aufgabe der Philosophie war es schon immer, ans Sterben zu erinnern und das gute Sterben mitzubedenken. Die Philosophie muss also erstens die Leitbegriffe reflektieren, zweitens darüber nachdenken, was das menschliche Dasein ausmacht, und drittens konkrete Bezüge zu Gegenwartsproblemen schaffen.

Die Grenzen des technisch und finanziell Machbaren sind in der Schweiz relativ weit gesteckt. In einem Entwicklungsland sieht das anders aus.

Ja, in der Schweiz leben wir ein hoch privilegiertes Leben. Aus Sicht des Gesundheitswesens ist sie schlicht ein Paradies, selbst im europäischen Vergleich. Um es etwas pointiert zu sagen, unsere

Glückseligkeit hängt leider auch davon ab, wie sehr wir fähig sind, das Leiden der Armen zu vergessen. So oder so: Es

«Unsere Glückseligkeit hängt leider auch davon ab, wie sehr wir fähig sind, das Leiden der Armen zu vergessen.»

ist wichtig zu vergleichen. Das US-amerikanische Gesundheitswesen zum Beispiel kostet relativ gesehen gleich viel wie das schweizerische, ist aber viel weniger effizient. Es ist seine Markt- und Gewinnorientierung, die es so kostspielig macht. Markt ist also im Gesundheitswesen nicht per se effizient und Gerechtigkeitspostulate müssen es nicht teurer machen als Marktimperative.

Mit steigendem Wohlstand wächst der Anspruch an medizinische Leistungen. Das fördert gleichzeitig die gesundheitliche Ungleichheit.

Das schweizerische Gesundheitswesen folgt dem Motto, dass man alles anbieten muss und von allem immer das Beste. Das kann nicht immer so weiter gehen. Man muss gewisse Unterschiede zulassen. Unsere Gesellschaft ist ja auch bereit, auf anderen Gebieten ein gewisses Mass an Ungleichheit zu akzeptieren – aus guten und aus schlechten Gründen. Gerechtigkeit einfach mit Gleichheit zu identifizieren ist falsch. Eine primäre Aufgabe jeder Gerechtigkeitstheorie besteht darin, das Mass für gerechte Ungleichheit zu finden.

Die Schweizer Bevölkerung wird immer älter, viele Menschen gehen kriegsgegen in Rente. Die gute Gesundheit der Schweizer Bevölkerung deutet darauf hin, dass das Gesundheitssystem – das heißt das Zusammenspiel von staatlicher Intervention und Prävention und individueller Verantwortung – bis jetzt gut funktioniert hat.

Ja, mit Betonung auf bis jetzt. Die grosse Errungenschaft der Schweiz – die direkte Demokratie – ist letztlich gebunden an eine gewisse politische Kultur der Solidarität, also u.a. an die Ausgleichsmaßnahmen des Sozialstaates. Das dafür notwendige Solidaritätsdenken scheint mir heute weniger ausgeprägt als früher. Ich kritisiere damit keineswegs nur den Egoismus der Bessergestellten! Nach dem Studienabschluss habe ich seinerzeit ein Jahr warten müssen, bis ich meine Assistenzstelle antreten konnte. Aber mir wäre es im Traum nicht eingefallen, mich für diese Zeit beim Arbeitslosenamt anzumelden. Heute ist das gang und gäbe. Es gibt überall eine Tendenz, die Angebote des Staates nicht mehr unter dem Gesichtspunkt der Solidarität, sondern unter dem von purem Eigennutz zu sehen. Es regiert die Haltung «Ich zahlte Versiche-



Georg Kohler

rung, also profitiere ich auch davon». Wir sollten also dafür sorgen, dass die staatlichen Angebote nicht überbeansprucht werden.

Bei der Vorsorge und Gesundheitsförderung geht es neben den Rechten des Einzelnen auch um gewisse Pflichten. Inwiefern wird der Solidaritätsgedanke hier umgesetzt?

Prävention ist gleichheitsorientiert und versucht, der Bevölkerung zu einem besseren Gesundheitsstandard zu verhelfen. Normativ und analytisch gesehen, spricht vieles für Prävention. Ich weiss aus Gesprächen mit Prof. Felix Gutzwiller, wie sehr Gesundheit mit sozialem Status, Einkommen und Bildung zusammenhängt. Also haben sozialstaatliche Massnahmen ihre Berechtigung. Auf der anderen Seite verstehe ich auch, dass man sauer wird, wenn man das Gefühl hat, dass einem ständig etwas vorgeschrieben wird. Aus diesem Unbehagen heraus wurde wohl das Präventionsgesetz geschickt. Das hat aber auch mit einer grundsätzlichen Einsicht zu tun: Der Staat kann nicht al-

