

spectra



97

Nichtübertragbare Krankheiten

2 Todesursache Nummer eins

Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes: Nichtübertragbare Krankheiten sind heute weltweit die Todesursache Nummer eins. Sie verursachen die meisten frühzeitigen Todesfälle, das heisst Todesfälle vor dem Erreichen des 70. Lebensjahres. Der Kampf gegen die nichtübertragbaren Krankheiten bedarf einer starken Präventionsarbeit, die namentlich bei den Hauprisikofaktoren wie Rauchen, ungesunde Ernährung, zu wenig Bewegung und Alkoholmissbrauch ansetzt. Gefordert sind alle politischen Ebenen und alle politischen Sektoren – nicht nur das Gesundheitswesen.

6 Interview mit Silvia Schenker

Silvia Schenker ist SP-Nationalrätin, Mitglied der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit und Präsidentin der Schweizerischen Gesundheitsligen-Konferenz GELIKO. Im «spectra»-Interview spricht sie über die Rolle von Gesundheitsligen im Schweizer Gesundheitswesen, über E-Health, Föderalismus und das gescheiterte Präventionsgesetz, für das sie sich stark eingesetzt hat. Silvia Schenker ist überzeugt, dass die Schweiz nicht darum herumkommen wird, dem Bund in der Präventionsarbeit mehr Führungskompetenzen zuzusprechen.

8 6. Schweizerischer Ernährungsbericht

Was und wie viel essen die Menschen in unserem Land? Wie gut weiss die Schweizer Bevölkerung über gute Ernährung Bescheid? Wie wird ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung in unserem Land gefördert? Alle sieben Jahre liefert der Schweizerische Ernährungsbericht Antworten auf diese und weitere Fragen. Im Januar stellte Bundesrat Alain Berset den neusten Schweizerischen Ernährungsbericht der Öffentlichkeit vor. spectra fasst die wichtigsten Ergebnisse des 300 Seiten starken Werkes zusammen.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Nichtübertragbare Krankheiten – ein «slow motion disaster»

Nichtübertragbare Krankheiten.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs oder Diabetes mellitus: Nichtübertragbare Krankheiten sind heute weltweit die Todesursache Nummer eins. Margaret Chan, die Generaldirektorin der WHO, bezeichnete die Verbreitung dieser Krankheiten als «slow motion disaster», schlechendes Desaster, und als eine der grössten gesundheitlichen Herausforderungen der Zukunft.

Der medizinische Fortschritt in den letzten hundert Jahren hat insgesamt zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, aber auch zu einer Veränderung des Krankheitsspektrums und der Todesursachen geführt. Während am Anfang des 20. Jahrhunderts vor allem ansteckende Krankheiten wie Tuberkulose die Hauptursache für Erkrankung und vorzeitigen Tod waren, sind es heute chronische, nichtübertragbare Krankheiten. Gemäss Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verursachen sie 77 Prozent der Krankheitslast in der Europäischen Region der WHO. In der Schweiz machten sie 2004 90 Prozent der Krankheitslast aus. Unter «Krankheitslast» versteht man die durch frühzeitigen Tod (vor dem 70. Lebensjahr) verlorenen und durch Krankheit oder Behinderungen beeinträchtigten Lebensjahre.

«Zivilisationskrankheiten» vorbeugen

Die WHO geht davon aus, dass die nichtübertragbaren Krankheiten in den nächsten Jahren weiter ansteigen werden. Ihre Zunahme ist hauptsächlich auf Veränderungen im Lebensstil zurückzuführen: mangelnde Bewegung, unausgewogene Ernährung, Alkoholmissbrauch und Tabakkonsum sind vor allem in modernen Gesellschaften weit verbreitete Risikofaktoren, die nichtübertragbare Krankheiten stark begünstigen. Diese Krankheiten verursachen nicht nur viel Leid und eingeschränkte Lebensqualität, sondern stellen das Gesundheitswesen vor grosse Herausforderungen – auf finanzieller, struktureller und personeller Ebene. Der Fokus der Gesundheitspolitik muss deshalb auf der Stärkung einer integrierten, multisektoralen Prävention liegen und darauf, ein gesundes Altern zu ermöglichen.

In der Schweiz zeigen sich bezüglich der Risikofaktoren starke soziale Unterschiede zuungunsten der Bevölkerungsgruppen mit wenig Bildung, tiefem Einkommen und Migrationshintergrund. Das Regionalbüro der WHO hat 2011 einen Aktionsplan zur Umsetzung der Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten verabschiedet. Die dort vorgestellten Massnahmen zielen vor allem darauf ab, gesundheitsförderliche Strukturen, Rahmenbedingungen und Umwelten zu gestalten, welche der gesamten Bevölkerung sowie Risikogruppen ein gesun-

deres Verhalten ermöglichen. Die nationalen Präventionsprogramme der Schweiz orientieren sich daran.

Prävention: mehrschichtig und multisektoral

Prävention wird in drei Ansätze unterteilt: Primärprävention oder Gesundheitsförderung (für gesunde Menschen), Sekundärprävention oder Früherkennung + Frühintervention (bei ersten Anzeichen einer Erkrankung) und Tertiärprävention oder «Disease Management» (bei Vorliegen einer Krankheit). Weiter wird zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden. Ein Beispiel für Verhaltensprävention sind Informationskampagnen oder ein Coaching durch eine Ernährungsberaterin, die Menschen bei der Veränderung ihrer Essgewohnheiten begleitet. Unter Verhältnisprävention versteht man Massnahmen zur Gestaltung der Umwelt, die einen gesunden Lebensstil fördern oder erleichtern. Dazu gehören strukturelle Massnahmen wie der Ausbau von Velowegen und Naherholungsgebiete, finanzielle Anreize wie die Erhöhung der Tabaksteuer oder gesetzliche Massnahmen wie das Alkoholausschankverbot an unter 18-Jährige.

Die Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten bedarf vor allem einer tieferen strukturellen Verankerung der Prävention in der Grundversorgung (inkl. interdisziplinärer Zusammenarbeit) (siehe dazu Artikel auf Seite 4). Nötig sind aber auch das Vorantreiben neuer Technologien wie E-Health (siehe «spectra» Nr. 94), die Förderung integrierter Versorgungsmodelle und die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölke-

rung und der Patienten. Es bedarf im Sinne des multisektoralen Ansatzes aber nicht nur Massnahmen im Gesundheitssektor, sondern in allen Sektoren der Politik von der Wirtschaft über die Bildung bis hin zur Umwelt- und Sozialpolitik.

Präventionsprogramme gegen Risikofaktoren

In der Schweiz gibt es seit 2008 drei nationale Präventionsprogramme, die auf die Bekämpfung der Hauptrisikofaktoren von nichtübertragbaren Krankheiten zielen: die Programme Tabak, Alkohol sowie Ernährung und Bewegung. Sie bilden das Dach über die verschiedenen nationalen, kantonalen und kommunalen Präventionsaktivitäten in diesen Bereichen. Die Programme werden zusammen mit den Kantonen, NGOs und – gemäss dem multisektoralen Ansatz – mit weiteren Akteuren aus verschiedenen Bereichen (Raumplanung, Wirtschaft, Bildung) umgesetzt. Das Nationale Programm Migration und Gesundheit und das Netzwerk Psychische Gesundheit ergänzen diese Programme mit ihrem Fokus auf besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen. Migration und Gesundheit ist ein Programm des Bundesamts für Gesundheit, die Träger des Netzwerks Psychische Gesundheit sind der Bund, Gesundheitsförderung Schweiz und das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO). 2012 hat der Bundesrat die Präventionsprogramme um weitere vier Jahre bis 2016 verlängert. Damit wird die Kontinuität der in den vergangenen Jahren geleisteten Präventionsarbeit sichergestellt. Diese Kontinuität ist umso wichtiger, als Präventionsmassnahmen erst mittel- und langfristig Wirkung zeigen.

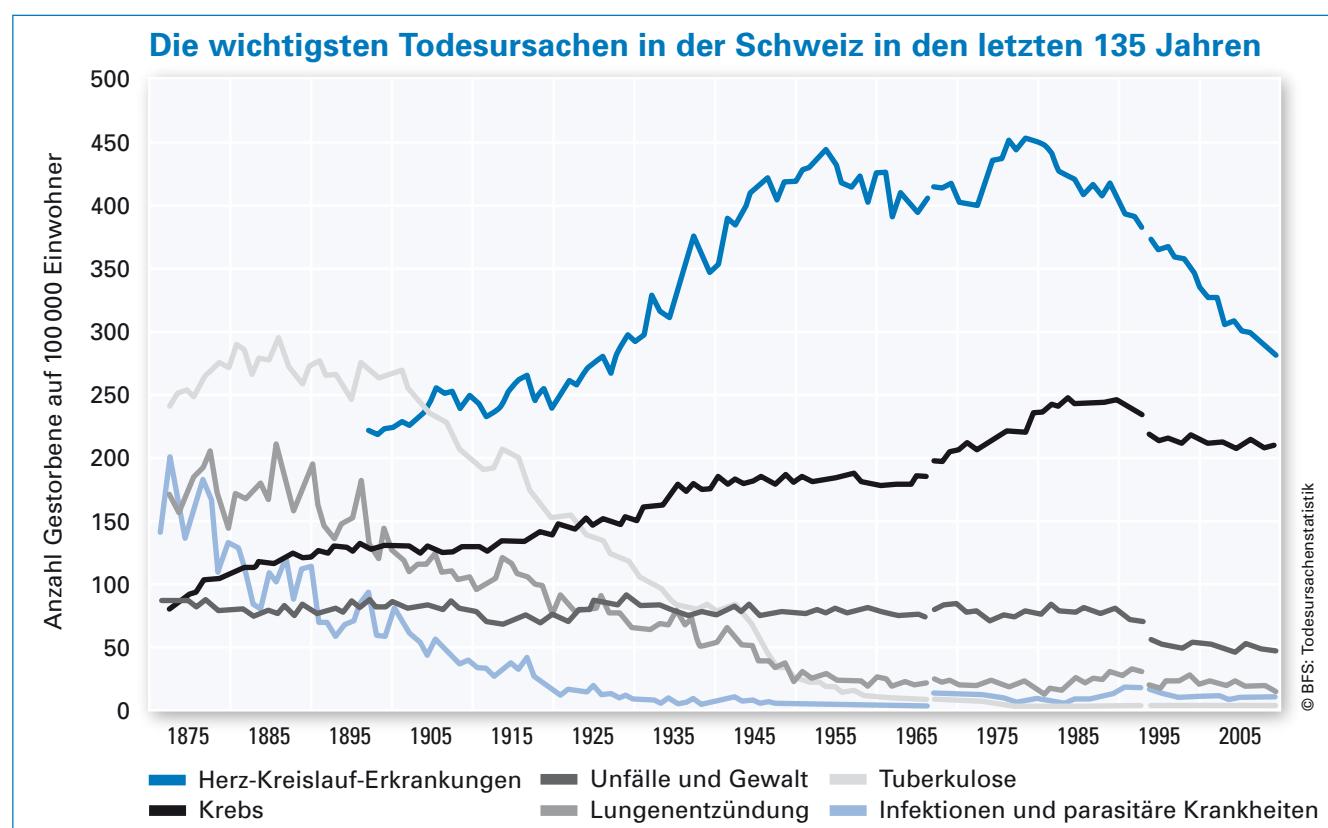
Mehr Forschung zum Thema

Massnahmen gegen nichtübertragbare Krankheiten erfordern wissenschaftliche Fakten und regelmässiges Monitoring. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung im Jahr 2015 werden diese Krankheiten deshalb den Forschungsschwerpunkt bilden. Geplant ist zudem eine Studie zu den Kostenfolgen solcher Erkrankungen. Weiter konzentriert sich das BAG auf die Versorgungsforschung (siehe Artikel auf Seite 4), um fundierte Grundlagen für die Entwicklung von integrierten Versorgungsmodellen zu erhalten, welche Prävention als integrierten Teil der Versorgung verstehen. Einige Kantone haben bereits Programme lanciert, die gemäss den internationalen Empfehlungen die chronischen Erkrankungen umfassend angehen. Dazu gehört das Krebsprogramm des Kantons Zug oder das Diabetesprogramm des Kantons Waadt.

