

spectra

110



Ressourcen stärken

2 Wurzeln für die Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz heisst die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Der Bund möchte die Ressourcen der Bevölkerung stärken, indem die Menschen Gesundheitskompetenz und Selbstverantwortung entwickeln. Entsprechend der Strategie Gesundheit 2020 des Bundesrats will das Bundesamt für Gesundheit damit die Chancengleichheit erhöhen und die Gesundheitschancen der verletzlichsten Bevölkerungsgruppen verbessern. Doch wie entstehen Gesundheitskompetenz und Selbstverantwortung beim einzelnen Menschen? Unser Leitartikel schildert verschiedene Ansätze, wie Health Literacy in unserem Land als Teil der Bildung – etwa der Lehrpläne – definiert und etabliert wurde.

9 Weniger Infektionen in Spitälern und Heimen

Rund 70000 Personen erkranken in Schweizer Spitälern jährlich an Infektionen, etwa 2000 Menschen sterben daran. Das muss nicht sein. «Bis zu 50% der Fälle lassen sich mit Präventions- und Überwachungsmassnahmen verhindern», sagt Ulrike Schröder. Sie ist Projektleiterin der nationalen Strategie NOSO, die bis Ende 2015 ausgearbeitet wird und mit welcher die Schweiz die Verhütung verstärken und die sogenannten nosokomialen Infektionen einheitlich überwachen und bekämpfen will.

11 Telefonische Hilfe beim Rauchstopp

Es ist nicht einfach, mit dem Rauchen aufzuhören. Wer es versucht, hat wesentlich bessere Chancen, seine Sucht abzulegen, wenn er oder sie dabei begleitet und unterstützt wird. Die Rauchstopplinie, deren Nummer auf jedem Zigarettenpäckli zu finden ist, bietet am Telefon kostenlose professionelle Rauchstoppberatung in neun Sprachen an. Mehr als 2200 Menschen haben dieses Angebot im Jahr 2014 genutzt – rund ein Drittel von ihnen war ein Jahr nach dem Erstgespräch rauchfrei. Es ist nicht einfach, mit dem Rauchen aufzuhören – aber mit Hilfe kann es gelingen.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ressourcen stärken bedeutet, die Kompetenzen, sich für die gesündere

Gesundheitskompetenz. Der Bund möchte die Ressourcen der Bevölkerung stärken, indem die Menschen Gesundheitskompetenz erlangen und ihre Selbstverantwortung wahrnehmen. Entsprechend der Strategie Gesundheit 2020 des Bundesrats will das Bundesamt für Gesundheit damit die Chancengleichheit erhöhen und die Gesundheitschancen der verletzlichsten Bevölkerungsgruppen verbessern.

Wie entstehen Gesundheitskompetenz und Selbstverantwortung beim einzelnen Menschen? Ein gutes Beispiel dafür ist bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz (b + g). b + g ist ein nationales Netzwerk, das sich für die Implementierung von Prävention und Gesundheitsförderung im schulischen Kontext sowie die Zusammenarbeit und Koordination der verschiedenen Akteure einsetzt. Die Frage nach einer Definition von Gesundheitskompetenz hat sich 2007 auch innerhalb von b + g (www.bildungundgesundheit.ch) gestellt. Eine Arbeitsgruppe des Netzwerks hat sich der Frage angenommen und diese angeregt diskutiert.



Die Mitglieder der Arbeitsgruppe stammten nicht nur aus sehr unterschiedlichen Arbeitsfeldern (von Unfallprävention bis hin zu Aus- und Weiterbildung von Lehrpersonen), sondern auch aus verschiedenen Sprach- und Kulturregionen der Schweiz. Die Frage, die bei der Diskussion am meisten beschäftigt hat: Beschränkt sich die Gesundheitskompetenz einer Person auf

ihre eigene Gesundheit oder soll sie (auch) die Gesundheit anderer Menschen miteinbeziehen?

Definition von Gesundheitskompetenz

2008 hat das gesamte Netzwerk bildung + gesundheit die Frage folgendermassen beantwortet: «Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, Kenntnisse über die

Erhaltung und die Wiedererlangung des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens so in persönliche und kollektive Entscheide und Handlungen umzusetzen, dass sie sich positiv auf die eigene Gesundheit und die Gesundheit anderer sowie auf die Lebens- und Umweltbedingungen auswirken.»

Es ist eine kurze, aber komplexe Definition, die uns über die Jahre gedient hat, unsere Arbeit auszurichten. Sie hat über die Grenzen des Netzwerks hinaus keinen normativen Anspruch, ist jedoch auf der Website des Netzwerks aufgeschaltet, um die Grundlagen seiner Arbeit offenzulegen.

Es geht darum, Wissen in Handlungen umsetzen zu können, es geht darum, dass Gesundheit nicht lediglich das Fehlen von Krankheit ist, und es geht darum, dass enge Beziehungen bestehen zwischen meiner eigenen Gesundheit und derjenigen von anderen, aber auch zwischen meiner Gesundheit und meiner Umwelt.

Die Frage, wie Kompetenzen im Allgemeinen und Gesundheitskompetenz im Spezifischen aufgebaut und vermittelt werden können, hat in den letzten Jahren die Pädagoginnen und Pädagogen in

«Die Stärkung von Gesundheitskompetenz kann nicht allein die Aufgabe der Gesundheitspolitik sein.»

Sechs Fragen an Stefan Spycher. Gesundheitskompetenz ist ein Schlüsselfaktor für das körperliche und seelische Wohlbefinden des Individuums und entlastet das Gesundheitswesen und damit die Gesellschaft als Ganzes. Doch wie kann die Gesundheitspolitik dazu beitragen, dass diese Kompetenz bei allen Menschen entstehen und wachsen kann, und was tut der Staat konkret, um die Chancengleichheit zu verbessern? Wir fragten Stefan Spycher, Leiter des Direktionsbereichs Gesundheitspolitik und Vizedirektor des Bundesamts für Gesundheit (BAG).



schafts- und individueller Ebene der gesamten Gesellschaft anzusiedeln?

Die Verantwortung für die eigene Gesundheit und damit auch für ein gesundheitskompetentes Verhalten liegt zu allererst beim Individuum. Die Gesellschaft – seien dies öffentliche oder private Akteure – wiederum sollte dafür sorgen, dass die Bedingungen für das Entstehen von Gesundheitskompetenz möglichst günstig sind.

Wo sehen Sie aus Sicht der Gesundheitspolitik Chancen für die Förderung der Gesundheitskompetenz, und welchen Herausforderungen blickt das BAG bei der Förderung der Gesundheitskompetenz entgegen?

Chancen sehe ich darin, dass das Konzept der Gesundheitskompetenz einen guten Ansatzpunkt bietet, um Menschen in Problemsituationen zu stärken und ihre gesundheitlichen Chancen zu verbessern. Nach wie vor sterben auch in der Schweiz beispielsweise ärmere Menschen früher als wohlhabende. Während ihres kürzeren Lebens haben sie ausserdem grössere gesundheitliche Probleme. Wenn die Bevölkerung zudem insgesamt über eine höhere Gesundheitskompetenz verfügt, kann dies auch die Gesundheitskosten dämpfen, weil gesundheitskompetente Menschen gesünder leben und im Krankheitsfall besser wissen, welche Leistungen ihnen rasch helfen. Wie erwähnt, spielen viele Lebensbereiche und Akteure eine Rolle

beim Entstehen von Gesundheitskompetenz. Diese Breite ist für die politische Bearbeitung des Themas auch eine gewisse Herausforderung.

Welche kurz-, mittel- und langfristigen Massnahmen sind im Rahmen G2020 zur Förderung der Gesundheitskompetenz vorgesehen?

Das BAG führt bereits heute zu verschiedenen Themen wie Alkohol, Tabak oder übertragbare Krankheiten Präventionskampagnen durch, die sich an die Gesamtbevölkerung richten. Weiter unternehmen wir Anstrengungen, um Gesundheitsfachpersonen besser auf besondere Bedürfnisse von Teilen der Migrationsbevölkerung vorzubereiten – beispielsweise durch einen Telefon-dolmetschdienst oder mit einem internetbasierten Lehrgang. Das neue Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier, das zurzeit im Parlament beraten wird, soll unter anderem einen Rahmen für die bessere Verfügbarkeit der eigenen Gesundheitsinformationen schaffen und dadurch nicht zuletzt auch die Gesundheitskompetenz fördern. Und schliesslich möchten wir uns mithilfe einer breit angelegten Erhebung einen Überblick über die Gesundheitskompetenz der schweizerischen Bevölkerung verschaffen. Im Verlauf des Jahres 2016 wird das BAG aufgrund der Resultate dieser Erhebung entscheiden, welche weiteren Massnahmen zu treffen sind.