«Die Niederlage des Präventionsgesetzes darf aber nicht bedeuten, dass man auf Prävention verzichten soll. »

le glücklich machen. Er kann höchstens Rahmenbedingungen dafür schaffen. Zweitens, wie schon gesagt: Die staat-

enbedingungen dafür schaffen. Gelegentlich auch durch Prävention.»



lich-administrative Macht hat ihre eigenen Interessen, die sich nicht immer mit jenen der Bevölkerung decken. Das heisst: Der wohlmeinende paternalistische oder maternalistische Geist der Verwaltung geht manchen nicht ohne Grund auf den Wecker. Die Niederlage des Präventionsgesetzes darf aber nicht bedeuten, dass man auf Prävention verzichten soll.

Wie stark ist der Einzelne, wie stark der Staat für die Gesundheit verantwortlich?

Zunächst ist jeder für sich selber verantwortlich. Das ist das liberale Prinzip der positiven und negativen Autonomie. Am Ende muss jeder und jede selber wissen, wie viel er/sie trinkt und raucht, um ein Beispiel zu nennen. Es gibt ja auch ein Recht, sich selbst zu zerstören. Aber daraus folgt sofort die Frage, inwiefern diese Selbstzerstörung oder Selbstgefährdung der Gesellschaft jeweils schadet. Denken wir nur an Extremsportler, die ja dann doch gerettet werden wollen, wenn sie einen Unfall haben. Die Gesellschaft kommt also sehr schnell ins Spiel, wenn es darum geht, die Konsequenzen der Selbstgefährdung mitzutragen. Hier geht es natürlich wieder um Solidarität. Zu beachten ist, dass es sehr unterschiedliche Vorstellungen von Solidarität gibt. Die Schweden haben bekanntlich ein ausgeprägtes Solidaritätsbewusstsein und bezahlen das mit hohen Steuern. Anders in den USA. Dort sind etwa fünfzig Prozent der Bevölkerung dafür, dass der Staat sich möglichst wenig einmischt. Bei uns ist der Staat immer die

«res publica» gewesen, die öffentliche Sache, die uns alle angeht. Solidarität existiert natürlich auch in den USA, aber auf privater Community-Basis. In der Schweiz hält man die Staatsmacht also eher dazu berechtigt, Fragen wie Prävention zu thematisieren, die ins Privatleben eingreifen.

Dies führt dann aber auch zu fragwürdigen Situationen. Zum Beispiel bezahlt die Schweiz einerseits etwa 15 Millionen Franken Subventionen an die Tabakbauern und gibt andererseits etwa 15 Millionen Franken für die Tabakprävention aus.

Ja, das klingt auf den ersten Blick seltsam. Aber Staaten handeln erstens immer in komplexen Zusammenhängen, in denen Gegenläufigkeiten nicht zu vermeiden sind. Zweitens produzieren solche Gegenläufigkeiten oft gar nicht eigentliche Widersprüche. Die Situation, die Sie schildern, ist nämlich gar kein wirklicher Widerspruch, sondern eine Situation der Gegenläufigkeit. Denn sowohl die Ausgaben für die Tabakbauern als auch die Ausgaben für die Tabakprävention sind legitim und heben sich nicht auf. Warum? Liberale Präventionspolitik kann nicht einfach darin bestehen, dafür zu sorgen, dass überhaupt nicht mehr geraucht werden darf.

In der Schweiz gibt es 26 verschiedene Gesundheitssysteme. Ist das aus Ihrer Sicht nicht fragwürdig?

Das ist der Preis, den wir für den eidgenössischen Föderalismus bezahlen. Und dieser Preis ist gerechtfertigt. Gewiss lässt sich darüber streiten. Vor etwa zehn Jahren gab Avenir Suisse eine Studie zum «Kantönligeist» heraus. Die Hauptaussage war: Der eidgenössische Föderalismus führt zu schlechter Politik. Manchmal stimmt das. Etwa dann, wenn er Formen des Steuerwettbewerbs erzeugt, die das Bundesgericht aus Verfassungsgründen korrigieren muss. Aber wir dürfen unsere Tradition und Geschichte nie vergessen. In der Schweiz meint man ja immer noch den Kanton, wenn man «Staat» sagt. Und zu unserer politischen Kultur gehört wesentlich das Subsidiaritätsprinzip. Nur das klar Notwendige soll nach oben delegiert und vom Bund geregelt werden. Das darf allerdings nicht heißen, dass man in der heutigen Gesundheitspolitik nicht genau darüber nachdenken soll, was eben doch – themenspezifisch – Bundessache sein muss.

Wer soll diese Situationen ansprechen? Der Staat hat ja kein Interesse daran, den Status quo zu ändern.