Der im internationalen Vergleich überdurchschnittlich gute Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung dürfte längerfristig nur dann aufrechtzuerhalten sein, wenn Prävention als ganzheitliches und positiv besetztes Konzept auf allen Ebenen und Sektoren berücksichtigt wird. Denn um die Epidemie der nichtübertragbaren Krankheiten einzudämmen, braucht es das Engagement und die Zusammenarbeit aller Akteure inner- und ausserhalb des Gesundheitssystems und die aktive Beteiligung der Bevölkerung.

Kontakt: Ursula Koch,
Co-Leiterin der Abteilung Nationale
Präventionsprogramme,
ursula.koch@bag.admin.ch

Infografik



Internationale Aktivitäten im Bereich nichtübertragbare Krankheiten (NCDs)

Ein Überblick und eine Auswahl relevanter Dokumente

Jahr Anlass

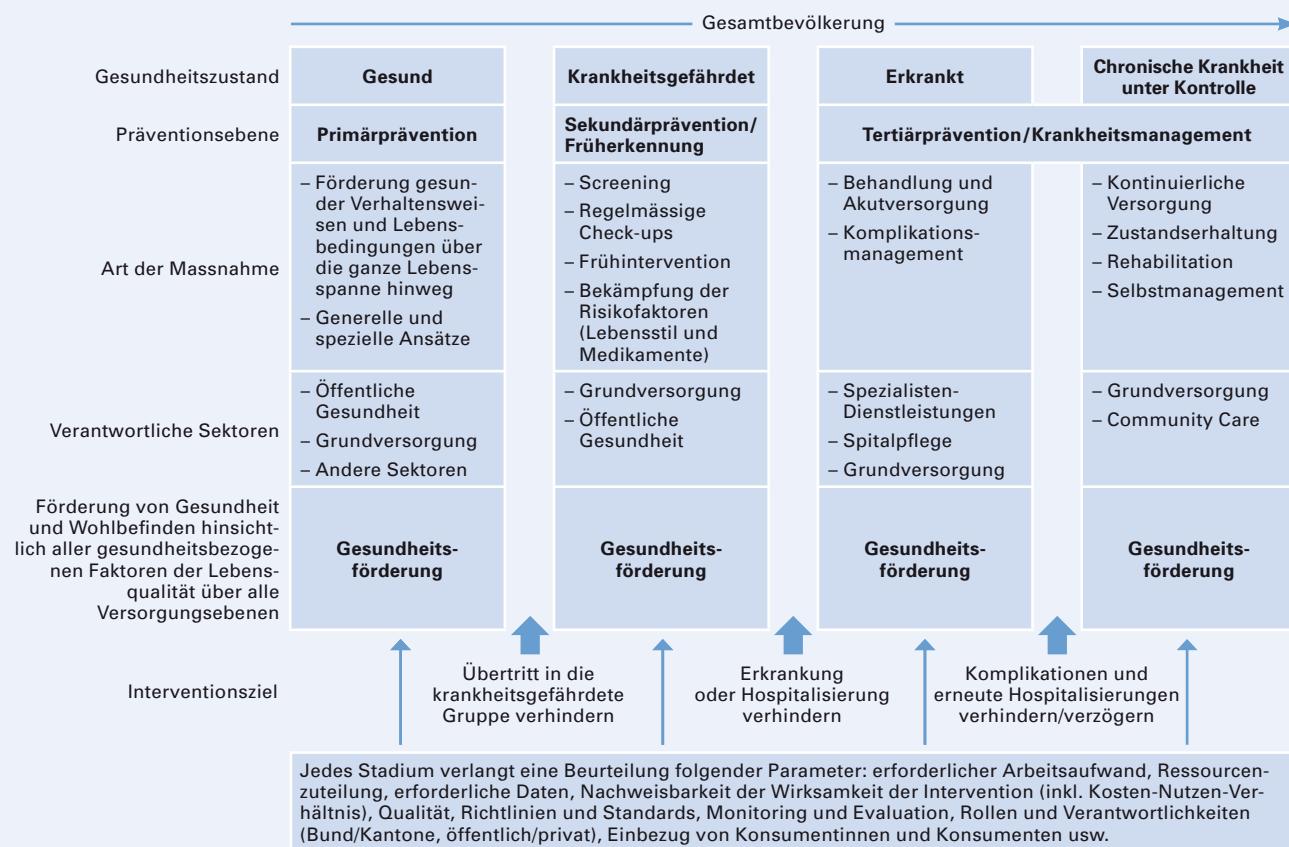
2000	Die Weltgesundheitsversammlung (WHA) verabschiedet die «Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases»
2006	Das WHO-Regionalkomitee für Europa verabschiedet die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten
2008	Die WHA verabschiedet den «Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2008–2013»
2010	Die UNO-Generalversammlung beschliesst, im September 2011 ein UNO High Level Meeting zum Thema NCDs abzuhalten
2011	Die WHO veröffentlicht den ersten globalen Statusbericht sowie Länderprofile zum Thema NCDs
	Die europäische WHO-Region verabschiedet den Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016)
	Am UNO High Level Meeting on the Prevention and Control of NCDs wird die «Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of NCDs» verabschiedet. Darin wird u.a. die WHO beauftragt, bis Ende 2012: 1. ein globales Monitoring Framework (inklusive Indikatoren) zu erstellen, um Trends verfolgen und Fortschritte in der Umsetzung von nationalen Strategien zur Bekämpfung und Kontrolle von NCDs messen zu können 2. Empfehlungen für eine Auswahl freiwilliger globaler Ziele zur Bekämpfung und Kontrolle von NCDs zu erstellen
2012	Die WHA verabschiedet das globale Ziel, bis 2025 die vorzeitige Mortalität durch NCDs um 25% zu reduzieren (im Vergleich zu 2010) Formales Treffen der WHO-Mitgliedstaaten, um die Arbeiten am globalen Monitoring Framework und den freiwilligen globalen Zielen abzuschliessen
	Konsultationen der WHO mit Mitgliedstaaten, NGOs und Vertretern der Privatwirtschaft zum «Zero Draft» Action Plan for the prevention and control of NCDs for 2013–2020
2013	Das WHO Executive Board bzw. die WHA entscheiden bezüglich Verabschiedung von: – Global monitoring framework, indicators and targets for NCDs – Action Plan for the prevention and control of NCDs for 2013–2020
	Der UNO-Generalsekretär präsentiert der UNO-Generalversammlung einen Zwischenbericht zu den Commitments der Political Declaration on NCDs.
2014	Veröffentlichung des WHO Global Status Report on NCDs 2013 Der UNO-Generalversammlung wird ein umfassender Zwischenbericht zu den Fortschritten bei den Commitments der Political Declaration vorgelegt.

Die verabschiedeten Strategien und Akitionspläne sowie weitere Dokumente findet man unter:
Europäische WHO-Region:
www.euro.who.int (Deutsch, Französisch und Englisch)

WHO global: www.who.int
(Französisch und Englisch)
UNO: www.un.org (Französisch und Englisch)

Kontakt: Monika Rüegg,
Abteilung Nationale Präventionsprogramme,
monika.rueegg@bag.admin.ch

Prävention und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten



Aus erster Hand

Heute leben wir doppelt so lange wie die Menschen vor hundert Jahren. Diese massiv höhere Lebenserwartung verdanken wir den medizinischen Fortschritten, den Fortschritten von Wirtschaft und Gesellschaft, der Verbesserung von Hygiene und Bildung, dem Ausbau der Sozialversicherungen usw. Die Verbesserung unserer Lebensqualität brachte auch eine Veränderung unseres Lebensstils und unserer Arbeitsbedingungen mit sich.

Allerdings hat diese durchaus glänzende Medaille auch eine Kehrseite: die Zunahme chronischer Krankheiten wie Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder chronischer Leiden der Atemwege. Diese nicht von einer Person zur anderen übertragbaren Krankheiten mit langer Krankheitsphase sind inzwischen die häufigste Todesursache in unserer Gesellschaft.

Allerdings stehen wir dieser Zunahme chronischer Krankheiten nicht machtlos gegenüber. Mehr als die Hälfte dieser Erkrankungen könnten nämlich vermieden werden. In der Tat werden sie durch dieselben Risikofaktoren begünstigt: eine unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel, die Schädigung durch Alkoholmissbrauch und Rauchen. Um dieser Bedrohung unserer Gesundheit entgegenzutreten, muss jede und jeder persönlich Verantwortung übernehmen. Und auch die Gesundheitspolitik muss in die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten und in die Gesundheitsförderung investieren. Wir dürfen dabei nicht vergessen, dass Faktoren wie Einkommen, Bildung, Umwelt usw. den Gesundheitszustand der Bevölkerung direkt beeinflussen.

Der Bundesrat möchte die Mittel zur Bekämpfung chronischer Krankheit schaffen, dies ist eines der Ziele der globalen Strategie «Gesundheit 2020». Die Stärkung und Entwicklung von Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sind dabei zwei Schlüssel zum Erfolg. Das Sprichwort «Vorbeugen ist besser als heilen» hat nichts von seiner Gültigkeit eingebüßt!



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

«Nicht nur die hochspezialisierte Medizin wird immer komplexer, sondern auch die Grundversorgung.»

Fünf Fragen an Prof. Dr. Thomas Rosemann

Rosemann. Der Direktor des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Zürich spricht über die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte bei der Vorbeugung und der Behandlung nichtübertragbarer Krankheiten, die Möglichkeiten neuer Versorgungsmodelle und die Lücken und Chancen bei der einschlägigen Forschung.

Herr Rosemann, wie beurteilen Sie die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte in der Prävention und der Behandlung der nichtübertragbaren Erkrankungen oder non-communicable diseases (NCD)?

Thomas Rosemann: Den Hausärztinnen und Hausärzten kommt hier eine ganz besondere Rolle zu: Sie sind in der Regel die erste Kontaktperson im Gesundheitssystem und sie kennen in den meisten Fällen ihre Patientinnen und Patienten über lange Zeiträume und dadurch auch ihr soziales Umfeld und ihre Lebensgewohnheiten. All dies sind Faktoren, die gerade für den Erfolg präventiver Massnahmen sehr wichtig sind.

Gibt es für Sie, als Forscher in diesem Bereich, neue Versorgungsmodelle, die Antworten geben auf chronische Krankheiten und Multimorbidität, und falls ja, welche?

Wir wissen, dass es insbesondere in der Versorgung chronisch Kranker in einigen Bereichen Defizite gibt. Im Wesentlichen beruht dies auf einem zu reaktiven Ansatz, das heisst, wir reagieren etwa auf Verschlechterungen des Gesundheitszustandes, anstatt sie mit allen Mitteln zu verhindern. Was es dazu braucht, ist eine kontinuierliche und proaktive Begleitung, um ein Voranschreiten der Erkrankung maximal zu verzögern. Der Fokus liegt somit stärker auf der Prävention von Komplikationen und einer Verschlechterung der Erkrankung. Es gibt verschiedene Möglichkei-



ten, diese proaktive Versorgung zu implementieren, eine Möglichkeit sind Disease-Management-Programme (DMP), wie in Deutschland eingeführt, oder qualitätsindikatorengestützte Ansätze wie im Rahmen des «Quality and Outcomes Framework (QoF)» in England. Der umfassendste Ansatz ist das «Chronic-Care-Modell» (CCM), das eine evidenzbasierte Vorlage für die Behandlung chronisch Kranker darstellt und dabei insbesondere auch den Teamansatz in der Versorgung betont. Dass CCM ist im Grunde nicht mehr als das Surrogat einer Vielzahl von Studien, in denen man unterschiedliche Ansätze zur Optimierung der Behandlung untersucht hat. Im CCM wurden die Elemente, die eine positive Wirkung zeigten, zusammengetragen.

In der Schweiz bestehen grosse Lücken in der Versorgungsforschung. Welche Art von Forschung müsste betrieben werden, um konkrete Antworten auf die Prävention und die Bekämpfung von NCDs zu erhalten? Gibt es Beispiele dafür?