Wie definieren Sie den Begriff Gesundheitskompetenz?

Unter Gesundheitskompetenz verstehen wir im BAG die Befähigung jedes einzelnen Menschen, in seiner Lebensumwelt Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf seine eigene Gesundheit und die seiner Mitmenschen (z.B. seiner Kinder) auswirken.

Wie kann sich Gesundheitskompetenz entwickeln und wer ist dabei gefordert?

Gesundheitskompetenz entsteht in der Schule, in der Familie, im Austausch mit Gesundheitsfachpersonen und am Arbeitsplatz. Ebenso können Medien zur Stärkung der Gesundheitskompetenz beitragen. Gefordert ist dabei zunächst die Initiative und die Lernfähigkeit jedes und jeder Einzelnen. Aber auch

Wo sind die Grenzen der Gesundheitspolitik?

Die Stärkung von Gesundheitskompetenz kann nicht allein die Aufgabe der Gesundheitspolitik sein. Eine mindestens ebenso wichtige Rolle spielt die Bildung, sowohl in der Schule als auch später im Erwachsenenleben. Zudem kann man beobachten, dass sich Arbeitgeber zunehmend der Gesundheitskompetenz ihrer Mitarbeitenden widmen. Die Gesundheitspolitik ist wahrscheinlich vor allem dort gefragt, wo es um das Gesundheitsverhalten im Alltag und um die Nutzung des Gesundheitssystems geht. Dabei müssen wir die Komplexität des Systems im Auge behalten und – wo nötig – reduzieren.

Wo ist Gesundheitskompetenz im Spannungsfeld von Gemein-

Wahl zu entscheiden, frühzeitig anzulegen

der Schweiz beschäftigt, namentlich bei der Erarbeitung der sprachregionalen Lehrpläne.

Kompetenz heisst, Wissen und Können zu verknüpfen

Der eine Teil von Gesundheitskompetenz ist in den letzten Jahren in den Bereichen der Pädagogik, der Bildung und der Ausbildung sehr präsent. Die sprachregionalen Lehrpläne (Plan d'études romand – PER und der Lehrplan 21 – LP21) sind kompetenzorientiert.

Entsprechend befassen sie sich vertieft mit dem Erwerb von Kompetenzen. «Durch die Beschreibung von Lernzielen in Form von Kompetenzen werden Kulturinhalte mit daran zu erwerbenden fachlichen und überfachlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten verbunden; Wissen und Können, fachliche und personale, soziale und methodische Kompetenzen werden miteinander verknüpft.» (Lehrplan 21, Grundlagen, S. 5)

Auch der PER unterscheidet zwischen fachlichen und transversalen (überfachlich im LP21) Kompetenzen, sie sind etwas anders aufgeteilt, entsprechend den unterschiedlichen Kulturen unserer Sprachregionen, aber es werden im Wesentlichen die gleichen Fähigkeiten und Fertigkeiten abgedeckt.

Es ist sehr schwierig, Kompetenzen abstrakt zu erklären. Deswegen ein Beispiel von überfachlicher Kompetenz: Selbstreflexion (eigene Ressourcen kennen und nutzen). Im LP21 ist sie unter «Personale Kompetenzen» der Überfachlichen Kompetenzen, im PER unter der Capacité transversale «collaboration» zu finden.

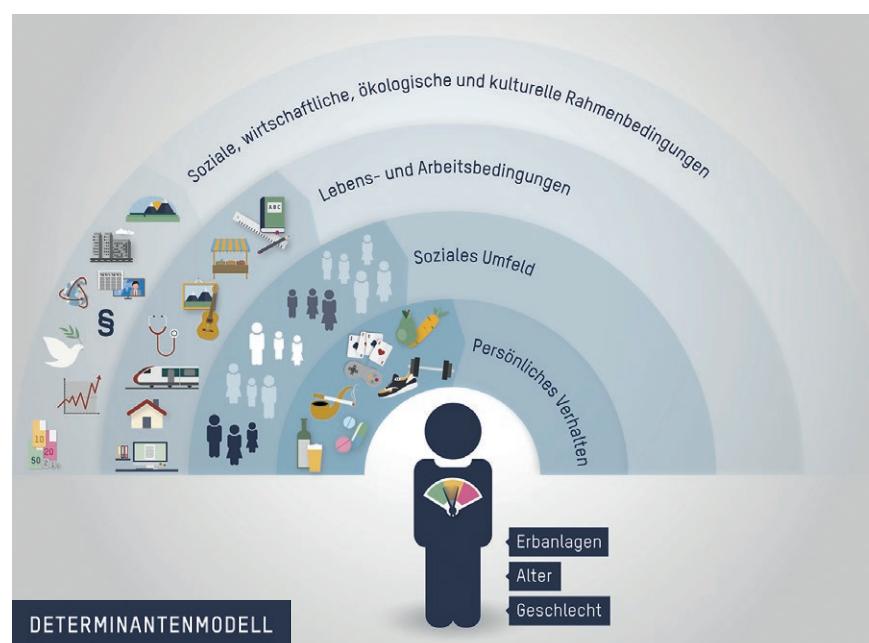
Darunter wird verstanden, dass die Schülerinnen und Schüler ...

- eigene Gefühle wahrnehmen und situationsangemessen ausdrücken können.
- ihre Interessen und Bedürfnisse wahrnehmen und formulieren können.
- Stärken und Schwächen ihres Lern- und Sozialverhaltens einschätzen können.
- auf ihre Stärken zurückgreifen und diese gezielt einsetzen können.
- Fehler analysieren und über alternative Lösungen nachdenken können.
- auf Lernwege zurückzuschauen, diese beschreiben und beurteilen können.
- eigene Einschätzungen und Beurteilungen mit solchen von aussen vergleichen und Schlüsse ziehen können (Selbst- und Fremdeinschätzung).
- aus Selbst- und Fremdeinschätzungen gewonnene Schlüsse umsetzen können.

Die Selbstreflexion sei hier speziell hervorgehoben, weil sie die erste der überfachlichen Kompetenzen im LP21 ist. Die anderen sind aber genauso spannend und anspruchsvoll.

Schülerinnen und Schüler arbeiten während ihrer ganzen Schulzeit an den überfachlichen Kompetenzen, bei eini-

Infografik



gen von ihnen kann die Schule nur eine Basis legen. Wir alle lernen auch nach unserem Schulabschluss, unsere Ressourcen besser zu kennen und einzusetzen.

Fähig, Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken

Wenn Gesundheit mehr als das Fehlen von Krankheit ist, können wir sie nicht über lange Listen von Krankheiten und Risikofaktoren herstellen. Es ist die Verknüpfung der fachlichen mit den personalen, sozialen und methodischen Kompetenzen, die es später einer Person ermöglichen soll, z.B. die Frage nach dem täglichen Mass an Bewegung mit der Kompetenz «kann Strategien einsetzen, um eine Aufgabe auch bei Widerständen und Hindernissen zu Ende zu führen» (aus dem LP21, überfachliche Kompetenzen, personale Kompetenzen, Selbstständigkeit, S. 14) zu verbinden und in Handlungen umzusetzen, die sich positiv auf ihre eigene Gesundheit auswirken.

Dominique Högger, Leiter der Beratungsstelle Gesundheitsbildung und Prävention der FHNW, hat eine spannende Analyse des Lehrplans 21 vorgenommen (www.fhnw.ch/ph/iwb/beratung/gesundheit/publikationen). Er hat rund 700 Kompetenzformulierungen im Lehrplan 21, die mit Gesundheitsbildung und Prävention in Verbindung stehen, identifiziert. Viele der Formulierungen lassen sich mit mehreren Aspekten in Verbindung bringen. Zum Beispiel die oben genannte Selbstreflexion, aber auch der Konsum. Konsum in Zusammenhang mit der Verwendung von Gütern, dem Wandel von Konsumgewohnheiten auch in Zusammenhang mit Ernährung, Konsumgütern als Statussymbole, Umgang mit Geld, Werbung, Schuldenfalle, neuen Medien (Chancen und Risiken des Internets, Datenschutz, Sicherheit, sitzender Lebensstil usw.). Gesundheit ist mehr als die Absenz von Krankheit, wie es die Ottawa-Charta und die Definition von Gesundheitskom-

petenz von b + g festhalten.