Mit «Staat» meinen Sie jetzt wohl den «Kanton». Bundesrat Berset müsste aktiv werden und seine Vereinheitlichungsvorstellungen den Räten vorlegen. So oder so: Neue Institutionen sind

list gesetzt werden müssen. Nicht zu vergessen aber ist die Tatsache, dass erzwungene Lösungen selten gute Lösungen sind.

«Die knapp 16 000 Appenzell-Innerrhoder sollten sich ihres Privilegs gegenüber etwa 1,4 Millionen Zürchern bewusst sein und manchmal an die Interessen der Mehrheit denken.»

Bei allem ist nicht zu leugnen, dass mit der heutigen Bevölkerungsentwicklung viele bestehende Regelungen die bevölkerungsstarken Kantone benachteiligen. Die knapp 16 000 Appenzell-Innerrhoder sollten sich ihres Privilegs gegenüber etwa 1,4 Millionen Zürchern bewusst sein und manchmal an die Interessen der Mehrheit denken.

Föderalismus ist also wertvoll, zugleich aber eine ewige Baustelle. Ein für allemal richtig ist hier nichts. Es fragt sich zum Beispiel, ob man in St. Gallen und in Herisau je ein Spitalzentrum braucht. Politik verlangt stets Entscheidungen, und manchmal ist es auch gut, wenn die Mehrheit die Minderheit überstimmt.

«Bundesrat Berset müsste aktiv werden und seine Vereinheitlichungsvorstellungen den Räten vorlegen.»

stets mit der Evolution der Gesellschaft verknüpft. Und es ist offensichtlich, dass mögliche institutionelle Defizite des Föderalismus durch den Bund und seine Exekutivbehörden auf die Traktanden-

Medizin im Spiegel des Fortschrittes

Gemäss Georg Kohler verändert der medizinische Fortschritt auch die Definition von Gesundheit resp. Krankheit. Je mehr medizinische Möglichkeiten es gibt, desto mehr Leiden werden als potenziell heilbare Krankheit wahrgenommen. Kohler unterscheidet in puncto Fortschritt drei Medizinwelten:

- In der «Masern»-Welt steht die Wiederherstellung akut kranker bzw. verletzter Patienten im Vordergrund – «Gesundheit» ist hier gleichbedeutend mit dem Linden des Leidens. In Industrieländern gehört diese Medizin der Vergangenheit an.
- In der (selbstredend nur in Industriestaaten vorkommenden) «Maserati»-Welt werden wie in der «Masern»-Welt akute Leiden geheilt. Dafür kommen aber ausschliesslich modernste Mittel und Technologien zum Einsatz, und zwar auch für jede vermutete Besserungsmöglichkeit (z.B. Lipidhemmer). Diese «bestmögliche aller medizinischen Versorgungen» steht in der «Maserati»-Welt allen gleichermaßen zur Verfügung.
- In der «Madonna»-Welt dehnt die Medizin ihr Wirkungsfeld systematisch aus: Was technisch möglich und wirtschaftlich interessant ist, wird gemacht; der unvollkommene Mensch ist stets verbesserungswürdig. Nach dem Motto «Tod dem Tod» wird dann selbst das Altern zur Krankheit erklärt, und der ewig junge Popstar Madonna wird so zur Patronin dieser letztlich un-menschlichen Weltanschauung.

Tabakkontrolle ist ein Menschenrecht

Tabakprävention. WHO-Generaldirektorin Margaret Chan fordert dazu auf, sich im Kampf gegen die Tabakindustrie verstärkt auf die Menschenrechte zu berufen.

Am 15. Weltkongress Tabak oder Gesundheit (März 2012 in Singapur) rief Margaret Chan die Teilnehmenden vehement dazu auf, auf der Basis der Menschen- und Kinderrechte gegen Aktivitäten der Tabakindustrie zu argumentieren und Verbote durchzusetzen. Im Tabakanbau und durch Tabakkonsum werden häufig Menschenrechte verletzt. Die hohe Zahl von Kinderarbeitern auf Tabakplantagen (Verletzung des Kinderarbeitsverbots bei gefährlichen Arbeiten) oder der fehlende Schutz für Nichtraucher und Nichtraucherinnen (Verletzung ihres Rechts auf Gesundheit) sind zwei Beispiele dafür.