In der Vergangenheit hat sich die Forschung auf die Grundlagen- und klinische

Forschung konzentriert. Die demografischen Veränderungen der Gesellschaft mit mehr chronisch Kranken und multimorbidem Kranken lassen sich aber nicht durch mehr und innovativere Diagnostik oder mehr oder bessere Medikamente allein lösen. Was es braucht, sind neue Ansätze in der gesamten Versorgungskette, idealerweise über mehrere Versorgungsebenen, also Hausarzt, ambulanten Spezialisten und Spital, hinweg. Neue Versorgungsansätze, seien es das CCM oder DMPs oder auch indikatorengestützte Programme, lassen sich mittels randomisierter Studien im realen Versorgungsalltag untersuchen. Die Methodik ist aufgrund zahlreicher Variablen und Confounder (Störfaktoren) oft schwieriger als in klinischen Studien, die Ergebnisse dafür aber in der Realität generiert und unmittelbarer als Vorlage für Anpassungen, etwa des Vergütungssystems, geeignet. Wir haben einige solcher Studien durchgeführt. Die untersuchten Krankheiten reichten dabei vom Diabetes über Asthma und Bluthochdruck bis hin zur feuchten Makuladegeneration des Auges. Was es brauchte, wären mehr finanzielle Mittel, daran mangelt es noch in der Schweiz. Aber die Politik hat das Bedürfnis erkannt, und ich bin optimistisch, dass sich die Rahmenbedingungen verbessern.

Sie sprechen auch die Bedeutung der Prävention zur Vorbeugung sowie zur Behandlung von NCDs an. Wie könnte eine Stärkung der Prävention in der Grundversorgung erreicht werden?

Versorgungsansätze wie das CCM betonen die Bedeutung der (Sekundär-)Prävention in der Behandlung. Eine chronische Erkrankung wie etwa der Diabetes ist ja kein «On/Off»-Phänomen, sondern ein Kontinuum von der (noch reversiblen) gestörten Glucosetoleranz bis hin zur manifesten Komplikation – wie etwa einer Amputation oder einem Herzinfarkt. Das Voranschreiten auf diesem Kontinuum muss durch proaktive res-

Welche Versorgungsforschung braucht die Schweiz?

Die Versorgungsforschung ist im Forschungskonzept Gesundheit 13–16 als Priorität gesetzt. Sie soll dazu beitragen, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit unseres Gesundheitssystems zu verbessern. Versorgungsforschung konzentriert sich auf die Versorgung der Bevölkerung in Spitäler, Arztpraxen und anderen Gesundheitseinrichtungen und schliesst dabei die Versorgung mit Präventions- und Früherkennungsleistungen (Krankheitsvorbeugung) mit ein.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit federführend unter Einbezug diverser Nutzergruppen (Bund, Kantone, Leistungserbringer, Versicherer, PatientInnen u.a.) bis Ende 2013 ein umfassendes Konzept Versorgungsforschung, das als Grundlage für ein künftiges nationales Forschungsprogramm dient. Das Konzept soll im Wesentlichen die Frage beantworten, welche Versorgungsforschung die Schweiz braucht. Die Hausarztmedizin/Medizinische Grundversorgung soll in einem Schwerpunkt Berücksichtigung finden.

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

Forschungskonzept Gesundheit 13–16: www.bag.admin.ch/forschung

pektive präventive Interventionen verzögert werden. Das Bewusstsein dafür wird durch Modelle wie das CCM gefördert, allein wird es aber nicht den bestmöglichen Effekt erzielen. Idealerweise werden diese Massnahmen strukturiert erfasst und incentiviert, damit lassen sich zweifelsfrei die besten Ergebnisse erzielen.

Die Patientinnen und Patienten der Zukunft sind besser informiert, erwarten andere Öffnungszeiten und andere Versorgungangebote, nutzen neue Medien zur Informationsbeschaffung und fordern entsprechend eine gleichberechtigte Arzt-Patienten-Beziehung. Was hat dies für Auswirkungen auf die Versorgung?

Ein gut informierter Patient ist eine ideale Voraussetzung für eine gemeinsame, evidenzbasierte Entscheidungsfindung. Das Problem ist manchmal, dass die im Internet verfügbaren Informationen nicht neutral und evidenzbasiert sind, daraus resultiert oft die Forderung nach Massnahmen, die nicht unbedingt sinnvoll sind oder sogar schaden können. Überdiagnostik und Übertherapie sind oft nicht weniger schädlich, als indizierte Interventionen zu unterlassen. Manchmal gilt also auch «less is more», dies erfordert aber ein umfassendes Wissen, um das Vorgehen begründen zu können, und einen intensiven Austausch mit dem Patienten. Das Gespräch wird zum zentralen Element in der Behandlung und sollte als dieses gewürdigt werden. Dabei muss nicht alles vom Arzt geleistet werden, ein interdisziplinärer und multiprofessioneller Ansatz ist wohl überlegen. Wer idealerweise welche Rolle übernimmt, muss sorgfältig untersucht werden. Klar ist aber: Nicht nur die hochspezialisierte Medizin wird immer anspruchsvoller und komplexer, sondern auch die Grundversorgung.

Wie zufrieden sind die Klientinnen und Klienten der Suchthilfe?

QuaTheSI. Im März 2012 wurde letztmals die KlientInnenzufriedenheit bei Institutionen der Suchthilfe erhoben – mit sehr guten Ergebnissen. Derzeit läuft die Erhebung für 2013. Wie läuft diese ab und wozu dient sie?

QuaTheSI steht für Quality Therapy Satisfaction Instrument. Es handelt sich um einen Fragebogen zur Messung der KlientInnenzufriedenheit in stationären und ambulanten Institutionen der Suchthilfe. Das QuaTheSI ist Teil des Projekts QuaTheDA (Qualität, Therapie, Drogen, Alkohol) des Bundesamts für Gesundheit (BAG).

Die Erhebungen werden vom Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) durchgeführt. Aktuell wird das QuaTheSI für stationäre Einrichtungen sowie für ambulante Institutionen der Suchtberatung, der heroingestützten Behandlung, der Substitutionsbehandlung, des begleiteten Wohnens und für niederschwellige Kontakt- und Anlaufstellen angeboten.

Die Datenerhebung findet jeweils im März statt. Dabei sollen die teilnehmenden Institutionen 50 bis 70 QuaTheSI-Fragebögen ausfüllen lassen. Der Fragebogen enthält 17 bis 22 Fragen, in denen die KlientInnen die Qualität verschiedenster Aspekte einer Suchthilfe-Institution beurteilen. Zum Beispiel die Beratung, die Bezugspersonen, die organisatorischen Abläufe, die Räumlichkeiten oder die Öffnungszeiten. Die KlientInnen haben zudem die Möglichkeit, den Institutionen anonym offene Rückmeldungen zu geben. Das ISGF wertet die Daten aus. Im Juli erhalten die teilnehmenden Institutionen einen vertrau-



lichen Bericht, in dem ihre Ergebnisse den Mittelwerten aller teilnehmenden Institutionen gegenübergestellt werden. Für QuaTheDA-zertifizierte Institutionen (oder solche auf dem Weg zur Zertifizierung) kostet die Teilnahme 5 Franken pro ausgefüllten Fragebogen, für nicht-zertifizierte Institutionen 28 Franken.

Standortbestimmung für Institutionen

QuaTheSI ermöglicht den Institutionen, ihr Angebot aus Sicht ihrer Klientel zu evaluieren und Verbesserungspotenziale zu identifizieren. Die Gegenüberstellung mit dem Mittelwert vergleichbarer Institutionen ermöglicht eine bessere Einordnung der Resultate. Institutionen, die wiederholt an QuaTheSI teilnehmen, können die Wirksamkeit ihrer Massnah-

men zur Qualitätsverbesserung auswerten.

2012: hohe Zufriedenheit

Bei der letzten Erhebung im März 2012 nahmen 64 Prozent der QuaTheDA-zertifizierten Institutionen aus der Suchtberatung, 87 Prozent aus der substitutions- und heroingestützten Behandlung, 55 Prozent der niederschwelligen Kontakt- und Anlaufstellen und 47 Prozent der Institutionen im Bereich begleitetes Wohnen teil. Die Resultate zeigen, dass die Klientel mit dem Angebot ihrer behandelnden Institutionen generell sehr zufrieden ist. Besonders die Aussagen «Ich werde mit meinen Problemen und Wünschen von den Mitarbeitenden ernstgenommen, verstanden und respektvoll behandelt» sowie «Ich würde

einer Freundin/einem Freund, die/der ähnliche Hilfe benötigt, diese Einrichtung empfehlen» erhielten eine sehr hohe Zustimmung (rund 90 Prozent). Fragen zum Einbezug von Gender- und Migrationsaspekten in der Beratung und Behandlung erhielten etwas weniger Zustimmung (rund 75 Prozent). Diese Aspekte könnten daher von den Institutionen in Zukunft verstärkt in der Behandlung und Beratung berücksichtigt werden.

Link: www.quatheda.ch

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

Krebserkrankungen sollen einheitlich erfasst werden

Nationales Krebsregister. Der Bundesrat will die Datenlage über Krebserkrankungen in der Schweiz verbessern. Dazu sollen die Daten künftig schweizweit einheitlich erfasst und registriert werden. Eine entsprechende Gesetzesvorlage ist noch bis zum 22. März 2013 in der Vernehmlassung.

In der Schweiz erkranken jährlich mehr als 37'000 Menschen an Krebs, über 16'000 sterben daran. Wie kann diese Zahl gesenkt werden? Reduziert beispielsweise ein Früherkennungsprogramm für Brustkrebs die Sterblichkeit? Welche Auswirkungen haben unterschiedliche Versorgungsstrukturen auf die Überlebenszeit? Solche Fragen könnten mit einer schweizweit einheitlichen Krebsregistrierung fundiert beantwortet werden. Ein solches «Krebsregister» würde dazu beitragen, sowohl die Krebsprävention als auch die Versorgung für Krebspatientinnen und -patienten weiter zu verbessern.

Aufbau auf bestehenden Strukturen

Für ein nationales Krebsregister besteht bereits ein starkes Fundament: Schon heute erfassen 14 kantonale oder regionale Krebsregister sowie das Schweizer Kinderkrebsregister die Krebserkrankungen von rund 80 Prozent der Bevölkerung. Der Vorschlag des Bundesrates für eine landesweite einheitliche Registrierung baut auf diesem System auf. Die in den einzelnen Krebsregistern erfassten Daten sollen verschlüsselt an die nationale Krebsregistrierungsstelle weitergeleitet und dort zusammengeführt, ausgewertet und publiziert werden. Dazu soll die Datenerfassung in den Kantonen künftig unter denselben rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen erfolgen. Mit den im Gesetzesvorentwurf enthaltenen Vorgaben zu Umfang, Art und Qualität der erfassten Daten wird zudem die Qualität der registrierten Daten weiter erhöht, was eine gesamtschweizerische Auswertung erleichtert. Auf Anfrage wer-

den die Daten in anonymisierter Form auch Forschenden und Verwaltungsstellen von Bund und Kantonen zugänglich sein. Erfasst werden soll von jeder Krebserkrankung ein bestimmter Mindestdatensatz, etwa der Zeitpunkt der Diagnosestellung, die genaue Diagnose oder der Behandlungsbeginn.

Widerspruchsrecht für Patienten

Patientinnen und Patienten haben gemäss dem Gesetzesentwurf das Recht, der Übermittlung ihrer Daten an das kantonale Krebsregister zu widersprechen. Machen diese von ihrem Recht keinen Gebrauch, sind die in die Diagnose und Behandlung einbezogenen Gesundheitsfachpersonen und Institutionen verpflichtet, die Daten an das kantonale Krebsregister zu übermitteln. Der Gesetzesvorentwurf sieht vor, dass für ausgewählte Krebserkrankungen weitergehende Zusatzdaten erhoben werden können. Dazu gehören zum Beispiel Daten zum Krankheits- oder Behandlungsverlauf, zu Früherkennungs-

massnahmen oder zur Lebensqualität. Diese Daten dürfen nur mit Einwilligung der betroffenen Person ans Krebsregister übermittelt werden.