Teams von Pädagogen haben in mehrjähriger Arbeit die sprachregionalen Lehrpläne erarbeitet, im Tessin laufen die Arbeiten noch. Dabei haben sie die Gesundheit und den Erwerb von Gesundheitskompetenz mitberücksichtigt. Sie haben die Gesundheit mit anderen Themen des Lehrplans verflochten, sie haben Bezüge hergestellt und Zusammenhänge hervorgehoben. Davon zeugen die erwähnten 700 Kompetenzformulierungen im LP21 in Zusammenhang mit Gesundheitsbildung!

«Kompetenzorientierung macht Gesundheitsbildung sichtbar»

Die sprachregionalen Lehrpläne stellen eine Grundlage für die Koordination von Lehrmitteln dar, sie spielen eine Rolle in der Weiterentwicklung, der Aus- und Weiterbildung von Lehrpersonen, den Angeboten von pädagogischen Hochschulen. Sie stellen aber auch eine wichtige Ressource für all die Institutionen und Organisationen dar, welche Gesundheit in der Schule fördern möchten. Die sprachregionalen Lehrpläne sind eine Hilfe, um die Arbeit der Gesundheitsförderer weiterzuentwickeln und auszurichten.

Wenn Gesundheitsförderer von der Schule als Ressource wahrgenommen werden wollen, müssen sie ihre Arbeit am Bildungssystem ausrichten. Die «Kompetenzorientierung macht Gesundheitsbildung sichtbar», schreibt Dominique Högger (Gesundheitsbildung und Prävention im Lehrplan 21, S. 21). Seine Arbeit ist auch eine wichtige Ressource für die Arbeit in der Gesundheitsförderung. Sie hilft dabei, diese Arbeit gezielter auszurichten, um die Ressourcen von Kindern und Jugendlichen auf ihrem Weg in die Zukunft zu stärken.

Kontakt: Dagmar Costantini,
Sektion Drogen,
dagmar.costantini@bag.admin.ch

Aus erster Hand

Gesundheit ist kein einmal erreichter und dann unveränderlicher Zustand, sondern eine «Balance», die ein Leben lang und jeden Tag aufs Neue aktiv hergestellt werden muss. Heute geht die Gesundheitsförderung davon aus, dass der Mensch Verantwortung für sich, seine Gesundheit und seine Welt übernehmen kann. Das Individuum, seine Lebensumstände und seine Fähigkeit, die eigene Lebenswelt mitzustalten, sind hierfür zentrale Faktoren. Deshalb steht die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Menschen seit Jahren im Zentrum aller Präventionsbemühungen des Bundesamts für Gesundheit und seiner Partner.

Den individuellen Ressourcen sind jedoch Grenzen gesetzt. Gesellschaftliche Realitäten wie die Veränderung der Arbeits-, Umwelt- und Lebensbedingungen prägen unseren Alltag. Unser Lebensstil wiederum hat einen entscheidenden Einfluss auf die Entstehung oder Vermeidung von nicht-übertragbaren Krankheiten wie Krebs, Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Neben der Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz müssen deshalb auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass sie zur Chancengleichheit und zur Lebensqualität der Bevölkerung beitragen.

Die 1986 formulierte Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung beschreibt fünf Handlungsfelder, die es den Menschen ermöglichen sollen, die Kontrolle über ihre Gesundheit und deren Determinanten zu gewinnen. Dazu gehören die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, die Entwicklung persönlicher Kompetenzen und die Neuorientierung der Gesundheitsdienste. Dieser Orientierungsrahmen ist auch 30 Jahre später noch genauso aktuell. Wir wissen heute, dass die Gesundheit der Menschen mehrheitlich von Faktoren ausserhalb der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitspolitik bestimmt wird. Der Einbezug anderer Politikbereiche in die Entwicklung gesünderer Lebenswelten ist also unverzichtbar. Es gilt, an die soziale Verantwortung für Gesundheit zu appellieren, mit neuen Partnerschaften die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu stärken und integrierte Versorgungsmodelle zu fördern, die nicht nur die Therapie, sondern eben auch die Prävention in der Grundversorgung verankern.



Ursula Koch und Roy Salveter,
Co-Leitung der Abteilung Nationale
Präventionsprogramme,
Bundesamt für Gesundheit

Ursula Koch verliess das BAG Ende August 2015. Ein Kurzinterview mit ihr finden Sie auf www.spectra-online.ch

Jede dritte Person kennt jemanden mit Alkoholproblemen – und viele Nahestehende leiden mit

Belastung von Nahestehenden. Von einem problematischen Alkoholkonsum sind nicht nur die Konsumierenden selber betroffen, sondern auch die Menschen in ihrem Umfeld. Diese sehen sich oft mit vielen Fragen konfrontiert, wollen helfen, empfinden die Situation als belastend und beanspruchen teilweise selber professionelle Hilfe. Um diese Thematik zu beleuchten, wurden im Rahmen des seit 2011 bestehenden Suchtmonitorings Schweiz zwei Modulbefragungen (2012/2013) zu Alkoholproblemen in der Familie und im weiteren Umfeld durchgeführt.

Rund 2 500 stichprobenartig ausgesuchte Personen pro Befragung¹ wurden gefragt, ob sie jemanden mit Alkoholproblemen kennen und wenn ja, in welchem Verhältnis sie zu dieser Person stehen. Die Ergebnisse zeigen auf, dass ungefähr ein Drittel der Schweizer Gesamtbevölkerung mindestens eine Person mit Alkoholproblemen in ihrem Umfeld kennt. Werden letztgenannte in unterschiedliche Personenkreise aufgeteilt, ergibt sich folgendes Bild (siehe nebenstehendes Diagramm [Mehrfachnennungen möglich]):

Eine Differenzierung bei den Familienangehörigen zeigt, dass am häufigsten der Vater oder ein Geschwister Alkohol-

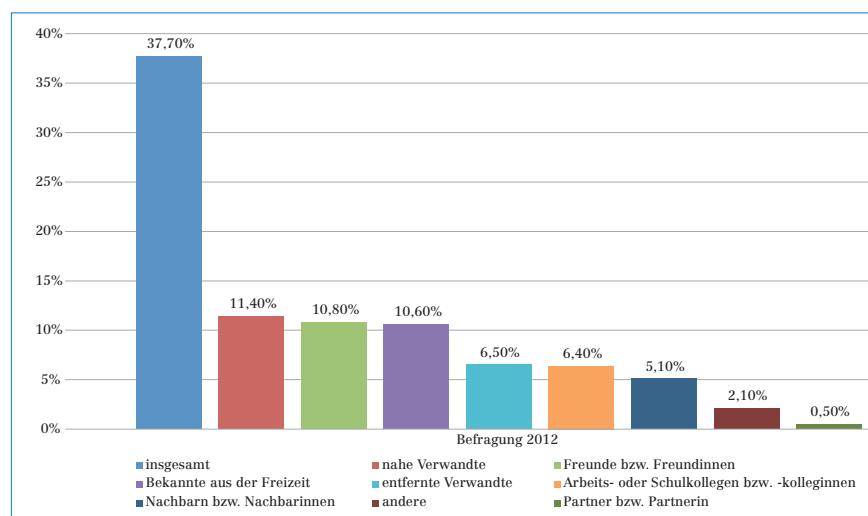
probleme hat. Bei Menschen, die selber risikoreich konsumieren, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass ein Familienmitglied ebenfalls risikoreich Alkohol trinkt. Dies ist ein klarer Hinweis darauf, dass die Familiensituation ein wichtiger Faktor für das Auftreten von Alkoholproblemen ist. Befragte in der Altersgruppe 25 bis 44 Jahre und Befragte mit einem eigenen risikoreichen Konsum kennen am häufigsten eine Person mit problematischem Alkoholkonsum.

Nahestehende: hilfsbereit, hilflos, hilfsbedürftig

Ungefähr die Hälfte der Befragten, die eine oder mehrere Personen mit Alkoholproblemen im Umfeld haben, versuchen diesen ihre Hilfe anzubieten (48,8%). Mit der Person darüber zu

sprechen und sie auf ihren übermässigen Alkoholkonsum hinzuweisen, ist dabei der meistgenannte Hilfeversuch (85,7%). Weitere raten der Person, eine Beratungsstelle zu kontaktieren (20,4%), empfehlen ihr eine Therapie (17,1%) oder verweisen sie auf eine Internetadresse (5,2%).