Abkommen durchsetzen

Schon 2011 hatte Margaret Chan am

WHO Global Forum auf die Ausbreitung von chronischen, nicht übertragbaren Krankheiten wie Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufmerksam gemacht, die durch Rauchen stark begünstigt werden. Diese Krankheiten stellten für alle Länder eine enorme Herausforderung dar. Der Kampf gegen nicht übertragbare Krankheiten sei mit dem Kampf gegen Infektionskrankheiten wie HIV und Aids nicht vergleichbar. Ersterer sei vor allem ein Kampf gegen mächtige Wirtschaftsakteure, die rein kommerzielle und keinerlei gesundheitliche Interessen verfolgten. Eine Kooperation mit der Tabakindustrie sei kein gangbarer Weg, meinte Chan. Im Kampf gegen den Tabak nützen nur rechtliche Druckmittel. Folglich unterstützt Margaret Chan mit ihrem Aufruf das Engagement der internationalen Organisation «Human Rights and Tobacco Control Network» (HRTCN). Dieses globale Netzwerk fördert die Implementierung von Raucherbeschränkungen auf der

Basis von Menschenrechten. Es beruft sich dabei auf internationale Abkommen wie das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC), die Kinderrechtskonvention (CRC), die Frauenrechtskonvention (CEDAW) und den Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Sozialpakt).

Jährlich sechs Millionen Tote – Tendenz steigend

Gemäss dem «Tobacco Atlas» kamen 2011 knapp sechs Millionen Menschen durch Tabakkonsum ums Leben. Einer von zwei Rauchern stirbt am Tabakkonsum, die Hälfte davon im mittleren Alter. Die WHO erwartet, dass die Anzahl der Rauchenden in den nächsten 20 Jahren und dadurch die damit zusammenhängenden Probleme weiter zunehmen werden. Im Visier der globalen Tabakmarketingstrategie sind vor allem Frauen in Entwicklungsländern und Schwellenländern. Die Tabakindustrie verursacht nicht nur

Krankheit und Tod, sondern auch wirtschaftliche, soziale und ökologische Probleme: Durch den Tabakkonsum verlieren viele Familien ihren Hauptnährer durch frühzeitigen Tod; viele Tabakplantagen beschäftigen Kinder und rauben ihnen damit nicht nur die Gesundheit, sondern auch eine Bildung und eine Zukunftsperspektive; mit Pestiziden und Abholzung verursachen Tabakplantagen erhebliche Umwelt- und Gesundheitsschäden.

Links:

Human Rights and Tobacco Control Network: www.hrtcn.net
World Conference on Tobacco or Health 2012: www.wctoh2012.org

Kontakt: Laure Curt,
Sektion Tabak,
laure.curt@bag.admin.ch

Vademekum für bessere Gesundheit im Gefängnis

Gesundheitsdienst im Strafvollzug.

Mit dem im Jahr 2008 lancierten Projekt BIG (Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis) soll die Gesundheitsversorgung im Freiheitsentzug jener der Außenwelt angeglichen werden. Dazu braucht es eine engere Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssektor und Justizsystem. Ein gemeinsam erarbeitetes Vademekum ist ein erster Schritt dazu.

Studien, die in Gefängnissen verschiedener europäischer Länder durchgeführt wurden, haben ergeben, dass die Morbidität in Haftanstalten höher ist als in der Freiheit. Auch in der Schweiz sind Infektionskrankheiten wie HIV oder Tuberkulose in Strafvollzugsanstalten viel stärker verbreitet als in der Außenwelt. Um dieses Problem zu lösen, haben das Bundesamt für Gesundheit (BAG), das Bundesamt für Justiz (BJ) und die Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren (KKJPD) 2008 das Projekt BIG lanciert. Den Gefängnisinsassen sollen im Sinne des Äquivalenzprinzips gleiche Präventions- und Therapieangebote zugänglich gemacht werden wie den Menschen in Freiheit.

Wenig Spritzenausch-programme

Dass das Projekt BIG nötig ist, zeigt sich am Beispiel von Schadensminderungsmaßnahmen im Drogenbereich. Die HIV-Epidemie unter intravenös Drogenkonsumierenden (IDU) Ende der 80er-Jahre führte zur Erkenntnis, dass Schadensminderung angesichts der unmittelbaren Gesundheitsgefährdung der IDU eine Priorität sein muss. Spritzenauschprogramme, Injektionsräume,

Methadon-Programme und später sogar Heroinabgabe-Programme sind in der Schweiz zum Standard geworden. Mit guten Ergebnissen: 2011 lag die Zahl der HIV-Neuansteckungen bei IDU unter 30 – 1990 waren es noch über 1000. Auch in einigen Gefängnissen etablierten sich Nadel- und Spritzenauschprogramme. Das Pilotprojekt in der Frauenhaftanstalt Hindelbank von 1994 gilt international als die Referenz für Schadensminderung im Freiheitsentzug. Trotzdem machen heute lediglich 13 von 113 Haftanstalten in der Schweiz vergleichbare Angebote.