Link: www.bag.admin.ch > Themen > Gesundheitspolitik > Krebsregistrierungsgesetz

Kontakt: Simone Bader,
Sektion Innovationsprojekte,
simone.bader@bag.admin.ch

«Ich bin überzeugt, dass der Bund eine stärkere Führungsrolle übernehmen sollte»

Interview mit Silvia Schenker. Wir fragten die Präsidentin der GELIKO Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz nach den Aufgaben und der Finanzierung der Schweizer Gesundheitsligen. Die Nationalräerin (SP, Basel-Stadt) äusserte sich auch zum Scheitern des Präventionsgesetzes, zur Rollenteilung zwischen Bund, Kantonen und NGOs und zu den politischen Widerständen gegen die staatliche Förderung der Chancengleichheit und Gesundheitsförderung.

spectra: Was ist die GELIKO?

Silvia Schenker: Die GELIKO ist die Dachorganisation der Gesundheitsligen. Ich kann nicht sagen aller Gesundheitsligen, denn es sind nicht alle dabei. Zu uns gehören die grossen Ligen wie die Krebsliga, die Lungenliga, die Rheumaliga, die Diabetesgesellschaft oder die Herzstiftung, aber auch kleinere wie die Zeckenliga oder die IG Zöliakie. Wir sind offen für alle Organisationen, die sich für die Bekämpfung chronischer Krankheiten oder deren negativer Folgen einsetzen. Es ist sinnvoll, wenn diese Organisationen sich zusammen und gemeinsam aktiv werden. Unser Hauptziel ist, Menschen mit einer chronischen Krankheit zu unterstützen.

In welchen Bereichen sind Sie aktiv?

Eines der Schwerpunktthemen der letzten Jahre war die Lobbyarbeit für das Präventionsgesetz. Einerseits haben wir innerhalb der GELIKO viel Arbeit gemacht, andererseits haben wir mit Public Health Schweiz die Allianz Gesunde Schweiz gegründet, um mit mehr als 50 nationalen Organisationen eine noch breitere Trägerschaft für dieses Gesetz zu bilden. Weiter kümmern wir uns um die Finanzierung der Gesundheitsligen. Einige Ligen erhalten für ihre Beratungsleistung und Schulungen zum Beispiel Geld von der Invalidenversicherung (IV). Wir unterstützen sie dabei, dass sie für ihre Leistungen im öffentlichen

chen Interesse angemessen entschädigt werden. Im Weiteren nehmen wir die verschiedenen Anliegen der Ligen und der durch sie vertretenen Menschen auf und versuchen, eine gemeinsame Strategie zu entwickeln.

Welchen Stellenwert hat die Prävention bei der GELIKO?

Der Schwerpunkt der Ligen liegt bei der Unterstützung von Menschen, die bereits erkrankt sind. Die Primärprävention ist also nicht die Hauptaktivität von Gesundheitsligen. Wer sich aber mit chronischen Krankheiten auseinandersetzt, beschäftigt sich fast zwangsläufig auch mit der Vorsorge. Die Lungenliga hat sich beispielsweise sehr für den Passivrauchschutz stark gemacht. Natürlich machen alle Ligen auch Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit. Ihr Kerngeschäft bleibt aber trotzdem der Umgang mit der Krankheit.

Was sind die Ziele der GELIKO für die nächsten Jahre?

Nach dem Aus für das Präventionsgesetz müssen wir unsere Strategie neu definieren. Wir haben sehr gehofft, dass dieses Gesetz durchkommt, obwohl damit nicht alle unsere Anliegen abgedeckt gewesen wären. Die Frage der Finanzierung wäre zum Beispiel nicht abschliessend geklärt worden. Aber wir haben uns mit dem Gesetz eine effizientere Arbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention erhofft und damit gleichzeitig eine Stärkung und bessere Anerkennung der Ligen. Nun müssen

«Ich sehe in der Patientenbildung ein grosses Potenzial, nicht nur für die Betroffenen, sondern auch im Bezug auf Einsparungen von Gesundheitskosten.»

wir uns neue Ziele setzen. Derzeit steht bei uns die Finanzierung durch die IV im Vordergrund, was eigentlich nur ein Teil der Lösung ist, weil dadurch nur Beiträge für Menschen mit Behinderungen im Sinne der IV-Gesetzgebung möglich sind. Zudem versteht sich die IV je länger, je mehr als Eingliederungsversicherung und versucht, die Menschen möglichst davon abzuhalten, Leistungen zu beziehen. Die Finanzierung der Ligen wird immer schwieriger. Ohne öffentliche Unterstützung geht es nicht, die Spendengelder reichen dazu nicht aus. Meiner Meinung nach ist das eine staatliche Aufgabe, denn die Ligen leisten wertvolle Arbeit, zum Beispiel die Beratung von chronisch Kranken. Das würde sonst niemand machen, weil das Gesundheitssystem schon so stark ausgelastet ist und Beratungsleistungen für chronisch Kranke kein einträgliches Geschäft sind. Unsere zentrale Aufgabe ist es derzeit also, im Rahmen der gelungenen Gesetze zu schauen, wie die Arbeit der Ligen weitergeführt werden kann, und darauf hinzuwirken, dass allfällige

bestehende Lücken in der Gesetzgebung Schritt für Schritt behoben werden.

Stehen Sie in Konkurrenz zu den Patientenorganisationen?

Patientenanliegen sind bei den Ligen gut aufgehoben, die Ligen sind aber keine reinen Patientenorganisationen. Ich persönlich sehe keine Konkurrenz. Ich denke auch, die Ligen sehen die Patientenorganisationen nicht als Konkurrenz. Ich weiss aber nicht, ob es umgekehrt auch so ist.

Welches politische Gewicht hat die GELIKO?

Die Bedeutung und Anerkennung der GELIKO hat deutlich zugenommen. Vor ein paar Jahren wusste niemand, wer die GELIKO ist. Heute werden wir von Bundesämtern und anderen Akteuren beigezogen, wenn es darum geht, bei gewissen Themen mitzuarbeiten, zum Beispiel bei E-Health. Wir werden auch bei Vernehmlassungen berücksichtigt und haben direkte Kontakte mit dem Bundesamt für Gesundheit und dem Bundesamt für Sozialversicherungen – oft als GELIKO, zum Teil auch über einzelne Ligen. Aber wir versuchen, gemeinsame Anliegen auch gemeinsam zu vertreten. In Fachkreisen sind wir inzwischen ziemlich bekannt, in der Öffentlichkeit wohl eher weniger. Ich habe auch das Glück gehabt, in den parlamentarischen Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit Einsatz nehmen zu können und die Anliegen der Menschen mit chronischen Krankheiten vertreten zu können. Umgekehrt konnte ich die GELIKO über Entwicklungen informieren, die die Anliegen der GELIKO tangieren. Das ist eine sehr gute Ausgangslage, um das politische Gewicht der GELIKO zu stärken.

In internationalen Debatten spricht man zunehmend über Themen wie Patienten-Empowerment und Patientenbildung. Wie sieht dies in der Schweiz aus?

Die Schweiz ist diesbezüglich noch weit im Rückstand, soweit ich das beurteilen kann. Ich weiss zum Beispiel von der Lungenliga und der Rheumaliga, dass sie schon einiges in dieser Richtung machen, aber man kann und sollte noch mehr tun, davon bin ich überzeugt. Ich zweifle jedoch noch an der politischen Akzeptanz für solche Aktivitäten, wenn ich daran denke, was mit dem Präventionsgesetz passiert ist. Aber ich sehe in der Patientenbildung ein grosses Potenzial, nicht nur für die Betroffenen, sondern auch im Bezug auf Einsparungen von Gesundheitskosten. In meiner Wahrnehmung sind die Patientenorganisationen aber noch stark zersplittet. Es gibt viele Einzelkämpfer und noch keine starke Lobby.

Man weiss, dass man mit Angeboten wie dem Patienten-Empowerment vor allem jene Menschen erreicht, denen es ohnehin schon relativ gut geht.

Jene, die solche Angebote am nötigsten hätten, also die bildungsferne Schicht, verpasst man, weil diese womöglich noch nicht einmal den Begriff verstehen. Wie kann man dieses Problem lösen?

Bei der Beratung über das Präventionsgesetz hat sich gezeigt, dass es politische Kreise gibt, die an der Chancengleichheit beim Zugang zu solchen Angeboten nichts ändern wollen, weil das nicht Aufgabe des Staates sei. Das hat mich sehr wütend gemacht. Wenn es eine staatliche Aufgabe gibt, dann

«Es gibt politische Kreise, die an der Chancengleichheit nichts ändern wollen, weil das nicht Aufgabe des Staates sei. Das macht mich sehr wütend. Wenn es eine staatliche Aufgabe gibt, dann das Streben nach Chancengleichheit!»

das Streben nach Chancengleichheit! Es braucht noch mehr Forschung, um herauszufinden, wie und wo man seine Zielgruppe wirklich erreicht. Aber in erster Linie braucht es den politischen Willen, das zu tun. Ich zweifle, dass dieser mehrheitlich vorhanden ist.

Das Bundesamt für Sozialversicherungen verfolgt derzeit eine Armutstrategie. Darin wird aber das Thema der kranken Armen nicht behandelt. Offensichtlich kommt die Zusammenarbeit unter den Ämtern nicht in Gang. Können Sie sich erklären, warum es in der Schweiz so schwierig ist, eine multisektorale Politik zu betreiben?

Schwierige Frage. In der Politik ist der Blickwinkel leider oft sehr eng, die Gesamtschau wird leider nicht gefördert. Das ist offensichtlich auch bei Ämtern innerhalb eines Departements so. Um zu beantworten, warum das so ist, müssten wir wahrscheinlich sehr philosophisch werden. Die Politik ist darauf ausgerichtet, möglichst schnell Lösungen zu präsentieren, auch wenn diese manchmal nur kurzfristig wirksam bleiben. Diesen Rhythmus zu unterbrechen, ist sehr schwierig, gerade, wenn noch Machtkämpfe hineinspielen. Der Impuls müsste von der Verwaltung kommen. Ich denke nicht, dass die Politik das von sich aus schafft.

Neue Medien und Technologien eröffnen neue Wege, Prävention zu betreiben. Wo sehen Sie diesbezüglich Potenzial für die Gesundheitsligen? Gibt es bereits Beispiele für solche Projekte?

Konkrete Projekte kann ich Ihnen keine nennen. Aber die GELIKO ist offen für diese Themen. Ich habe schon früh je-

Unsere Gesprächspartnerin

Silvia Schenker (Jahrgang 1954) ist seit 2003 SP-Nationalrätin für den Kanton Basel-Stadt. Sie gehört der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) und der Staatspolitischen Kommission (SPK) an und ist seit 2006 Präsidentin der GELIKO Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz. Von 2006 bis 2008 war sie Vizepräsidentin der SP Schweiz.

Silvia Schenker ist gelernte kaufmännische Angestellte und seit 1995 diplomierte Sozialarbeiterin. Als solche hat sie am Felix-Platter-Spital Basel und an der Universitären Psychiatrischen Klinik Basel gearbeitet. Seit 2011 ist sie Sozialarbeiterin bei der Vormundschaftsbehörde Basel-Stadt. Silvia Schenker wohnt in Basel, ist geschieden und hat drei Kinder.



In der Schweiz liegt die Gesundheitshoheit bei den Kantonen. Wie müsste die Zusammenarbeit zwischen Bund, Kantonen und Ligen aussehen, um eine optimale Prävention und Behandlung von Menschen mit chronischen Erkrankungen zu gewährleisten?

manden in unsere Mitgliederversammlung eingeladen, der für das Projekt E-Health arbeitete. Ich glaube, es gibt in der Bevölkerung ein gewisses Grundmisstrauen gegenüber neuen Technologien, und die Ligen könnten eine wichtige Rolle spielen, wenn es darum geht, bei den Patienten Akzeptanz für diese Technologien zu schaffen, denn die Ligen geniessen eine hohe Glaubwürdigkeit bei den Patientinnen und Patienten.

Sie sind unter anderem Co-Präsidentin der parlamentarischen Gruppe Pfadfinder. Welche Rolle können Jugendorganisationen wie die Pfadi in der Prävention spielen?