Etwa ein Fünftel (21,2%) der Befragten mit Personen mit Alkoholproblemen im Umfeld fühlt sich durch die Situation stark oder sehr stark belastet. Dies manifestiert sich vor allem als emotionale Belastung. Die höchste Belastung ergibt sich bei Personen, die Familienmitglieder, Partner oder Freunde mit Alkoholproblemen haben. Um mit der Situation besser umgehen zu können, nehmen einige der Befragten für sich selber professionelle Hilfe in Anspruch (3,9%).



¹ Die zwei Befragungen weisen teilweise unterschiedliche Kategorien auf. Im nachfolgenden Text werden Ergebnisse aus beiden Modulen bekannt gegeben.

Diese finden die meisten bei Selbsthilfegruppen (37,3%), gefolgt von Vertrauenspersonen aus dem Umfeld (13,8%) oder bei Allgemeinärzten (11,5%).

Die zwei Befragungen zeigen also deutlich auf, dass insbesondere Nahestehende stark von Alkoholproblemen in ihrem Umfeld betroffen und auf Beratung und Unterstützung angewiesen sind. Dafür gibt es in der Schweiz ein breites Netz an Fachstellen und Selbsthilfegruppen:

- Datenbank mit Suchthilfeangeboten in den Regionen: suchtindex.ch
- Beratung für Angehörige, Bezugspersonen, Arbeitgeber und Behörden: blaueskreuz.ch
- Selbsthilfegruppen für Angehörige und Freunde von Alkoholkranken: al-anon.ch
- Für Kinder und Jugendliche: [al-anon.ch/alateen, mamatrinkt.ch, papatrinkt.ch](http://al-anon.ch/alateen, http://mamatrinkt.ch, http://papatrinkt.ch)

Kontakt: Nadine Soltermann,
Sektion Alkohol,
alkohol@bag.admin.ch

Quelle: Marmet S., Gmel G. (2013). Suchtmonitoring Schweiz – Alkohol- und Drogenprobleme im Umfeld im Jahr 2013. Sucht Schweiz, Lausanne, Schweiz

Forum

Gesundheitskompetenz, chronische Krankheiten und «peer-to-peer healthcare»

Chronische Krankheiten und Multimorbidität zählen in der Schweiz zu den grossen Herausforderungen des Gesundheitswesens. Wie Analysen des Schweizer Gesundheitsobservatoriums zeigen, lebt fast jede vierte Person über 50 mit zwei oder mehreren dauerhaften Erkrankungen. Besonders für diese wachsende Bevölkerungsgruppe ist eine hohe Gesundheitskompetenz wichtig. Dazu gehört zum Beispiel, sich Gesundheitsinformationen zu beschaffen und diese zu verstehen, Entscheidungen bezüglich Therapien zu treffen, Symptome zu beobachten oder Arzneimittel wirksam und sicher einzusetzen. Studien haben jedoch gezeigt, dass gerade die Gesundheitskompetenz von Menschen mit chronischen Krankheiten und Multimorbidität unzureichend ist. Patienten erleben eine zu tiefe Gesundheitskompetenz im alltäglichen Umgang mit ihrer Krankheit als einschränkend. Daher lohnt es sich, in die Förderung von Gesundheitskompetenz zu investieren, um die Lebensqualität von Patienten und Angehörigen zu verbessern.

In der Schweiz mangelt es nicht an Gesundheitsinformationen, im Gegenteil: Patienten und Angehörige werden von Informationen oft geradezu überflutet. Deren Qualität und Verständlichkeit sind aber leider nicht immer befriedigend. Für Patienten und Angehörige wird die Suche nach den für sie richtigen Informationen deshalb oft zur Odyssee. Es fehlen handlungsrelevante Gesundheitsinformationen über Alltagsthemen chronisch kranker Menschen. Für zielgruppenspezifisches Informationsmaterial müssen Patienten und Angehörige unbedingt in den Entwicklungsprozess einbezogen werden. Ein verbesserter Zugang zu relevantem Wissen allein reicht zur Förderung von Gesundheitskompetenz bei chronischer Krankheit aber nicht aus. Es braucht Initiativen, welche die Kompetenz und die Motivation der (mehrheitlich) erkrankten Menschen fördern. Solche Angebote zu entwickeln, zu implementieren und auszubauen, ist eine grosse Herausforderung. Gerade bei chronischen Krankheiten und Multimorbidität gestalten sich Patientenedukation und Selbstmanagementförderung sehr komplex und erfordern dementsprechend viel Beratung, Zeit, Koordination und Geld.

Eine noch weitgehend ungenutzte Ressource zur Förderung von Gesundheitskompetenz sind «Experten aus Erfahrung» bzw. «peers», also Personen, die mit chronischen Krankheiten leben. Ihr Erfahrungswissen kann für Menschen in einer ähnlichen Situation sehr hilfreich sein. International wird Patientenbeteiligung mittlerweile als künftige «harte Währung» im Gesundheitswesen gehandelt. Hierzulande ist die «peer-to-peer healthcare» noch nicht systematisch in das Versorgungsangebot integriert worden. Es gibt aber bereits peer-basierte Selbstmanagementprogramme wie Evivo (www.evivo.ch), die Patienten bei Entscheidungen oder im Umgang mit ihrer Krankheit wirkungsvoll unterstützen.

Es gilt aber auch, die Zusammenhänge zwischen Gesundheitskompetenz, Wissensvermittlung und therapiebezogenen Entscheidungsprozessen weiter zu erforschen – insbesondere mit Blick auf die Beteiligung von peers. Mit Fragen rund um Gesundheitskompetenz, Leben mit chronischer Krankheit und Multimorbidität befasst sich das Kompetenzzentrum Patientenbildung der Careum Stiftung. Es führt Forschungs-, Dienstleistungs-,

sowie Meinungsbildungsaktivitäten durch und berücksichtigt dabei besonders die Partizipation von Patienten und Angehörigen.

Die hier skizzierten Aspekte stützen sich auf den Beitrag «Multimorbidität und Selbstmanagementförderung» im Sammelband «Gesundheitskompetenz in der Schweiz – Stand und Perspektiven» der Schweizer Akademien der Medizinischen Wissenschaften SAMW (i. E.). Aktuelle Diskussionen zu Gesundheitskompetenz, Patientenbeteiligung sowie Leben mit chronischer Krankheit finden sich im Careum Blog unter blog.careum.ch.



Dr. Jörg Haslbeck,
Programmleiter Kompetenzzentrum
Patientenbildung, Careum Forschung,
Forschungsinstitut der Kalaidos Fachhochschule Gesundheit



Strassenaktion in Winterthur.



Standaktion auf dem Marktplatz in Basel.

Erfolgreicher Kampagnenstart – mit einer vielfältigen Dialogwoche

Alkoholpräventionskampagne 2015–2017. Die neue Alkoholpräventionskampagne ist Mitte April gestartet. Am ersten Höhepunkt der Kampagne – der Dialogwoche Alkohol – nahmen rund 230 Partner mit 240 Veranstaltungen teil. Ein Rückblick.

Das Ziel der Alkoholpräventionskampagne ist es, die Bevölkerung dazu aufzurufen, sich die Frage zu stellen: Wie viel ist für mich und mein Umfeld zu viel? Dazu liefert die Kampagne auf spielerische Weise Wissen über Risiken und Nebenwirkungen des Alkoholkonsums.

Gut frequentierte Website

Auf zahlreichen Online-Portalen waren während der ersten Kampagnenwelle Banner zu sehen. Die Piktogramm-Clips der Kampagne liefen beispielsweise auf E-Boards an den Bahnhöfen sowie vor Youtube-Videos im Internet. Auch Inserate in Printmedien wiesen auf die Kampagnen-Website www.alcohol-facts.ch sowie auf die Dialogwoche Alkohol hin. Erste Auswertungen zeigen, dass die Kampagnen-Website bisher gut besucht worden ist. Die lange Verweildauer auf der Website deutet darauf hin, dass viele Besucherinnen und Besucher das Quiz zumindest teilweise gespielt haben. Auch die Informationen unter «Wissen» wurden gut nachgefragt.