Gefängnisgesundheitsdienst ist Sache der Justiz

Die Ursache dieses Missstands liegt teilweise in der föderalistischen Struktur der Schweiz: Die Kantone sind für die Justiz und für die Institutionen des Freiheitsentzugs zuständig. Dazu gehört die Verantwortung für Gefängnisgesundheit. In 24 Kantonen ist die Justizdirektion für die Gefängnisgesundheitsdienste zuständig. Lediglich in zwei Kantonen sind diese der Gesundheitsdirektion unterstellt. Wenn Gefängnisgesundheitsdienste Teil des Strafvollzugs sind, besteht keine Gewähr für die ärztliche Unabhängigkeit dieser Stellen. Die meisten Ärztinnen, Ärzte und Pflegenden stehen somit in einem Loyalitätskonflikt. Die Prinzipien der informierten Einwilligung und der ärztlichen Schweigepflicht werden häufig verletzt.

Vademekum zur Harmonisierung

In diesem Spannungsfeld von Gesundheitsversorgung und Strafvollzug setzt das Projekt BIG an: Gesundheits- und Justizbehörden sollen gemeinsam nachhaltige Instrumente schaffen, um die Übertragung von Infektionskrankheiten im Freiheitsentzug mit ähnlichen

Methoden wie in der Außenwelt zu bekämpfen. Die Leitung dieser Zusammenarbeit haben die Gesundheitsbehörden. Existieren heute unter den Haftanstalten deutliche Unterschiede in Erkennung, Verhütung und Behandlung übertragbarer Krankheiten, so sollen künftig einheitliche nationale Minimalstandards zur Verhütung, Beratung, Testung und Therapie berücksichtigt werden. Zudem sollen geeignete Schulungsmodelle zur Prävention von Infektionskrankheiten für die Gefängnismitarbeitenden aller Ebenen und Berufe entwickelt und von diesen umgesetzt werden.

Zu diesem Zweck wurde ein Vademekum mit Empfehlungen, Standards und Checklisten rund um den Umgang mit Infektionskrankheiten und paramedizinischen Themen (z. B. Eintrittsfragebogen und Informationsweitergabe) erstellt. Das Vademekum ist auf konkrete Situationen ausgerichtet und wurde von Fachspezialisten geprüft. Der Inhalt beruht auf empirischen Daten oder stützt sich auf Nachweise aus der Fachliteratur.

Das Vademekum kann unter folgendem Link als PDF heruntergeladen oder als Druckversion bestellt werden: www.bag.admin.ch > Themen > HIV und Aids > Gefängnisinsassen

Kontakt:
Matthias Gnaedinger,
matthias.gnaedinger@bag.admin.ch
Sektion Prävention und Promotion

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

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

Impressum • spectra Nr. 96, Januar 2013

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

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern, Tel. 031 323 87 79, Fax 031 324 90 33, www.bag.admin.ch

Realisation: Pressebüro Ch. Hoigné, Allmendstrasse 24, 3014 Bern, christoph.hoigne@la-cappella.ch

Leitung Redaktionskommission: Adrian Kammer, adrian.kammer@bag.admin.ch

Textbeiträge: Mitarbeitende des BAG, Christoph Hoigné, weitere Autoren

Fotos: BAG, Stéphane Etter (Pardon madame), Christoph Hoigné, iStockphoto

Layout: Lebrecht typ-o-grafik, 3006 Bern

Druck: Büttiger 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 März 2013.

Internationales Treffen der Substitutionsfachleute in Genf

Konferenzen zu Opiatabhängigkeit.

Am 18. und 19. Oktober fanden in Genf zeitgleich zwei Konferenzen zum Thema Behandlung von Opiatabhängigkeit statt: die 3. Nationale Substitutions-Konferenz (NaSuKo) und das 3. Colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes (TDO). Mehr als 450 Expertinnen und Experten aus der Schweiz und verschiedenen weiteren frankophonen Ländern nahmen an den beiden Konferenzen teil.

Die alle fünf Jahre stattfindende Nationale Substitutions-Konferenz (NaSuKo) zieht jeweils Bilanz über den Stand der Substitutionsbehandlung in der Schweiz und diskutiert über Entwicklungsmöglichkeiten. Unter Substitutionsbehandlung versteht man den ärztlich verordneten Ersatz eines illegalen Opioids (meist Heroin) durch ein legales Medikament (Substitutionsmittel). Die wichtigsten Substitutionsmittel sind derzeit Methadon, Buprenorphin und Diacetylmorphin (reines Heroin). An der ersten NaSuKo im Jahre 2002 wurden die ersten rudimentären Empfehlungen für solche Substitutionsbehandlungen definiert. Sie wurden hauptsächlich für Hausärztinnen und Hausärzte geschaffen, die in der Schweiz mehr als die Hälfte jener Patientinnen und Patienten betreuen, die wegen einer Opiatabhängigkeit in ärztlicher Behandlung sind. Dieses Jahr präsentierte die Swiss Society of Addiction Medicine (SSAM) überarbeitete, evidenzbasierte klinische Empfehlungen. Pascal Strupler, Direktor des Bundesamts für Gesundheit (BAG), betonte in seiner Begrüßungsrede die Wichtigkeit dieser Weiterentwicklung. Damit sei eines der ältesten Anliegen des BAG in der Drogenpolitik umgesetzt worden, nämlich die Behandlungsmethoden auf empirischer und klinischer Forschung beruhen zu lassen. Was bei jeder anderen Krankheit selbstverständlich sei, gestalte sich bei der substitutionsgestützten Behandlung besonders schwierig. Wie auch in der Schweiz während vieler Jahre, herrschten gegenüber dieser Art von Behandlung vie-