Die Pfadi ist wie alle Jugendorganisationen natürlich prädestiniert, Prävention zu machen, weil sie so nahe an den Kindern und Jugendlichen dran ist. Ich habe den Vorstand der Pfadibewegung Schweiz auch dazu ermutigt, sich in diese Diskussion aktiv einzubringen, weil sie eine wichtige Rolle in der Prävention einnehmen könnten.

barkanton näher als das im Heimatkanton, um nur ein Beispiel zu nennen.

Wie erklären Sie sich das Scheitern des Präventionsgesetzes?

Ich bin nach wie vor der Meinung, dass jemand, der sich wirklich eingehend mit dem Gesetz auseinandergesetzt hat, eigentlich gar nicht dagegen sein kann. Es war ein reines Organisationsgesetz, nicht mehr. Es wurde unglaublich viel in diese Gesetzesvorlage hineinprojiziert. Es wurden Szenarien von staatlicher Bevormundung und Beschränkung der persönlichen Freiheit ausgemalt. Diese Szenarien entbehrten jeder Grundlage, aber sie wurden immer und immer wieder heraufbeschworen, sodass der eigentliche Inhalt in der Diskussion einen immer kleineren Raum einnahm. Wahrscheinlich hatten viele Wirtschaftszweige Sorge um ihre Absätze. Zudem lag die Debatte um den Passivrauchschutz zeitlich ziemlich ungünstig, nämlich kurz vor der Verabschiedung des Präventionsgesetzes. Der Abstimmungskampf zum Passivrauchen hat diese Befürchtungen natürlich noch geschürt.

Ist Prävention das Schreckgespenst des Neoliberalismus?

Es ist für jene Menschen ein Schreckgespenst, die ein sehr eingeschränktes Bild von Prävention haben. Für sie widerspricht Prävention dem Gedanken der Freiheit und der Eigenverantwortung. Sie sehen aber nicht, dass nicht alle dieselben Chancen und Voraussetzungen haben, diese Eigenverantwortung wahrzunehmen. Darüber kann man mit ihnen gar nicht diskutieren.

Wenn man Chancengleichheit anstrebt, geht es letztlich um Umverteilung von Möglichkeiten. Stossen Anliegen wie das Präventionsgesetz vielleicht deshalb auf Widerstand?

Ich denke nicht, dass wir es hier mit Umverteilung zu tun haben. Wenn wir dafür sorgen, jemandem mehr Wissen zukommen zu lassen, heisst das ja nicht, dass wir jemand anderem etwas wegnehmen. Es tut also niemandem weh! Darum verstehe ich diesen Widerstand gegen die Stärkung der sozial Schwächeren nicht. Auch wenn ich mich stets ernsthaft bemühe, die Meinung meiner politischen Gegner zu verstehen: Das kann ich beim besten Willen nicht nachvollziehen.

Derzeit scheint der Tenor der Schweizer Gesundheitspolitik zu lauten: «Heilen ist besser als vorbeugen». Steckt hinter dieser Haltung die Angst der Gesundheitsindustrie, dass ihr ihre Prünke davonschwimmen?

Ja, vielleicht war dies einer der tiefer liegenden Gründe für das Scheitern des Präventionsgesetzes. Ich denke, wenn es irgendwo um Fragen der Umverteilung geht, dann wohl in der Gesundheitsindustrie. Es gibt Zweige, die um ihre Geschäftsfelder fürchten, wenn das

Vorbeugen wichtiger wird als das Heilen.

Gibt es noch Hoffnung für ein Präventionsgesetz?

Für die nächsten Jahre sehe ich keine Hoffnung, etwas Ähnliches wieder aufzubauen. Das war ja schon der zweite Versuch. Wenn, dann müsste der Impuls

«Es gibt Zweige der Gesundheitsindustrie, die um ihre Geschäftsfelder fürchten, wenn das Vorbeugen wichtiger wird als das Heilen.»

wohl von den Kantonen kommen, die dieses Mal schon sehr viel stärker zugestimmt haben als beim ersten Versuch. Sie müssten fordern, dass der Bund aktiv werden soll. Dann gäbe es vielleicht Hoffnung.

Dann hat die Plattform «Dialog nationale Gesundheitspolitik» zwischen Bund und Kantonen eine wichtige Aufgabe?

Ja, klar. Bei unserer Struktur, in der die Kantone die Hoheit haben, ist dieser Dialog extrem wichtig.

Nochmals zur finanziellen Sicherung der Gesundheitsligen: Das Krankenversicherungssystem ist an der Grenze seiner Belastung, es kann da also kaum Hilfe bieten. Sehen Sie die Möglichkeit, dass die Kantone Ihnen Unterstützung bieten, oder geht es gesetzlich eher Richtung Patienten-Empowerment?

Ich bin, wie gesagt, der Meinung, dass der Bund mehr Verantwortung übernehmen muss. Deshalb wäre ich auch hier für eine nationale Lösung. Für mich sollten die nichtübertragbaren Krankheiten genau gleich behandelt werden wie die übertragbaren, das ist aber nicht der Fall. Für mich wäre das Präventionsgesetz dasselbe gewesen wie das Epidemigesetz, einfach in Bezug auf die nichtübertragbaren Krankheiten. Das Epidemigesetz stellt niemand grundsätzlich in Frage, und dort werden genau die Dinge geklärt, die für die nichtübertragbaren auch geklärt werden sollten: Zuständigkeiten, Verteilung der Rollen und so weiter. Dieselben Leute, die dem Epidemigesetz zustimmen, lehnen das Präventionsgesetz ab.

Aber beim Epidemigesetz geht es ja um den Schutz Dritter.

Ja, aber es geht letztlich um dieselben Themen wie beim Präventionsgesetz. Für mich gehören sowohl die übertragbaren als auch die nichtübertragbaren Krankheiten in die Verantwortung des Bundes – und damit ein Stück weit auch die Finanzierung ihrer Bekämpfung.

Wenig Bewegung in der Schweizer Ernährungssituation

6. Schweizerischer Ernährungsbericht. Herr und Frau Schweizer essen nach wie vor zu viel Süßes und Salziges und zu wenig Früchte und Gemüse – dies, obwohl sie die wichtigsten Ernährungsempfehlungen kennen. Ein zu hohes Körpergewicht ist noch immer eines der grössten Gesundheitsprobleme der Schweiz. Die Datenlage zur Schweizer Ernährungssituation ist weiterhin unzureichend. Dies sind einige der Ergebnisse des 6. Schweizerischen Ernährungsberichts, den Bundesrat Alain Berset, Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern, zusammen mit der Schweizer Ernährungsstrategie 2013–2016 am 22. Januar 2013 der Öffentlichkeit vorgestellt hat.

Die Schweizerischen Ernährungsberichte (SEB) des Bundesamts für Gesundheit (BAG) erscheinen im 7-Jahresrhythmus und beschreiben die Ernährungssituation in der Schweiz. Der aktuelle Bericht enthält die Kapitel «Aktuelle Ernährungsempfehlungen», «Ernährungssituation in der Schweiz», «Ernährung und Gesundheit» sowie «Ernährungsmassnahmen zur Förderung der Gesundheit». War der letzte SEB (aus dem Jahr 2005) 1000 Seiten stark, umfasst der aktuelle SEB noch 300 Seiten. Die wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse lauten wie folgt:

1. Übergewicht: Stabilisierung auf hohem Niveau?
Es gibt erstmals Hinweise darauf, dass die Häufigkeit von Übergewicht und

Adipositas nicht gleich stark zunimmt wie in der Vergangenheit; dies gilt sowohl für Kinder als auch für Erwachsene. Adipositas und Übergewicht sind aber nach wie vor stark verbreitet und verursachen hohe direkte und indirekte Gesundheitskosten von jährlich ca. 5,8 Milliarden Franken (Zahlen von 2006).

2. Herz-Kreislauf-Krankheiten: Adipöse stark betroffen

Herz-Kreislauf-Krankheiten sind die häufigste Todesursache in der Schweiz. 9 bis 14 Prozent aller Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Krankheiten sind auf Adipositas zurückzuführen. Adipöse haben ein etwa doppelt so hohes Risiko, an einer Herz-Kreislauf-Krankheit zu sterben, wie Normalgewichtige.

3. Gesunde Ernährung vermindert Krebsrisiko

Krebs ist die zweithäufigste Todesursache in der Schweiz. Tabakkonsum ist einer der wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren für Krebs. Auch verschiedene Ernährungsfaktoren beeinflussen das Krebsrisiko. Eine Ernährung mit viel pflanzlichen Produkten, aber wenig rotem Fleisch und Alkohol kann das Risiko, an gewissen Krebsformen zu erkranken, vermindern.

4. Ernährungsempfehlungen:

Quantität und Qualität sind wichtig
Neben Mengenempfehlungen (z.B. 5 Portionen Früchte und Gemüse pro Tag) sind auch qualitative Ernährungsempfehlungen wichtig. Bei den Fetten und Ölen wird heute empfohlen, nicht nur

auf die konsumierte Menge zu achten, sondern auch auf die Art des Fettes/Öls, und zum Beispiel vermehrt Raps- und Olivenöl zu konsumieren.

5. Positiver Trend beim Fettkonsum

Die qualitativen Empfehlungen bezüglich des Fettkonsums wurden in den letzten Jahren in der Schweiz zunehmend besser eingehalten. Der Verbrauch an pflanzlichen Fetten (zum Beispiel Raps- und Olivenöl) ist in den letzten 20 Jahren gestiegen und derjenige an tierischen Fetten (zum Beispiel Butter, Schweineschmalz) gesunken. Auch der Verbrauch an Fisch hat über die letzten 30 Jahre um knapp 50 Prozent zugenommen – und damit die Zufuhr an günstigen Fettsäuren.

6. Zu wenig Gemüse, Früchte und Milchprodukte

Die Empfehlungen in Bezug auf Gemüse, Früchte, Milch und Milchprodukte werden weniger eingehalten: 91 Prozent der Männer und 83 Prozent der Frauen nehmen weniger als dreimal täglich Gemüse zu sich. Das Motto «5-mal am Tag Früchte und Gemüse» setzen nur 21 Prozent der Männer und 38 Prozent der Frauen um. 90 Prozent der Schweizer Bevölkerung nehmen weniger als drei Portionen Milch oder Milchprodukte zu sich.

7. Zu viel Salz

Die durchschnittliche Salzzufuhr liegt weiterhin bei 11 Gramm (Männer) beziehungsweise 8 Gramm (Frauen) pro Person und Tag. Die Schweizer Salzstrategie zielt darauf ab, den Salzkonsum

um 16 Prozent auf unter 8 Gramm und langfristig auf die von der WHO empfohlenen 5 Gramm zu senken.

8. Geringes Ernährungsbewusstsein
Knapp 30 Prozent der Schweizer Bevölkerung achten bei ihrer Ernährung laut Eigenaussage auf nichts Bestimmtes. Weiter wird der Ernährung in Bezug auf das Vorbeugen von Krankheiten beziehungsweise das Erhalten der Gesundheit nur wenig Bedeutung beigemessen.

9. Verschiedene Nährstoffmängel
Verschiedene Studien deuten darauf hin, dass die Versorgung spezifischer Bevölkerungsgruppen mit folgenden Nährstoffen nicht immer ausreichend ist: Jod, Eisen und Folsäure (Frauen im gebärfähigen Alter) sowie Vitamin D (ältere Menschen und Säuglinge).

10. Zielgruppenspezifische Interventionen

Männer, junge Menschen und sozio-ökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen haben ein unterdurchschnittliches Ernährungsbewusstsein und -wissen und sind demnach am stärksten gefährdet, an einer ernährungsabhängigen Krankheit zu erkranken. Sie sollten im Fokus zukünftiger Ernährungsinterventionen stehen. Dabei ist ein gutes Verständnis der Zielgruppe, ihres Lebensstils und Ernährungsverhaltens die wichtigste Voraussetzung für erfolgreiche Interventionen bei den Betroffenen.

11. Lebensmittelkennzeichnung nicht optimal

Für viele Konsumenten ist die aktuelle

Glaubwürdigkeit und Vertrauen als Erfolgsfaktoren

actionsanté. Die Konsumenteninformation stand bei der 4. Jahrestagung von actionsanté am 13. November 2012 in Bern im Zentrum. «Viele Konsumentinnen und Konsumenten wünschen sich Entscheidungshilfen bei der gesunden Wahl von Lebensmitteln», betonte Andrea Arz de Falco, Vizedirektorin des Bundesamts für Gesundheit. Fachleute aus dem In- und Ausland diskutierten in Bern Erfahrungen und Lösungsvorschläge.