Vielfältige Aktionen an der Dialogwoche

Die Dialogwoche Alkohol fand vom 30. April bis zum 9. Mai statt. Während dieser 10 Tage führten rund 230 Partner in der ganzen Schweiz 240 Veranstaltungen durch. Bewährt haben sich zum Beispiel Aufführungen des Kabarettisten Thierry Meury, Standaktionen mit der Abgabe von Give-Aways, Info- und Diskussionsabende, die sich etwa an Mitarbeitende eines Amtes oder eines Spitals richteten, oder auch kantonale Medienkooperationen und -kampagnen. An den vielen Anlässen wurde unterschiedlichen Zielgruppen die zentrale Frage «Wie viel ist zu viel?» gestellt, und sie wurden vor Ort dazu motiviert, sich mit ihrem eigenen Konsum auseinanderzusetzen.

Das Bundesamt für Gesundheit evaluiert nun diese erste Welle und dankt allen Partnern der Kampagne und der Dialogwoche für ihre guten Ideen, ihr Engagement und ihren Einsatz zugunsten der Alkoholprävention.

Weitere Informationen zur Kampagne, viele Fakten und das Quiz auf: www.alcohol-facts.ch

Kontakt: Barbara Kull,
Sektion Alkohol,
barbara.kull@bag.admin.ch



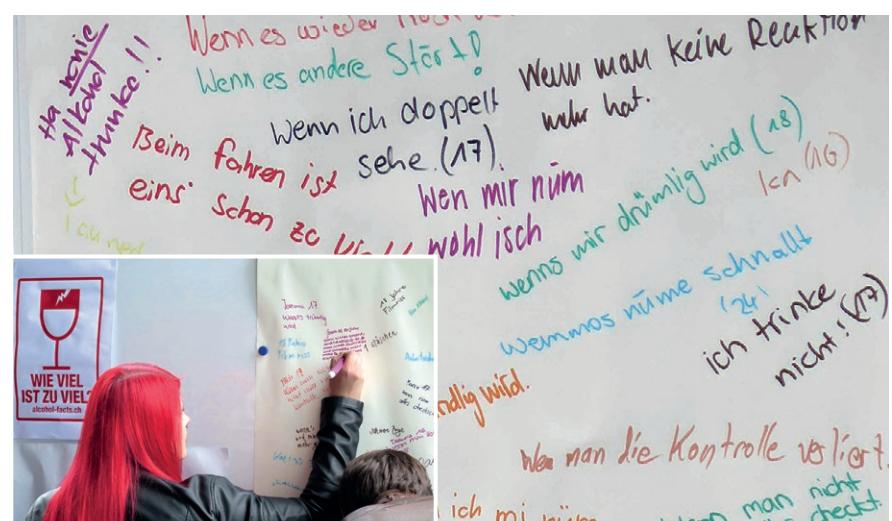
Bahnhofsaktion in Luzern.



Fahrsimulator in Mendrisio.



Verteilaktion am Bahnhof Zug.



Sensibilisierungsaktion im Berufsschulzentrum Weinfelden.

«Bei der Gesundheitskompetenz geht es nicht um Bevormundung oder st

Gesundheitskompetenz und Rahmenbedingungen. Erfolgreiche Prävention verbindet Verhaltensänderung und gesellschaftliche Rahmenbedingungen, um es den Menschen zu ermöglichen, die jeweils gesündere Wahl zu treffen. Voraussetzungen dafür sind die Gesundheitskompetenz des Individuums, aber auch das Bewusstsein der Gesellschaft als Ganzes. Wie hoch ist das Gut der Freiheit zu werten, wie hoch die Lebensqualität? Wir fragten die Sozialdemokratin Ursula Zybach, Grossrätin des Kantons Bern und Geschäftsführende Präsidentin von Public Health Schweiz, und den Tessiner Arzt und freisinnigen Nationalrat Ignazio Cassis nach Chancen und Grenzen, wenn es darum geht, die Ressourcen zu stärken.

spectra: «Health literacy», zu Deutsch «Gesundheitskompetenz», ist vor allem in den USA in aller Munde. Wie steht es um diesen partizipativen Ansatz in der Schweiz?

Ursula Zybach: Public Health Schweiz hat schon 2009 eine Konferenz zu diesem Thema durchgeführt. Der Begriff Gesundheitskompetenz ist also nicht neu in der Schweiz, aber anscheinend kann das Thema hier nicht richtig Fuß fassen. Das könnte am deutschen Begriff liegen, der einfach etwas sperrig ist und nicht so nah am Sprachgebrauch wie das englische «health literacy». Der Begriff Gesundheitskompetenz wird wenig verwendet und noch seltener inhaltlich umgesetzt. Die Gesundheitskompetenz ist in den letzten Jahren kaum vom Fleck gekommen.

Das Kind braucht also einen hübscheren Namen.

Zybach: Begriffe sind wichtig und haben einen Einfluss darauf, ob ihr Inhalt auch angenommen wird. Auf Englisch klingen die Begriffe meist angenehmer und gehen einem besser über die Lippen. Mit «health in all policies» ist es ganz ähnlich. Das deutsche «Gesundheit in allen Politikbereichen» ist sehr umständlich und weit weg vom täglichen Sprachgebrauch. Der Begriff ist aber nur die eine Hürde. Die andere ist die Art, wie hier Projekte durchgeführt werden. Die Schweiz ist dezentral organisiert, die Kantone, Gemeinden oder NGOs arbeiten relativ autonom. Viele leisten es sich, bestimmte Dinge nicht in ihre Projekte zu integrieren, obwohl sie wichtig wären.

Sie haben gesagt, die Schweiz käme im Bereich Gesundheitskompetenz nicht vom Fleck. Was sind Ihre Visionen bezüglich dieses Ansatzes?

Zybach: Die NGOs und Verbände, Kantone und der Bund sitzen zusammen, definieren gemeinsame Ziele und setzen entsprechende Prioritäten mit den dafür notwendigen finanziellen Mitteln. Daraus sind wir heute weit entfernt. Es

werden viele Projekte umgesetzt, weil man meint, es sei eine Priorität, oder weil man das Geld dazu hat. In der Schweiz ist die Gesundheits- oder Informationsschere schon heute weit geöffnet. Ich befürchte, sie wird sich noch weiter öffnen, weil immer noch vor allem jene etwas bekommen, die schon haben – sei es Gesundheit, Bildung, Geld oder hohen sozialen Status. Für diejenigen, die schwer erreichbar, vulnerabel oder sozial schwach sind, gibts nur wenige passende Angebote.

Ignazio Cassis: In den 1980er-Jahren ist mir die Idee von «health literacy» zum ersten Mal begegnet unter dem Namen «patient empowerment», das war damals das magische Wort. Warum hat er nicht Fuss fassen können? Weil es «health literacy» in einer demokratisch entwickelten Gesellschaft vielleicht als politisches Sonderthema gar nicht braucht. In einer freiheitlichen Gesellschaft geniessen Bürgerinnen und Bürger grosse Freiheit und übernehmen entsprechende Verantwortung, auch für die eigene Gesundheit. Verantwortung zu übernehmen, bedeutet auch, sich nicht mehr zu nehmen, als man braucht. Dieses Denken gilt heute fast schon als nostalgisch. Der Zeitgeist ist nämlich langsam ein anderer: Der Staat soll intervenieren und die Bürgerinnen und

«Für diejenigen, die schwer erreichbar, vulnerabel oder sozial schwach sind, gibts nur wenige passende Angebote.»

Ursula Zybach

Bürger vor sich selbst schützen, als wären sie ewige Teenager. Die Tendenz ist heute, sich die Freiheit zu nehmen und die Verantwortung zu delegieren. Aus diesem Zeitgeist sind Worte wie «Abzocker» und «Profiteure» entstanden. Begriffe wie «health literacy» kommen aus einer technokratischen Perspektive, von den Fachleuten der WHO. Sie stellen aus gesundheitlicher Perspektive einen Teil der Verantwortung dar, die wir alle übernehmen müssen. Aber niemand in unserem Land – von links bis rechts – ist dagegen, dass die Bürgerinnen und Bürger besser auf ihr gesundheitliches Potenzial achten und sich besser in Gesundheitsthemen und im Gesundheitswesen zurechtfinden.