lerorts auf der Welt immer noch starke moralische Vorbehalte und ein Misstrauen gegenüber den aus ihnen resultierenden wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Kernthema: gesetzliche Rahmenbedingungen

Das zentrale Thema des diesjährigen Colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes (TDO) waren die jeweiligen gesetzlichen und politischen Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung in verschiedenen Ländern. Das TDO findet alle zwei Jahre statt und wurde erstmals im Jahr 2008 in Montréal durchgeführt. Ziel ist der Austausch über Nutzen und Fortschritt in dieser Behandlungsweise. Zum ersten Mal dabei waren dieses Jahr Teilnehmer aus Marokko, Tunesien, Algerien, Ägypten, Libanon und Kamerun, wo Substitutionsbehandlungen gerade erst etabliert oder noch als mögliche Option betrachtet werden. Einige der zentralen Vorträge zum Kernthema der TDO wurden zusammen mit der NaSuKo abgehalten. Zum Beispiel das Referat von alt Bundesrätin Ruth Dreifuss, die als Mitglied der Global Commission on Drug Policy über die Kriminalisierung der Abhängigen und die Auswirkungen auf deren Gesundheit sprach. Sie plädierte für ein pragmatisches Vorgehen der Politik und für konkrete innovative Projekte. Professor Olivier Guillod von der Universität Neuenburg präsentierte seine vom BAG beauftragte Vergleichsstudie über die Gesetzgebung im Bereich Substitutionsbehandlung in Frankreich, Belgien, Kanada, Tunesien und der Schweiz. In dieser Hinsicht ist die Schweiz eines der fortschrittlichsten Länder, indem Diacetylmorphin – unter strengen gesetzlichen Regelungen – durch Spezialärzte verschrieben werden kann. In Frankreich hingegen kann z.B. Methadon nur von Ärzten in Spezialkliniken verschrieben werden, Hausärzte dürfen nur Buprenorphin verschreiben. Im Libanon wiederum dürfen nur Psychiater Substitutionssubstanzen verschreiben. Diese restriktiven Regelungen können als Misstrauensvotum des Gesetzgebers gegenüber Substituti-



Prof. Olivier Guillod, alt Bundesrätin Ruth Dreifuss und Prof. Jacques Besson am Eröffnungspodium.

onsbehandlungen und drogensüchtigen Patientinnen und Patienten betrachtet werden. Dies trägt nicht zur Attraktivität dieser Behandlung bei, wo doch ohnehin alle Länder den Mangel an Ärzten kennen, die sich bereit erklären, opiatabhängige Patienten aufzunehmen respektive die Medikamente zu verschreiben. Der grosse administrative Aufwand einer Substitutionsbehandlung und der zum Teil schwierige Umgang mit opiatabhängigen Patienten halten viele Mediziner davon ab. Um Hausärzte bei dieser Aufgabe zu unterstützen, haben das Forum Suchtmedizin Ostschweiz (FOSUMOS), das Forum Suchtmedizin Innerschweiz (FOSUMIS), das Collège romand de médecine de l'addiction (COROMA) und Ticino Addiction die www.praxis-suchtmedizin.ch lanciert. Dort finden Ärzte ausführliche Informationen über Behandlungsmodalitäten aller Suchtsubstanzen.