Viel Lob für das Engagement der Schweiz zugunsten einer gesunden Ernährung überbrachte João Breda, Regionalbeauftragter in Europa für Ernährung, körperliche Aktivität und Adipositas der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die Schweiz sei mit ihren Anstrengungen in diesem Bereich ein Musterbeispiel und somit führend in Europa. «Die Bekämpfung von ernährungsbedingten und nichtübertragbaren Krankheiten zählt heute zu den grössten und schwierigsten Herausforderungen für die internationale öffentliche

gesundheit», schilderte João Breda. Die WHO setze sich unter anderem für eine Förderung des gesunden Konsums durch Fiskal- und Marktpolitik, eine Eliminierung von Transfetten in Nahrungsmitteln, eine Salzreduktion und die Förderung aktiver Mobilität ein.

Gesunde Lebensmittelwahl

Wie wichtig eine einheitliche Information und Kennzeichnung für eine gesunde Ernährung sind, zeigte Esther Infanger, Projektleiterin der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung (SGE), in ihrem Referat auf. Denn jeder Konsument hat offenbar Schwierigkeiten, ernährungsbezogene Informationen auf Verpackungen zu verstehen; und jeder fünfte bekundet laut der SGE Mühe, zu beurteilen, was eine gesunde oder ungesunde Ernährung ist. «Schweizer Konsumenten achten beim Einkauf vor allem auf die Haltbarkeit, den Geschmack, die Frische und die Gesundheit», berichtete Esther Infanger. Ernährungsinformationen und Angaben zu den Nährwerten hingegen würden weniger beachtet, woraus sich die Frage ergibt, wie die Konsumenten den gesundheitli-

chen Wert von Lebensmitteln beurteilen. «Wir stellen in der Schweiz eine mangelnde Ernährungskompetenz fest», kam die Referentin zum Schluss und forderte von allen Stakeholdern die Vermittlung von denselben Botschaften und Empfehlungen. Das Vertrauen in eine Botschaft sowie der effektive Nutzen der Information sind für Alexandre Voirin, Leiter der Forschungsabteilung Food Consumer Interaction von Nestlé, entscheidend, damit Konsumenten die Kommunikation rund um ein Produkt überhaupt berücksichtigen.

Konsumenteninformation: Umfeld für gesunde Entscheidungen schaffen

«Der Kunde soll verantwortungsbewusst und eigenständig Entscheidungen beim Einkauf von Lebensmitteln treffen können», forderte Mathieu Fleury, Generalsekretär der Fédération romande des consommateurs (FRC), und wies darauf hin, dass gerade bei der Information auf den Produkten zu den Nährwerten noch Verbesserungspotenzial bestehe. «Die Industrie und der Handel haben nach Auffassung der Allianz der

Konsumentenschutz-Organisationen die Verantwortung mitzutragen, damit ein Umfeld geschaffen werden kann, das gesunde Entscheidungen begünstigt», so Mathieu Fleury. Ende 2011 untersuchten die FRC und ihre Allianzpartner in der gross angelegten Studie KIWI 2 die an Kinder und Jugendliche gerichtete Werbung im Schweizer Fernsehen. Resultat: Mehr als die Hälfte der Spots warb für Fast Food, gefolgt von Snacks und Süßigkeiten. McDonald's, ab 2013 ebenfalls Mitglied des Swiss Pledge, war laut Mathieu Fleury für die Hälfte der Werbebeiträge verantwortlich.

Gezielt und glaubwürdig

Am runden Tisch wurde unter der Leitung von Iwan Rickenbacher die Frage diskutiert, wie Konsumenten in Zukunft besser informiert werden können. Mathieu Fleury sprach sich dabei nicht für mehr, sondern für gezielte und glaubwürdige Informationen aus. Dass zu vielen und teilweise widersprüchliche Informationen die Konsumenten auch müde und resigniert werden lassen, gab Esther Infanger zu bedenken. Je nach Kultur und Herkunft müsse die Information an-

Lebensmittelkennzeichnung zu unübersichtlich und schlecht verständlich. Ein Grund dafür sind die unterschiedlichen Kennzeichnungssysteme, die in der Schweiz parallel verwendet werden. Eine einheitliche und verständliche Nährwertkennzeichnung kann zur Orientierung im Lebensmittelangebot und zur gesunden Wahl beitragen. Gerade Menschen mit geringen Ernährungskompetenzen könnten wesentlich davon profitieren.

12. Datenlage: unzureichend und lückenhaft

Die Datenlage im Bereich der Ernährung und Gesundheit ist in der Schweiz immer noch unzureichend. Es lassen sich weder Aussagen zum individuellen Lebensmittelverzehr noch zum Versorgungsgrad einzelner Bevölkerungsgruppen mit bestimmten Nährstoffen ableiten. Auch verfügt die Schweiz zum Beispiel weder über repräsentative Zahlen zur Häufigkeit von ernährungsabhängigen Krankheiten noch zum Übergewicht bei Kindern.

Basis für nationale Strategien

Der 6. SEB bildet die Grundlage für die Schweizer Ernährungsstrategie 2013–2016 (früher Ernährungspolicy), die gleichzeitig mit dem 6. SEB veröffentlicht wird. Die sechs Handlungsfelder der Schweizer Ernährungsstrategie legen die Prioritäten und Ziele im Ernährungsbereich fest und bilden für die verschiedenen Akteure eine Grundlage für die Erarbeitung von Aktionsplänen und Massnahmen im Ernährungsbereich. Der 6. SEB beziehungsweise die Schweizer Ernährungsstrategie wirken sich

auch auf die Prioritätensetzung im Nationalen Programm Ernährung und Bewegung (NPEB) des BAG aus. Das BAG wird im Rahmen des NPEB vor allem Massnahmen auf der Verhältnisebene planen und umsetzen. Die Initiative actionsanté, die Verbesserung der Lebensmittelzusammensetzung und der Ausbau der Datenlage werden weiter verfolgt. Die Massnahmen des BAG werden, wenn immer möglich, auf freiwilliger Basis und in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Interessengruppen aus Wirtschaft, Bildung usw. umgesetzt.

Wo gibt es Handlungsbedarf?

Aus Sicht der Autorinnen und Autoren des 6. SEB sind die vordringlichen Ziele zur Verbesserung der Ernährungssituation in der Schweiz die Verbesserung der Datenlage, die Überprüfung der Lebensmittelrezepte, ein optimiertes Angebot in der Ausser-Haus-Verpflegung, eine verbesserte Lebensmittelkennzeichnung sowie die Stärkung der Gesundheits- und Ernährungskompetenzen. Dies erfordert die Zusammenarbeit diverser Akteure aus den Bereichen Ernährung, Gesundheit, Wirtschaft, Bildung und Landwirtschaft. Auf politischer Ebene ist vermehrt der multisektorale Ansatz zu verfolgen, damit Gesundheitsförderung und Prävention in allen Politikbereichen berücksichtigt werden.

Kontakt: Andrea Renggli,
Sektion Ernährungs-
und Toxikologische Risiken,
andrea.renggli@bag.admin.ch



Publikationen

6. Schweizerischer Ernährungsbericht

(Gesamtbericht)

314 Seiten, gedruckte Ausgabe
erhältlich in Deutsch, Französisch und Italienisch unter
www.bundespublikationen.admin.ch
und www.sge-ssn.ch/shop.
Preis: CHF 25.– zzgl. Versandkosten

Schweizer Ernährungsstrategie 2013–2016 – basierend auf den wichtigsten Erkenntnissen aus dem 6. Schweizerischen Ernährungsbericht (Broschüre)

20 Seiten, gedruckte Ausgabe kostenlos erhältlich in Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch (nur als PDF) unter www.bundespublikationen.admin.ch (solange Vorrat)

6. Schweizerischer Ernährungsbericht (Werbeflyer)

6 Seiten, gedruckte Ausgabe kostenlos erhältlich in Deutsch, Französisch und Italienisch unter www.bundespublikationen.admin.ch

Gratis-Download aller Publikationen unter www.ernahrungsbericht.ch

Evaluation des 6. SEB: Ihre Meinung ist gefragt!

Der 6. Schweizerische Ernährungsbericht, die Broschüre «Schweizer Ernährungsstrategie 2013–2016» sowie der Werbeflyer werden im Frühling 2013 evaluiert. Unterstützen Sie uns dabei, das Konzept des nächsten Schweizerischen Ernährungsberichts weiter zu verbessern und die Berichte Ihren Bedürfnissen anzupassen. Auf der BAG-Website (> Themen > Ernährung und Bewegung) finden Sie den Link zur Online-Befragung. Danke für Ihre Teilnahme!

ders daherkommen, waren sich alle Beteiligten einig. «Die Bildung ist ein entscheidender Faktor, wie eine Botschaft bei den Konsumenten ankommt», betonte João Breda. Information müsse interessant verpackt sein, um eine Veränderung im Bewusstsein und Handeln zu bewirken. Mit den sozialen Medien habe man ein wertvolles Werkzeug für die effiziente Information zur Hand. Gefordert wurde ein neuer Dialog zwischen Konsumenten, Wissenschaft und Wirtschaft für mehr Glaubwürdigkeit und Vertrauen.

Neue Aktionsversprechen

Vier Partner von actionsanté stellten ihre neuen Aktionsversprechen vor. «Wir wollen unsere Mitarbeitenden mit verschiedenen Massnahmen unter anderem dazu ermutigen, für den Weg von ihrem Wohnsitz zur Arbeit das Velo als Transportmittel zu verwenden», informierte Beatrice Choisy, Senior Sales & Relationship Manager und Co-Leiterin des Gesundheitsprogramms «HealthAhead Suisse» der GE Money Bank. Mit einer Zuckerreduktion von 5 bis 10 Prozent bei über 50 Joghurtprodukten möchte die Migros ein Zeichen setzen,

wie Eva Skiadas, Category Field Manager Dessert/Joghurt der Migros, erläuterte. Seit 2010 engagiert sich die Selecta AG mit dem Programm fresh + fit im Rahmen der Initiative actionsanté für eine ausgewogene Pausenverpflegung in Schulen. Nun öffnete das Unternehmen laut Anne Irigoyen, Marketing-Direktorin und Mitglied der Geschäftsleitung von Selecta Schweiz, das Angebot fresh + fit auch für andere Branchen sowie die öffentlichen Automaten. Mit der Einhaltung von Mindestkriterien bekennen sich die Mitgliedsfirmen des Aktionsvertrags Swiss Pledge zu verantwortungsvollen Werbepraktiken. So verzichten in der Schweiz Coca-Cola, Danone, Intersnack, Kellogg, Kraft Foods, Mars, Nestlé, PepsiCo, Procter & Gamble, Unilever und Zweifel Pomy-Chips freiwillig auf Produktwerbung, die sich an Kinder unter 12 Jahren richtet – wenn definierte Nährwertprofile nicht erfüllt werden.

Kontakt: Alberto Marcacci,
Stv. Sektionsleiter, Sektion Ernährung
und Bewegung,
alberto.marcacci@bag.admin.ch

Sitzen und essen wir immer mehr?

1 Frage, 49 Antworten – das Monitoring-System Ernährung und Bewegung

Die vierte Aktualisierung der Indikatorensammlung des Monitoring-Systems Ernährung und Bewegung (MOSEB) vom 21. Juni 2012 ist ein weiterer wichtiger Entwicklungsschritt: Sämtliche der 49 Indikatoren sind nun erfasst und abgebildet.

Neu hinzu kamen die 3 Indikatoren «Sitzen und Ruhen», «Bauchumfang» und «Mikronährstoffe». Zudem sind viele neue Erkenntnisse – beispielsweise zur Prävalenz von Essstörungen – in bestehende Indikatoren aufgenommen worden.

Neue Broschüre und Faltblatt

Das Faltblatt erklärt auf einfache Weise, wie das MOSEB funktioniert und welche Informationen darin enthalten sind. Die Broschüre stellt 22 ausgesuchte Indikatoren vor. Beide Publikationen können kostenlos in gedruckter Form bestellt werden und sind auch online verfügbar.