Zybach: In dem Punkt stimme ich Ignazio Cassis zu: Alle wollen gesundheitskompetente Bürgerinnen und Bürger. Aber über den Weg dorthin ist man sich nicht einig. Soll man es der Bevölkerung selber überlassen, gemäss dem liberalen Credo «Wenn jeder für sich schaut, ist für alle geschaut»? Dem widerspricht aber die Tatsache, dass es Gruppen gibt, die eben nicht für sich schauen können. Rund 800 000 Personen, die in der Schweiz leben, haben Lese- und Schreibprobleme oder können gar nicht lesen und schreiben. Es ist also definitiv kein Gejammer auf hohem Niveau,



Ignazio Cassis

wenn man sich mehr Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung wünscht. Es besteht tatsächlich ein riesiges Defizit, und das Problem löst sich nicht von allein. Wie soll jemand, der nicht lesen kann, sich ohne Hilfe im Gesundheitswesen zurechtfinden können? Auf welcher Basis soll er oder sie Entscheidungen treffen, wie sich informieren?

Cassis: Gesundheitskompetenz als Strategie kann innerhalb und ausserhalb des Gesundheitswesens angesiedelt werden. Die Schweiz hat im Bereich «literacy», egal ob es nun im Bereich Gesundheit, Verkehr, Medien oder Finanzen ist, in den letzten zwanzig Jahren sehr grosse Fortschritte gemacht. Allein der Bund hat massiv in die Bildung investiert, und nicht nur in Eliteinstitutionen wie die ETH, sondern in alle Stufen der Bildung. Hinzu kommen die Gelder der Kantone, die für die Bildung die Hauptverantwortung haben. Wir kämpfen also seit Jahrzehnten sehr intensiv für «literacy», also für mehr Kompetenz bei den Bürgerinnen und Bürgern, auch – aber nicht spezifisch – für den Gesundheitsbereich. Ich vermisste in der heutigen Gesundheitspolitik den etwas weiteren Blickwinkel. Das Gesundheitswesen ist nur ein Sektor von vielen. Die Frage muss meines Erachtens lauten: Sind die Bürgerinnen und Bürger in der Schweiz gut genug ausgebildet oder nicht? Wenn nicht, müssen wir uns überlegen, was wir verbessern können. Im internationalen Vergleich stehen wir zwar nicht schlecht da, auch wenn Verbesserungen immer möglich sind. Indikatoren wie die Arbeitslosenquote – sie liegt sehr tief bei 3% – attestieren uns gute Resultate über den Ausbildungsstand der Bevölkerung. Natürlich gibt es vor allem in der Migrationsbevölkerung Gruppen, die dieses Bildungsniveau nicht erreichen oder erreicht haben. Hier muss unsere Integrationspolitik eingreifen und ihnen auch eine Chance geben: Das sind grosse Projekte, die sich meist erst bei der zweiten Generation auswirken.

Zybach: Es stimmt, dass die Arbeitslosigkeit in der Schweiz sehr tief ist. In der Statistik sind aber jene nicht mitgezählt, die ausgesteuert sind. Es gibt viele Menschen, die Probleme haben, wir sehen sie nur nicht. Und es sind auch nicht nur Migrantinnen und Migranten, die nicht lesen und schreiben können, fast die Hälfte der Personen, die von Illetrismus betroffen sind, sind Schweizerinnen und Schweizer, die es wieder verlernt haben. Es gibt zudem viele Unternehmen, die Löhne bezahlen, von denen man nicht leben kann. Diese begünstigen, dass man keine Zeit hat für Gesundheitsthemen und alle anderen Themen, die wichtig sind im Leben. Ich bin auch der Meinung, dass man Gesundheitsthemen und Gesundheitskompetenz nicht isoliert betrachtet, sondern sie in grössere Themenbereiche mit hineinpackt.

Kommen wir nochmals zurück auf das Problem der weit verbreiteten Lese- und Schreibschwäche. Wären eine einfachere Sprache oder Piktogramme ein Schritt in diese Richtung?

Cassis: Piktogramme sind immer ein guter Weg, um schnell und einfach zu informieren. Bei der Revision des Lebensmittelgesetzes haben wir auch viel über Piktogramme gesprochen. Es wäre ein interessantes Projekt, dies auch für das Gesundheitswesen umzusetzen und den Impact zu messen. Bei der Gesundheitskompetenz arbeiten wir immer noch vor allem auf der Ebene der Verhaltensänderung, obwohl wir heute wissen, dass es unheimlich schwierig ist, das Verhalten zu ändern. Alle Präventionskampagnen aus den Bereichen Aids und Sucht haben diese schmerzhafte Erfahrung gemacht. Das Vorhaben des Staates, das Verhalten der Bevölkerung zu ändern, ist wohl gut gemeint, aber eigentlich eine «Mission impossible».

Im Gegensatz zu Verhaltensprävention ist die Verhältnisprävention sehr effektiv. Wo sehen Sie –

aatliche Intervention, sondern um das Weitergeben von Informationen.»



Ursula Zybach

gerade als freisinniger Politiker – in diesem Bereich noch Möglichkeiten für die öffentliche Gesundheit?

Cassis: Liberalismus bedeutet, dass der Staat nur so weit gesetzgeberisch intervenieren soll, dass dadurch die Freiheit des Bürgers geschützt wird. Damit ist eigentlich schon alles gesagt. Jeder muss mit der Freiheit des anderen respektvoll umgehen. Das heißt: Verantwortung tragen. Freiheit und Verantwortung sind die höchsten Werte im Liberalismus. Im Sozialismus hat hingegen die Kollektivität den höchsten Stellenwert. Beides sind legitime Weltanschauungen – und jeder Mensch ist frei, diesbezüglich seine Präferenzen zu haben! Das ist für mich wichtig.

Mit Verhältnisprävention können wir tatsächlich mit weniger Geld mehr erreichen als mit Verhaltensprävention. Aber Verhältnisprävention ist immer auch eine Bedrohung der Freiheit. Als Freisinniger setze ich Verhältnisprävention dort ein, wo die Balance zwischen Freiheit und Bevormundung zu einer gegebenen Zeit gesellschaftlich stimmt. Wie beispielsweise die systematische Jodierung des Kochsalzes, das Tragen von Sicherheitsgurten im Auto oder die gesundheitsfördernde Urbanistik. Verbote und Diktate sollen nur mit Zurückhaltung zugelassen werden, sonst droht die Diktatur, die zwar in den Köpfen der Herrschenden gut gemeint sein kann, nicht aber meiner Weltanschauung entspricht. Früher war ich allergisch auf das Wort «Bevormundung». Heute habe ich gesehen, dass die Gefahr der Bevormundung durch den Staat tatsächlich besteht, nach dem Motto «Wir wissen besser, was gut für euch ist». Dank der direkten Demokratie können sich Schweizerinnen und Schweizer gegen staatliche Bevormundung wehren. In der Schweiz besteht in meinen Augen eine recht gute Balance zwischen Individualismus und Kollektivismus. Diese Balance liegt mir am Herzen.

Spieleküche können sich in der Schweiz selbst schützen, indem sie sich von den Spielcasinos sperren lassen. Eine Massnahme der Eigenverantwortung, die der Staat ermöglicht hat. Sind aus Ihrer Sicht ähnliche Massnahmen auch für andere Gesundheitsbereiche denkbar?

Cassis: Diese Massnahme hat tatsächlich mit Eigenverantwortung zu tun und ist zu begrüßen. Am Beispiel Sucht sieht man übrigens gut, wie widersprüchlich unsere Gesellschaft auch sein kann. Viele Leute, die sonst immer die Fahne der Freiheit hochhalten, stellen bei spezifischen Suchtverhalten ihre Werteskala geradezu auf den Kopf und wollen alle Drogen verbieten. Sie sind also gleichzeitig gegen die Legalisierung von Cannabis und für lockere Alkoholgesetze, obwohl Cannabis und Alkohol ähnliche Gesundheitsprobleme verursachen können! Und umgekehrt: Leute, die einen kollektivistischen Ansatz beim Alkohol wollen (wie Verbote von Happy-Hours oder nächtliche Verkaufsverbote), verlangen die Liberalisierung des Cannabis.

Wäre «Ressourcen stärken» ein besserer Begriff als «Gesundheitskompetenz»?