Schweiz als Vorbild

Wer darf wem welche Substitutionsmittel verschreiben und unter welchen Zielvorgaben? Wie kann ein breiter Zugang zu Substitutionsbehandlungen geschaffen werden? Welche Unterstützung brauchen die Ärzte für diese Aufgabe? Diese Fragen beschäftigen derzeit alle Staaten. Drogenfachleute vieler teilnehmender Länder beneiden die Schweiz um ihren grossen Spielraum, in dem sie

Anfang der 1990er-Jahre neue Massnahmen ausprobieren und damit wirksame Antworten auf die damaligen Probleme entwickeln konnte. Eine Freiheit, die die in Genf versammelten Fachleute auch von ihren politischen Entscheidern fordern. In manchen Ländern zeichnet sich aber ein gegenläufiger Trend ab. In Quebec hat die Regierung zum Beispiel entschieden, die heroingesetzte Behandlung nicht einzuführen – trotz der positiven Resultate einer wissenschaftlich begleiteten Pilotstudie. Auch in der Schweiz gewinnen repressive Stimmen – angesichts der Schwierigkeiten mancher Städte, den Drogenhandel auf der Strasse in den Griff zu bekommen – wieder an Resonanz. Hoffnung besteht hingegen in Frankreich: Dort zeichnet sich auf Druck der grossen Städte eine Lockerung der stark begrenzten Verschreibungsmöglichkeiten ab. Ähnliches ist in Belgien zu beobachten. Die zentrale Botschaft der Fachleute am Ende der Konferenzen ist: Starre Positionen müssen aufgegeben und jene Massnahmen zurück behalten und angepasst werden, die wirksam und relevant sind.

Links zum Thema:
www.tdo3.org
www.nasuko3.ch

Kontakt: René Stamm, Sektion Drogen,
rene.stamm@bag.admin.ch



Pascal Strupler, Direktor des Bundesamts für Gesundheit, gab seiner Befriedigung Ausdruck, dass die Substitutionsbehandlung in der Schweiz auf klinischen und empirischen Studien beruht.



Mehr als 450 Fachleute aus verschiedenen frankophonen Ländern trafen sich im Oktober in Genf zum Wissens- und Erfahrungsaustausch über die Substitutionsbehandlung.

Interkulturelles Übersetzen zeigt Wirkung

Interkulturelles Übersetzen. Eine Studie gibt Auskunft über Einsatz und Wirkung des interkulturellen Übersetzens in Schweizer Spitälern und Kliniken.

Die Studie des Büros für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) ist im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit entstanden und attestiert dem interkulturellen Übersetzen nachweisbare Erfolge. Die Ergebnisse zeigen, dass sich der Einsatz von Dolmetschenden positiv auf den Genußungsprozess, den längerfristigen Gesundheitszustand und das Vorsorgeverhalten von Migrantinnen und Migranten auswirkt. Damit bestätigt diese Studie die Erkenntnisse der Vorstudie «Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen»: Der Einsatz von interkulturell Übersetzenden löst kurzfristig zwar zusätzliche Kosten aus, langfristig kann jedoch mit Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen, in der Wirtschaft und in der Gesellschaft gerechnet werden.



Copyright INTERPRET

Zunehmende Professionalisierung

Schätzungsweise 50 % aller Dolmetscheneinsätze werden immer noch von internen Spitalmitarbeitenden mit Fremdsprachenkenntnissen und nicht über die vom Bundesamt für Migration subventionierten Vermittlungsstellen abgewickelt. Insgesamt hat aber eine deutliche Verschiebung von spitalinternen

Dolmetschenden hin zu externen interkulturell Übersetzenden und damit eine Professionalisierung des Dolmetschens in Spitäler stattgefunden: In der Schweiz haben die von den Vermittlungsstellen organisierten Einsätze von Übersetzenden im Gesundheitsbereich zwischen 2006 und 2010 um 47 % zugenommen, und zwar von 49 037 auf 72 044 Einsatzstunden pro Jahr. Gut ein

Drittel dieser Einsätze erfolgte in der Psychiatrie und je ein Fünftel in den Bereichen Gynäkologie & Geburt und Kinder & Jugendliche. Die übrigen Einsätze erfolgten in verschiedenen somatischen Abteilungen. Je schlechter der Gesundheitszustand und die Gesundheitskompetenz von fremdsprachigen Patientinnen und Patienten, desto eher wird interkulturelles Übersetzen in Anspruch genommen. Ob externe Dolmetschende oder spitalinterne Mitarbeiter zum Übersetzen eingesetzt werden, hängt stark von der Sprache der Patienten ab bzw. davon, ob Spitalmitarbeitende mit Kenntnissen der entsprechenden Sprache verfügbar sind.

Download der Studie «Einsatz und Wirkung von interkulturellem Übersetzen in Spitäler und Kliniken» auf www.miges.admin.ch > Interkulturelles Übersetzen

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

Wenn das Vergessen nicht gelingt

Posttraumatische Belastungsstörungen. Eine neue Broschüre des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) informiert auf anschauliche Weise über Traumata und deren Folgen.