MOSEB Infomail

Das neue Infomail erscheint zwei- bis dreimal pro Jahr und informiert über die aktuellen Entwicklungen rund um das MOSEB.

Link zum Thema: www.moseb.ch

Kontakt:

Nadine Stoffel-Kurt und Kathrin Favero, Sektion Ernährung und Bewegung,
nadine.stoffel-kurt@bag.admin.ch und kathrin.favero@bag.admin.ch

Publikationen

Titel	Inhalt/Umfang	Bezugsquelle
Umfrage zum interkulturellen Übersetzen in Spitälern	Unterstützt durch den Spitalverband H+, befragte das BAG Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen, wie sie das interkulturelle Dolmetschen regeln und finanzieren.	Interkulturelles Übersetzen >Publikationen)">www.miges.admin.ch (>Interkulturelles Übersetzen >Publikationen)
Literaturübersicht Migration und Gesundheit	Die periodisch erstellte Übersicht über aktuelle Fachliteratur im Bereich Migration und Gesundheit informiert über sozialepidemiologische Studien zur Migrationsbevölkerung in der Schweiz und in anderen europäischen Ländern.	Forschung >Projekte)">www.miges.admin.ch (>Forschung >Projekte)
Patient – Dolmetscher – Fachperson: Eine Kurzanleitung für erfolgreiche Gespräche	Diese Kurzanleitung gibt Tipps für ein optimales Zusammenwirken von Fachpersonen, Patienten/-innen und interkulturell Übersetzenden.	www.migesplus.ch

Agenda

Datum/Ort – Titel	Kurzbeschrieb	Kontaktadresse
26.–28. Juni 2013 Universität Bern Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie – Ungleichheit und Integration in der Krise	Ungleichheit ist eines der zentralen Themen der Soziologie. Die Staatsschuldenkrise trifft die Welt in einer Zeit, in der sich gleichzeitig globale Umweltprobleme und demographische Veränderungen – Überalterung in den Industrieländern und Bevölkerungsexplosion in den Entwicklungsländern – verstärken. Die ungleichen Auswirkungen der Klimaerwärmung wie auch die ungleichen Entwicklungen des Bevölkerungswachstums werden zu vermehrter Migration führen und den Einwanderungsdruck in die europäische Union und die Schweiz verstärken. Damit stellt sich für die Schweiz wie für andere europäische Staaten die Frage, wie mit Immigration und Integration umgegangen werden kann.	www.sgs-kongress2013.unibe.ch
9. und 10. September 2013, Universität Zürich Zukunftsfragen der Suchtforschung Internationale Konferenz zum 20-Jahr-Jubiläum des Schweizer Instituts für Sucht- und Gesundheits- forschung ISGF	Die Erforschung von Sucht- und Gesundheitsverhalten, von politischen Steuerungsversuchen sowie deren Auswirkungen ist von ungebrochener Aktualität. Daneben laufen Auseinandersetzungen zu Grundsatzfragen, die nach einer Klärung verlangen. Zum 20-jährigen Bestehen des Schweizer Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung werden einige dieser Grundsatzfragen aufgegriffen, im Dialog mit gewichtigen internationalen Fachleuten und Kooperationspartnern.	Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Konrad- strasse 32, 8031 Zürich, Tel. +41 44 448 11 60, ISGFKongress@isgf.uzh.ch, www.isgf.ch

Kontakte

Sektionen, Fachstellen	Telefon
Sektion Alkohol	031 323 87 86
Sektion Tabak	031 323 20 43
Sektion Drogen	031 323 87 13
Sektion Prävention und Promotion (Übertragbare Krankheiten)	031 323 88 11
Aids-Dokumentation	031 323 26 64

Sektionen, Fachstellen	Telefon
Sektion Grundlagen (Nationale Präventionsprogramme)	031 323 87 93
Sektion Kampagnen	031 323 87 79
Sektion Ernährung und Bewegung	031 323 87 55
Nationales Programm Migration und Gesundheit	031 323 30 15

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

Impressum • spectra Nr. 97, März 2013

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

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

Textbeiträge: Mitarbeitende des BAG, Christoph Hoigné, weitere Autoren
Fotos: BAG, Christoph Hoigné, iStockphoto
Layout: Lebrecht typ-o-grafik, 3006 Bern
Druck: Büetiger 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 Mai 2013.

Gratis-Abo

Bitte senden Sie mir folgende Exemplare von «spectra»:

- Anzahl
 Deutsch
 Französisch
 Englisch

Bitte senden Sie «spectra» an folgende Adresse:

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

Ort _____

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

«Psychische Störungen sind oft stigmatisierend»

Fünf Fragen an Elvira Keller-Guglielmetti

Guglielmetti. Obwohl es sich bei psychischen Leiden klar um nicht-übertragbare Krankheiten handelt, tun sich viele Fachleute schwer, diese in diesem Zusammenhang zu betrachten, beklagt Elvira Keller, zuständig für das Dossier «Psychische Gesundheit» beim Bundesamt für Gesundheit. Handlungsbedarf ortet Elvira Keller namentlich bei der besseren Behandlung von Depressionen – gerade bei jungen und bei alten Menschen – und bei der Suizidprävention. Bund und Kantone engagieren sich für das Thema Mental Health, etwa mit der Unterstützung des Netzwerks Psychische Gesundheit Schweiz.



Wo besteht Handlungsbedarf im Bereich psychischer Gesundheit?

Grosser Handlungsbedarf besteht bei der Früherkennung von Depressionen. Depressionen sind häufige psychische Störungen, die mit erheblichem Leiden verbunden sind. Sie führen zu deutlichen Beeinträchtigungen im Alltag und verursachen zudem hohe Kosten. Wenn wir von Früherkennung bei Depressionen sprechen, werden die jungen und die alten Menschen rasch vergessen. Aber genau hier sollten vermehrt Anstrengungen unternommen werden. Gemäss BFS sind von den über 65-jährigen Personen, die in einem Alters- oder Pflegeheim leben, 39% demenzkrank und 26% leiden unter einer Depression. Hinzu kommt, dass es in Heimen wenig psychotherapeutische Angebote gibt. Was ist denn das Besondere an Depressionen bei alten Menschen? Nur 16% der Betroffenen werden erkannt und behandelt. Doch weshalb wird die Diagnose nicht gestellt? Im Alter kommt eine schwache Ausprägung der depressiven Symptome besonders häufig vor. Körperliche Beschwerden stehen dann oft im Vordergrund und überdecken die depressiven Symptome. Oder die Depression wird bei der Diagnosestellung mit einer Demenz verwechselt. Und oft wird die Suizidalität im Alter nicht als Symptom einer behandelbaren und behandel-

lungswürdigen Depression (an-)erkannt. Bei Kindern und Jugendlichen ist eine Depression ebenfalls nicht leicht zu erkennen. Diese kann sich statt durch depressive Perspektiven- und Hoffnungslosigkeit eher in einer anhaltend bedrückten Stimmung manifestieren. Oder statt zu einem augenfälligen Gewichtsverlust kommt es eher zu einer fehlenden Gewichtszunahme (Wachstumsalter) bei Kindern. Ein weiteres wichtiges Merkmal ist die Lustlosigkeit bei Aktivitäten und beim Spielen. Auch ein «Knick» in den Schulleistungen oder ein sozialer Rückzug können auf eine Depression hinweisen. Leider gibt es zu wenig Fachleute, die sich auf Kinder und Jugendliche spezialisiert haben.

Wo stehen wir bezüglich Suizidprävention in der Schweiz?

Seit 2009 werden Todesfälle durch Suizide oder assistierten Suizid (organisierte Beihilfe zum Suizid) gesondert ausgewiesen. Die Suizidraten sind jedoch nach wie vor hoch, verglichen mit dem Ausland. 2009 sind in der Schweiz 1105 Menschen (827 Männer und 278 Frauen) durch Suizid gestorben. Bei den 15- bis 34-Jährigen sind insgesamt 10% der Todesfälle auf Suizid zurückzuführen, bei den 65- bis 79-Jährigen 21,3% und bei den über 80-Jährigen ganze 28,4%. Suizidprä-

vention wird in der Schweiz nur punktuell gefördert.

Doch wer ist gegen Suizid eher geschützt? Menschen mit sozialer Kompetenz, psychischer Gesundheit, einem ausgeprägten Gesundheitsbewusstsein, die körperlich aktiv, neugierig und offen sind, neigen weniger zu autoaggressivem Verhalten. Deshalb sollten Präventivmassnahmen diese Kompetenzen und Bedingungen besonders bei jungen Menschen einerseits und alten Menschen andererseits fördern. Zudem müssten die Hausärzte und -ärztinnen für die Problematik Suizidalität sensibilisiert werden. Aber auch wir alle sollten diesbezüglich achtsam werden in unserem persönlichen Umfeld.

Welche Prioritäten setzt das BAG beim Thema Mental Health?

Die Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit ist seit 2002 im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik ein gemeinsames Thema von Bund und Kantonen. So hat das BAG die Nutzungsrechte für die lizenzierten Materialien des Aktionsprogramms Bündnis gegen Depression erworben. Diese werden unentgeltlich an interessierte kantonale und regionale Bündnispartner in der Schweiz abgegeben. Das BAG verfügt jedoch nicht über gesetzliche Grundlagen für Finanzhilfen zur Förderung und Unterstützung der Aktivitäten der Kantone im Bereich der Suizidprävention. Das BAG ist aber bereit, sein Engagement im Bereich der Erarbeitung und Bereitstellung von Datengrundlagen und der Förderung der Zusammenarbeit und des Wissenstransfers weiterzuführen. Überdies ist das BAG einer der Träger des Netzwerks Psychische Gesundheit Schweiz.

Wo steht das Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz heute?

Im Dezember 2011 wurde das Netzwerk Psychische Gesundheit gegründet. Die Trägerschaft setzt sich aus BAG, BSV, SECO einerseits und der GDK und der

Gesundheitsförderung Schweiz andererseits zusammen. Ziel des Netzwerkes ist es, die Koordination und Vernetzung im Bereich psychische Gesundheit unter den Akteuren zu fördern und den Wissens- und Erfahrungsaustausch zu erleichtern. Dazu soll auch die im Dezember 2012 aufgeschaltete Website des Netzwerks Psychische Gesundheit Schweiz einen Beitrag leisten. siehe www.npg-rsp.ch

Wie ist das Verhältnis zwischen nichtübertragbaren Krankheiten (NCDs) und psychischen Krankheiten?

Zu den NCDs zählen Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Atemwegserkrankungen. So weit herrscht auch im internationalen Kontext ziemliche Einigkeit. Obschon es sich bei den psychischen Krankheiten klar um nicht-übertragbare Krankheiten handelt, tun sich die Fachkreise schwer, diese innerhalb der NCDs zu betrachten. Vermutlich hat dies vor allem mit der weit verbreiteten Stigmatisierung von psychischen Störungen zu tun. Zu den Hauptrisikofaktoren für NCDs zählen Tabakkonsum, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel und übermässiger Alkoholkonsum. In der Regel ist keiner dieser Faktoren für eine psychische Erkrankung verantwortlich. Hingegen ist der Risikofaktor Stress sowohl für die psychischen Krankheiten als auch für die (weiteren) NCDs von grosser Wichtigkeit.

édition21 – Bildung für die Zukunft

Stiftungsgründung. Seit dem 1. Januar 2013 gibt es in der Schweiz eine neue Dachorganisation im Bereich der Bildung für Nachhaltige Entwicklung (BNE): édition21.

Hinter édition21 steht die gleichnamige Stiftung, die aus der Fusion der Stiftung Bildung und Entwicklung (SBE) und der Stiftung Umweltbildung Schweiz (SUB) entstanden ist. Weitere Gründungsorgane von édition21 sind die Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA), das Bundesamt für Umwelt (BAFU), das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Erzie-

hungsdirektoren (EDK). Im Auftrag der Kantone, des Bundes und der Zivilgesellschaft unterstützt édition21 die Umsetzung und Verankerung von BNE im schweizerischen Bildungssystem. Waren die Aktivitäten der Vorgängerstiftungen auf Globales Lernen und Umweltbildung beschränkt, weitet édition21 ihre Aktivitäten auf die Themen Gesundheit, Politische Bildung, Menschenrechte und Wirtschaft aus. Das Ziel von édition21 ist es, Kinder und Jugendliche auf ihre Zukunft in einer immer komplexer werdenden Welt vorzubereiten. Mit der Integration von BNE in die Lehrpläne ist bereits ein wichtiger Schritt getan.