Cassis: Es ist wenig wichtig, was für ein Wort wir verwenden. Hauptsache, es kann im Volk verankert werden. Meine Grossmutter hat mir ständig gesagt, was gut und was schlecht für die Gesundheit ist. Aber ihr war natürlich nicht bewusst, dass sie damit eine «health literacy promoter» war. Ich hatte das Glück, in einem guten familiären Umfeld aufzuwachsen mit einem guten Mix aus Schutz und Freiheit, sodass ich mir auch mal weh tun konnte und daraus etwas lernen konnte. Dieses Glück haben natürlich nicht alle. Die Frage ist, wie man denen am besten hilft, die das zu Hause nicht lernen können. Sie nur zu schützen, kann nicht die Lösung sein, dann werden sie komplett unfähig. Ich habe aber auch keine Patentlösung.

Ursula Zybach, was sagen Sie zum Ansatz «Lernen durch Leben»?

Zybach: Im familiären Kontext gefällt mir dieser Ansatz gut. Aber das ist eine ganz andere Ebene als die Ebene der öffentlichen Gesundheit. Ich möchte aber auf die Angst vor einer außer Kontrolle geratenen Bevormundung und auf den liberalen Gedanken zurückkommen. So wohl die Politik der FDP als auch diejenige der SP basieren ja auf liberalen Gedanken. Für mich stehen der Schutz und das Verstehen im Vordergrund. Bei der Gesundheitskompetenz geht es nicht um Bevormundung oder staatliche Intervention, sondern um das Weitergeben von Informationen, damit die Bürgerinnen und Bürger eine mündige Entscheidung treffen können. Ja, die Schweiz hat viel investiert in die Bildung, aber dabei geht es vor allem um Berufsausbildung im engeren Sinne, diese Bildung ist weiter weg vom Alltag als das, was wir mit Gesundheitskompetenz meinen. Wir brauchen quasi eine institutionalisierte Grossmutter, weil die eigentliche Grossmutter in vielen Fällen eben nicht da ist. Und natürlich ist der Gesundheitsbereich in den letzten Jahrzehnten auch viel komplexer geworden. Ihre Grossmutter, Herr Cassis, hat Ihnen wohl kaum etwas über E-Nummern und krebserregende Farbstoffe oder von An-

«Man muss zu jedem Zeitpunkt den richtigen Mix zwischen Regulierung und Freiheit finden.»

Ignazio Cassis

Wir können ziemlich sicher sein, dass zum Beispiel keine Kolibakterien in einem Lebensmittel sind. Die Sicherheit ist doch aber nur das eine. Die Qualität und die Inhaltsstoffe sind das andere. Es braucht zum Beispiel Wissen, um zu entscheiden, ob man die Verkaufsaktion für das Fleisch aus Ungarn, das ziemlich sicher aus Massentierhaltung stammt, wirklich nutzen will. Das hat auch mit Eigenverantwortung zu tun.

Cassis: Sie untermauern gerade meine Argumentation, dass beim Ansatz Gesundheitskompetenz die Gefahr der Indoktrinierung besteht. Das Wissen um Produktionsverhältnisse hat nichts mit Ihrer Gesundheit zu tun, sondern mit Ihrer Weltanschauung der Nachhaltigkeit – und damit gelangen wir in eine andere politische Diskussion. Das ist das Schwierige an der Prävention: Sie kann ganz schnell in die Weltanschauungen kippen.

Zybach: Das ist meines Erachtens ein Schritt zu viel. Es geht mir nur um das Wissen. Was der Einzelne damit macht, ist ihm selber überlassen.

Bleiben wir beim Beispiel Lebensmittel. Würden Sie ein Werbeverbot für ungesunde Lebensmittel wie Schokoriegel, Soft Drinks und Fast Food in den TV-Kinderprogrammen befürworten?

Cassis: So einen Antrag für ein Werbeverbot bei Minderjährigen hatte ich – notabene ein Freisinniger – damals bei der Revision des Lebensmittelgesetzes eingebracht. Das ist kein Widerspruch zum Freisinn, denn Kinder und Jugendliche sind eben noch nicht mündig und tragen keine Eigenverantwortung, deshalb sollen sie geschützt werden.

Zybach: Ja, wenn es möglich wäre, würde ich es gerne verbieten, und zwar auch in den Sozialen Medien. Ich würde sogar so weit gehen, gewisse Bezeichnungen für gewisse Lebensmittel zu verbieten, weil sie wirklich irreführend sind. Ich wollte aber nochmals auf die Freiheit zurückkommen: Für mich ist Freiheit auch wichtig, aber eine gute Lebensqualität und lange gesund leben zu können, ist genauso wichtig. Und da besteht manchmal ein Konflikt. Zugunsten der Lebensqualität würde ich im Zweifelsfall die Freiheit beschneiden.

Cassis: Das verstehe ich! Und für mich – egal ob gesund oder krank – wäre es definitiv nicht möglich, ohne Freiheit eine gute Lebensqualität zu haben. Sie sind ja zudem auch frei, sich gesund zu ernähren und zu bewegen.

Zybach: Ja, weil ich viel weiß. Aber viele Menschen wissen zu wenig, um sich gesund zu ernähren und zu leben.

Cassis: Und so sind wir wieder beim Anfang. Wichtig ist eben, gut gebildete und mündige Bürgerinnen und Bürger zu haben, Gesundheitskompetenz inklusive. Dafür ist vor allem das Bildungssystem der Weg. Die Vermittlung von «health literacy» ist ein Teil davon.

Zybach: Sie haben die hohe Lebensmittelsicherheit in der Schweiz erwähnt.

Weltweit einheitliche Gefahrensymbole auf chemischen Produkten

Kennzeichnung chemischer Produkte. Seit dem 1. Juni 2015 sind europaweit – so auch in der Schweiz – nur noch die neuen Gefahrensymbole nach GHS (global harmonisiertes System zur Einstufung und Kennzeichnung von Chemikalien) erlaubt.

Die neuen Gefahrensymbole bestehen aus schwarzen Zeichen auf weißem Grund in einer roten Raute. Sie lösen die bisherigen Symbole mit ebenfalls schwarzen Zeichen in einem orangefarbenen Quadrat ab. Lagerbestände mit

den alten Kennzeichnungen dürfen noch bis zum 31. Mai 2017 verkauft werden. Die Entwicklung und Einführung eines neuen weltweit gültigen Systems zur Einstufung und Kennzeichnung gefährlicher Chemikalien war eine der Entwicklungsinitiativen des UNO-Erdgipfels 1992 in Rio.

Infos auf Kampagnen-Website

In der Schweiz wird die Einführung der neuen Gefahrensymbole von der Kampagne «Genau geschaut, gut geschützt» begleitet. Ihr Schwerpunkt lag auf der Website www.cheminfo.ch, auf der ziel-

gruppenspezifische Flyer, Schullektionen und weitere Informations- und Instructionsmaterialien heruntergeladen oder bestellt werden können. Die Verbreitung der verschiedenen Materialien erfolgte über 19 Partnerorganisationen. Gemäss einer Umfrage haben 56% der Bevölkerung mindestens ein Kampagnenelement wahrgenommen. Der Slogan und auch die Sujets der Infokampagne erhielten mit deutlich über 80% Zustimmung sehr gute Noten. Alle Materialien, insbesondere auch die Schullektionen, stehen auch nach dem Abschluss der Kampagne weiterhin zur Verfügung.

App «cheminfo» mit Notruf-funktion

Im Rahmen der Einführungskampagne der GHS-Kennzeichnung wurde auch die Gratis-App «cheminfo» für Smartphones lanciert. Sie liefert unter anderem Informationen zu den neuen Symbolen und enthält eine Notruf-145-Funktion, die bei Vergiftungsunfällen und Vergiftungsverdacht betätigt werden kann. Der Notruf gelangt an die Zentrale von Tox Info Suisse, wo Ärzte rund um die Uhr unentgeltlich Auskunft erteilen.

Link: www.cheminfo.ch

«Genau geschaut» tut Not

Umgang mit chemischen Produkten. «Genau geschaut, gut geschützt» heisst der Kampagnenslogan zur Einführung des neuen Kennzeichnungssystems für gefährliche chemische Produkte nach GHS (Globally Harmonized System). Die Kampagne ist in der Tat notwendig: Grosse Teile der Schweizer Bevölkerung sind nicht auf dem aktuellen Stand, was die Gefahrenkennzeichnung gefährlicher chemischer Produkte und den sicheren Umgang mit ihnen betrifft. Das zeigen repräsentative Umfragen aus den Jahren 2009, 2012, 2013 und 2015, die im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit durchgeführt worden sind.