Krieg, Vertreibung, Folter oder Vergewaltigung: Es gibt viele Ereignisse, die Menschen traumatisieren können. Auch Erdbeben und Autounfälle können zu einem Trauma führen, menschliche Gewalt verursacht jedoch meist tiefere seelische Wunden als Naturkatastrophen oder Unfälle. Stark betroffen von Traumata sind insbesondere Migrantinnen und Migranten. «Man schätzt, dass jeder vierte Migrant in der Schweiz traumatisiert ist», sagt Thomas Hofer, Mitarbeiter des Ambulatoriums für Folter- und Kriegsopfer des SRK und Autor der neuen Infobroschüre «Wenn das Vergessen nicht gelingt».

Trauma erkennen und Hilfe holen

Die Broschüre ist im Rahmen des Natio-

nalen Programms Migration und Gesundheit durch das BAG finanziert worden und richtet sich an traumatisierte Menschen, insbesondere an Migrantinnen und Migranten und deren Angehörige. Sie informiert anschaulich über Entstehung, Symptome, Folgen und Bewältigung von Traumata und posttraumatischen Belastungsstörungen bei Erwachsenen und Kindern. «Mit der Broschüre wollen wir dazu beitragen, dass traumatisierte Menschen ihre Erkrankung erkennen und Hilfe in Anspruch nehmen», sagt Hofer.

Dauerstress und Schlafstörungen

Bei einer posttraumatischen Belastungsstörung tauchen die Erinnerungen an ein schlimmes Ereignis immer wieder auf. Gleichzeitig versuchen die Betroffenen, das Erlebte zu verdrängen und ihre Gefühle zu betäuben, um weniger zu leiden. Sie befinden sich dabei in Dauerstress und ständiger Alarmbereitschaft. Dies kann zu Schlafstörungen,

Depressionen, Angststörungen oder gar zu Suizid führen. Die psychischen Symptome werden oft von physischen Beschwerden wie Rücken-, Bauch- oder Kopfschmerzen begleitet.

Gute Therapieprognosen

Posttraumatische Belastungsstörungen lassen sich in der Regel gut behandeln. «Am besten wirkt eine Psychotherapie, um das Erlebte zu verarbeiten und einzuordnen», erklärt Hofer. Auch Medikamente können bei gewissen Symptomen helfen, ersetzen aber keine Psychotherapie. Die Broschüre gibt eine Übersicht über geeignete Ansprechpartner und eine Liste von Anlaufstellen speziell für Migrantinnen und Migranten.

Kontakt: Martin Wälchli,
Nationales Programm Migration
und Gesundheit,
martin.waelchli@bag.admin.ch



Broschüre in 5 Sprachen

«Wenn das Vergessen nicht gelingt – Ein psychisches Trauma kann alle treffen». Hrsg. Schweizerisches Rotes Kreuz SRK, 32 Seiten, erhältlich in Deutsch, Albanisch, Französisch, Türkisch, Kroatisch/Serbisch/Bosnisch. Gratis-Download oder Bestellung unter www.migesplus.ch

Swiss Quality Award: jetzt Projekte einreichen!

Der Swiss Quality Award zeichnet jährlich Projekte aus, welche die Qualität des Gesundheitswesens nachhaltig weiterentwickeln. Er verschafft diesen Innovationen Öffentlichkeit und bestärkt Pionierinnen und Pioniere in ihrem Engagement für besseres Qualitätsmanagement. Und der Preis belebt die fachliche Diskussion mit zukunftsfähigen Impulsen. Damit sorgt der Swiss Quality Award dafür, dass alle an Gesundheitsversorgung interessierten Seiten von neuen Erkenntnissen profitieren: Patientinnen und Patienten,

Gesundheitsfachleute, Institutionen und letztlich die Allgemeinheit.
Ob in der ambulanten Praxis oder in der Hauspfelege, im Kantonsspital oder im Pflegeheim, ob viele oder wenige Mitarbeitende einer Organisation eingebunden sind: Kluge Ideen können überall ansetzen und viel bewirken. Deshalb prämiert der Swiss Quality Award Innovationen in den vier Kategorien Management, Patientensicherheit, Technologie und Empowerment. Jede Preiskategorie ist mit 10 000 Franken dotiert.

Getragen wird der Swiss Quality Award gemeinsam von der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, dem Institut für Evaluative Forschung in der Medizin IEFM der Universität Bern sowie der Schweizerischen Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen SQMH.

Ausschreibung läuft

Hat sich in Ihrer Klinik, Praxis, Organisation oder Unternehmung eine Idee bewährt und Sie möchten sie einem grossen Publikum vorstellen? Reichen



Sie Ihr Projekt jetzt für den Swiss Quality Award 2013 ein – ausschlaggebend ist nicht die Grösse einer Innovation, sondern ihre Wirkung! Anmeldeschluss ist der 28. Februar 2013.
Der Swiss Quality Award wird anlässlich des Nationalen Symposiums für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen am 12. Juni 2013 in Basel verliehen. Weitere Informationen finden Sie auf www.swissqualityaward.ch.