Nationales Dienstleistungszentrum

Die neue Stiftung ist als nationales Dienstleistungszentrum in allen Sprachregionen und im Internet präsent. Lehrpersonen, Schulleitungen und weitere Akteure finden bei édition21, insbesondere auf dem neuen Webportal www.edition21.ch pädagogisch geprüfte Unterrichtsmedien, Orientierung und Beratung sowie Finanzhilfen für Schul- und Klassenprojekte. Auf der Ebene der Aus- und Weiterbildung von Lehrpersonen arbeitet édition21 mit den Pädagogischen Hochschulen und anderen Aus- und Weiterbildungsstätten für Lehrpersonen zusammen. Rund

vierzig Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter leisten die Arbeit der Stiftung. Die Teams von édition21 sind interdisziplinär zusammengesetzt und mit den BNE-Akteuren auf allen Ebenen des Bildungssystems und der Zivilgesellschaft vernetzt. Finanziert werden die Angebote durch Beiträge des Bundes, der Kantone und der Zivilgesellschaft sowie durch selbst erwirtschaftete Mittel.

Webportal: www.edition21.ch
Kontakt: Dagmar Costantini
Programmleitung bildung + gesundheit
Netzwerk Schweiz
dagmar.costantini@bag.admin.ch

Gesundheitskompetenz stärken heisst Hilfe zur Selbsthilfe

«Patienten-Empowerment», «Health Literacy» und «Gesundheitskompetenz». Über die Begriffsverwendung in diesem Bereich herrscht zwar im Detail keine Einigkeit. Bei allen Begriffen geht es aber im Kern um die Befähigung der Menschen zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil, um die Wahrnehmung der Selbstverantwortung, Selbstaktivierung, Selbstbestimmung, und letztlich geht es auch darum, Ärztinnen, Ärzten und weiteren Akteuren des Gesundheitswesens auf Augenhöhe zu begegnen.

Ein Anliegen – vier Ansätze

«Patienten-Empowerment» bedeutet die Selbststärkung, um besser mit einer Krankheit umgehen zu können. Dabei gibt es verschiedene Ansätze.

1. Selbstmanagement bei Krankheit

Zum einen die Unterstützung der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen durch Fachpersonen, wie im Zürcher Projekt «Leila – Leben mit Langzeiterkrankung». Dieses dreijährige Pilotprojekt (2010–2012) war angelegt als zusätzliches, ergänzendes Angebot zur hausärztlichen Versorgung. Pflegefachleute boten chronisch kranken Personen, kostenlose Beratung an, sei es zu Hause oder in der Arztparxis. Ziel war es, die Patientinnen und Patienten zu befähigen, gesundheitliche Zusammenhänge besser zu verstehen, Symptome zu beobachten, richtig zu interpretieren und zu reagieren oder vor dringliche Alltagsprobleme zu lösen. Die abschliessende Evaluation beschied dem Projekt erfreuliche Resultate: Die Teilnehmenden waren insgesamt sehr zufrieden mit dem Angebot. Auch zeigte sich eine Verbesserung der therapeutischen Behandlungspläne, eine erhöhte

Selbstkontrolle und eine verbesserte Alltagsgestaltung.

Einen anderen Weg der Selbstmanagementförderung geht der «Peer»-Ansatz wie er im «Chronic Disease Self Management Program» (CDSMP) der Stanford University umgesetzt ist. Es handelt sich um einen standardisierten Kurs mit einem fixen Kursprogramm, der Menschen mit chronischen Erkrankungen und ihre Angehörigen unterstützt, ein gesundheitsbewusstes und aktives Leben zu führen. Zwei ausgebildete Kursleiterinnen führen durch den Kurs und halten sich dabei streng an ein Handbuch. In diesem «Drehbuch» ist festgelegt, welche Themen wann und wie bearbeitet werden. Weltweit besuchen jährlich bis zu 60 000 Patienten und deren Angehörige CDSMP-Kurse. Seit 2012 gibt es diese Kurse unter dem Namen Evivo auch in der Schweiz und im deutschsprachigen Raum.

2. Patientenbeteiligung

Eine weitere Facette von «Patienten-Empowerment» ist die Patientenbeteiligung. Gemäss Angela Coulter, Direktorin der «Global Initiatives» der «Informed Medical Decisions Foundation» in Boston, will die Mehrheit der Patientinnen und Patienten in Entscheidungen einbezogen werden, wenn es um ihre Gesundheit geht. Fachpersonen nehmen aber meist an, dass Patientinnen und Patienten medizinische Details nicht wissen wollen, weil diese zu komplex seien. Es ist deshalb wichtig, Patientinnen und Patienten zu ermutigen nachzufragen. Schon einfache Massnahmen können das unterstützen. Beispielsweise Hinweise im Wartebereich von Versorgungseinrichtungen, die signalisieren, dass es in Ordnung ist nachzufragen. Auch einfache Fragen wie «Was sind meine Optionen?» oder «Was sind die Vorteile der Behandlung und wie wahrscheinlich ist es, dass diese eintre-

ten?» können eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Fachpersonen und Patientin/Patient fördern. Im Idealfall soll bei jeder klinischen Entscheidung die Fachperson ihre Expertise etwa zur Diagnose oder Behandlung einbringen. Auch die Patientinnen und Patienten sollen die Gelegenheit erhalten, ihre Krankheitserfahrungen einzubringen.

3. Chancengleichheit fördern

Ein wichtiges Ziel von Empowerment-Strategien ist es nicht nur, kranke Menschen zu unterstützen, sondern gesundheitliche Ungleichheiten in der Gesellschaft auszugleichen. Die Gesundheit wird wesentlich vom sozioökonomischen Status bestimmt. Wer reich und gut gebildet ist, hat nicht nur eine bessere Gesundheit, sondern auch mehr Ressourcen, um gesundheitsschädigende Gewohnheiten zu verändern. Die Behörden und die Zivilgesellschaft sind daher in der Pflicht, für gesundheitlich schlechter gestellte Bevölkerungsgruppen günstige Lebensbedingungen zu gewährleisten, sie dazu zu befähigen, einen gesunden Lebensstil zu führen, und den Zugang zur Gesundheitsversorgung sicherzustellen. In diesem Sinne gehören auch all jene Massnahmen zu Empowerment-Strategien, die gesunde Menschen dabei unterstützen, ihr Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen. Dazu zählen insbesondere alle Massnahmen im Bereich Migration und Gesundheit, wie etwa das interkulturelle Übersetzen, Informationen über das Schweizer Gesundheitswesen in verschiedenen Sprachen oder Beratungsangebote für Migrantinnen und Migranten mit traumatischen Flucht- oder Kriegstraumata.

4. Multisektorale Aufgabe

«Patienten-Empowerment» im Sinne von Gesundheitskompetenz ist schliesslich die Fähigkeit jedes Einzelnen, im tägli-

chen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Denn Gesundheit wird primär im alltäglichen Leben und nicht im Spital hergestellt. So gesehen ist die Förderung von «Patienten-Empowerment» und Gesundheitskompetenz nicht nur Sache des Gesundheitswesens. Akteure aller Lebensbereiche können dazu beitragen, gesundheitsförderliche Lebensbedingungen im Alltag zu schaffen und Menschen die Entscheidung für einen gesunden Lebensstil zu erleichtern. Pausenapfel-Aktionen in den Schulen gehören ebenso dazu wie ein gesundheitsförderliches Arbeitsklima und das Schaffen von Velostreifen in Städten. Es gilt beim «Patienten-Empowerment» also, nicht nur die Menschen, sondern auch Organisationen und alle Politikbereiche für Gesundheitsfragen zu sensibilisieren.

Links:

- www.allianz-gesundheitskompetenz.ch: Netzwerk zur Förderung der Gesundheitskompetenz
- www.careum.ch: Stiftung für Bildung im Gesundheitswesen
- www.evivo.ch: Selbstmanagement-Kurs für chronisch Kranke

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

Allianz Gesundheitskompetenz

Die Allianz Gesundheitskompetenz vernetzt Akteure aus dem Gesundheitswesen, Wissenschaft, Bildung, Politik, Wirtschaft und Medien zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der Schweiz. Sie setzt Impulse, entwickelt strategische Konzepte zur Förderung der Gesundheitskompetenz und unterstützt die Umsetzung von Projekten mit Partnern inner- und außerhalb der Allianz.

Keine Zweckbindung für beschlagnahmte Drogengelder

Finanzierung stationäre Suchthilfe. Der Bundesrat erachtet eine bundesrechtliche Zweckbindung von Drogengeldern für die Suchthilfe als nicht angebracht. Er hat einen entsprechenden Bericht verabschiedet.

Im Januar 2010 erhielt der Bundesrat im Rahmen des Postulats «Beschlagnahmte Drogengelder für die Suchtrehabilitation» den Auftrag, in einem Finanzierungskonzept aufzuzeigen, wie die Versorgungssicherheit und die Versorgungsqualität stationärer Einrichtungen der Suchtrehabilitation sicher gestellt werden können – allenfalls unter Verwendung von beschlagnahmten Drogengeldern. Das Postulat wurde von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats lanciert. Der Bundesrat beauftragte darauf das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) mit einer Studie. Im De-

zember 2012 hat der Bundesrat den Bericht nun verabschiedet – mit einer klaren Absage an eine gesetzlich vorgeschriebene Verwendung von Drogengeldern für die Suchthilfe.

Kantonshoheit wahren

Der Bundesrat begründet seinen Entschied mit föderalistischen Überlegungen und stützt ihn auf die Stellungnahme des Bundesamts für Justiz. Es ist nicht opportun, den Kantonen vorzuschreiben, wie sie eingezogene Vermögenswerte aus Drogendelikten einzusetzen haben. Zum andern gefährdet es die Möglichkeit der Kantone und des Bundes, die Gelder gemäss ihren Prioritäten zu verwenden. Nicht zuletzt wäre eine Zweckbindung auch deshalb falsch, weil die eingezogenen Vermögenswerte nicht zwingend aus Betäubungsmitteldelikten stammen.

Kein Handlungsdruck

Ebenfalls unverändert lassen möchte

der Bundesrat das bestehende Finanzierungssystem der stationären Suchthilfe. In seinem Bericht hält er fest, dass Versorgungssicherheit und -qualität gewährleistet seien. Seitens der Kantone wird der Handlungsbedarf als gering eingeschätzt. Die im Expertenbericht genannten Probleme im Zusammenhang mit der Finanzierung der stationären Suchthilfe können kantonal gelöst werden. Dies zeigen Beispiele von «Best Practice» in einzelnen Kantonen.

Zweiter Versuch einer Einheitsregelung

Das Postulat der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit ist bereits der zweite Versuch, die Finanzierung der Suchthilfeeinrichtungen einheitlich zu regeln und zu sichern. Ende der 1990er-Jahre gerieten in der Schweiz verschiedene Institutionen der stationären Suchthilfe aufgrund einer Anpassung der Praxis der Invalidenversiche-

rung (IV) an das geltende Gesetz in eine Finanzierungskrise. Dies führte trotz Finanzhilfe des Bundes und der Kantone zur Schliessung von Einrichtungen der stationären Suchtherapie. In der Folge beauftragte der Bundesrat das Bundesamt für Gesundheit, in Zusammenarbeit mit den Kantonen ein einheitliches Finanzierungssystem zu entwickeln, das die Finanzierung der stationären Suchthilfe langfristig sicherstellt. Das Vorhaben scheiterte letztlich am Widerstand der Kantone und an der Komplexität des entworfenen Abrechnungs- und Finanzierungssystems.

Link: www.bag.admin.ch > Themen > Alkohol, Tabak, Drogen > Drogen > Therapie > Finanzierung stationäre Suchthilfe

Kontakt: Markus Jann, Leiter Sektion Drogen, markus.jann@bag.admin.ch