Die Umfragen zeigen zum Beispiel, dass die alte Gefahrenkennzeichnung nach Giftklassen in der Bevölkerung immer noch tief verankert ist. Vor allem die über 50-jährige Bevölkerung hält die Giftklassen immer noch für das aktuell gültige Kennzeichnungssystem für chemische Produkte. Diese wurden jedoch schon 2005 abgeschafft und durch die schwarz-orangefarbenen Symbole und später durch die schwarz-weiss-roten, weltweit einheitlichen Gefahrensymbole nach GHS ersetzt. Diese sind seit dem 1. Juni 2015 nun in der Schweiz und der EU obligatorisch (siehe Text oben).

Immerhin 70% der Bevölkerung wissen aber, dass chemische Produkte gekennzeichnet werden, und 40% wissen, dass dazu Gefahrensymbole verwendet werden. Die gestützte Bekanntheit, also das Erkennen der Kennzeichnungen von den Befragten, wenn ihnen diese vorgelegt werden, ist sehr unterschiedlich. Bei häufig vorkommenden Kennzeichnungen wie bei jenem für «Reizend/Gesundheitsschädlich» (Andreas-Kreuz), für «Gewässergefährdend» (Baum/Fisch) und bei dem neuen allgemeinen Gefahrensymbol (Ausrufezeichen) ist die Bekanntheit in den vergangenen Jahren stark und schnell gestiegen und liegt heute bei deutlich über 50%, respektive bei 90%. Die Kennzeichnung für «Ätzwirkung» (Reagenzgläser/Hand) hingegen konnte kaum an Bekanntheit zulegen und verharrt bei mehr oder we-



niger 50%. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass es vor allem in beruflichen Kontexten zur Anwendung kommt. Neue Gefahrensymbole nach GHS wie jenes für «Gesundheitsgefahr» (Oberkörper) sind jedoch noch deutlich weniger bekannt.

Nachlässiger Umgang

Gemäss eigener Einschätzung verhält sich die Schweizer Bevölkerung im Umgang mit chemischen Produkten vorsichtig und korrekt; ca. 70% (Tendenz leicht fallend) gaben an, Gebrauchsanleitungen und Gefahren- und Sicherheitshinweise zu lesen. Bei Nachfragen gab jedoch über ein Drittel an, dass sie oft keine Zeit oder Lust dazu hätten, die Hinweise zu lesen. Auch in puncto Lagerung gibt es einen Wermutstropfen: Die meisten Befragten geben zwar an, chemische Produkte getrennt von Lebensmitteln und ausserhalb der Reichweite von Kleinkindern aufzubewahren. Jedoch gaben 25% an, dass sie chemische Produkte schon einmal umgefüllt haben,

was die wichtigste Unfallursache bei Erwachsenen darstellt.

Jährlich bis zu 50 000 Vorfälle

Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung, ereigneten sich in Schweizer Haushalten in den vier Umfragejahren 144 000, 64 000, 32 000 respektive 64 000 Vorkommnisse oder Unfälle mit chemischen Produkten. Diese Zahlen sind aber mit Vorsicht zu betrachten, da nach Vorfällen im vergangenen Jahr gefragt wurde. Erfahrungsgemäss wird ein Jahr bei dieser Art Fragen nicht immer scharf abgegrenzt. Auch die Zahlen von Tox Info Suisse sind nur beschränkt aussagekräftig: Der kostenlose Notruf- und Auskunftsdiensst von Tox Info Suisse erhält pro Jahr rund 8000 Anrufe aufgrund von Vorfällen mit chemischen Produkten in Haushalten. Dass diese Vorfälle aber nur die Spitze des Eisbergs sein können, zeigen verschiedene Analysen; so wurde Tox Info Suisse zum Beispiel nur bei 7 von 163 registrierten Auvergärtungen im Inselspital Bern und

im Kantonsspital Liestal zu Rate gezogen. Die Auswertung der verschiedenen Datenquellen wie Versicherungsstatistiken, Umfrageergebnisse und Monitorings in Spitäler lassen auf 30 000 bis 50 000 Vorfälle mit chemischen Produkten pro Jahr schliessen. Am meisten betroffen sind Kleinkinder unter fünf Jahren. Bei Unfällen mit Erwachsenen sind meist Verwechslungen wegen umgefüllter Produkte im Spiel.

Drei Schritte zu weniger Giftunfällen

Aus den Umfragen lassen sich drei wichtige Punkte zur Verminderung von Giftunfällen ableiten:

– Bekanntheit der Gefahrensymbole und verantwortungsvollen Umgang steigern: Nur erkannte Gefahren können gebannt werden. Deshalb ist es zentral, die Bekanntheit der neuen Kennzeichnungen (schwarze Zeichen auf weißem Grund in einer roten Raute) so rasch wie möglich zu steigern und die Bevölkerung zur Beachtung der Gebrauchsanweisungen aufzurufen.

– Umfüllen vermeiden: Das Umfüllen von chemischen Produkten in andere Behälter – meist sind es Lebensmittelbehälter – ist der häufigste Grund für Giftunfälle im Erwachsenenalter. Chemische Produkte sollten daher immer in der Originalverpackung aufbewahrt und nie umgefüllt oder zusammengefüllt werden.

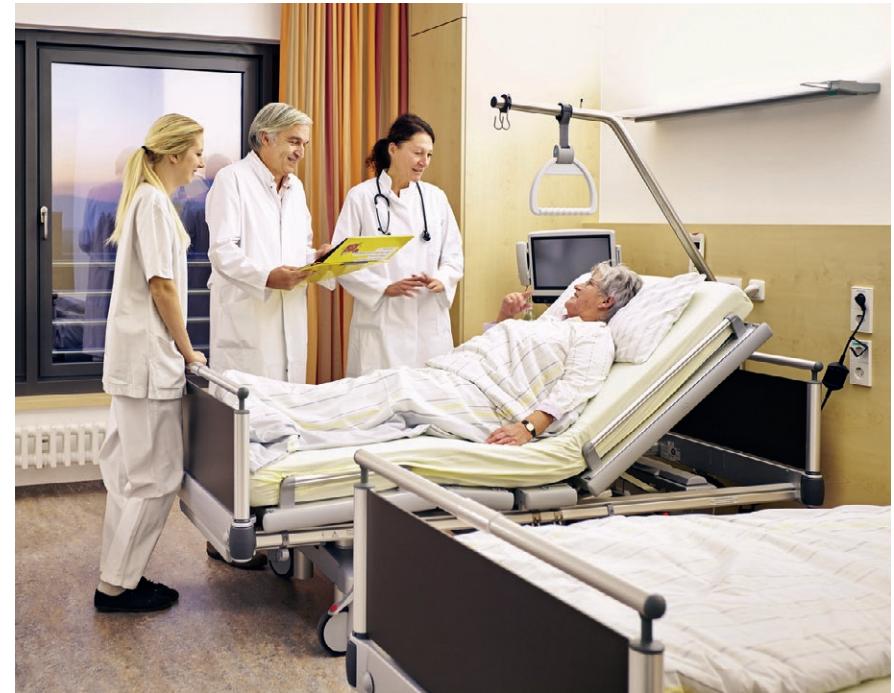
– Auf mindestens 1,60 Meter Höhe lagern – Kleinkinder schützen: In Haushalten mit Kleinkindern müssen alle chemischen Produkte, also auch die Geschirrspültablets, WC-Duftsteine oder Duftlämpchen, konsequent ausserhalb ihrer Reichweite aufbewahrt werden. Die Beratungsstelle für Unfallverhütung bfu empfiehlt eine Lagerung auf einer Höhe von mindestens 1,60 Metern.

Links:

www.cheminfo.ch
www.bag.admin.ch/ghs

Kontakt: Heribert Bürgy,
Sektion Marktkontrolle und Beratung,
heribert.buergy@bag.admin.ch

Die Zahl der Spital- und Pflegeheiminfektionen senken



Strategie NOSO. Geschätzte 70 000 Personen erkranken in Schweizer Spitäler jährlich an Infektionen, rund 2000 Menschen sterben daran. Ende 2015 wird dazu in der Schweiz erstmals eine nationale Strategie vorliegen, die Strategie NOSO. Diese soll solche sogenannten nosokomialen Infektionen einheitlich überwachen, sie bekämpfen und die Verhütung verstärken.

Spital- und Pflegeheiminfektionen betreffen insbesondere die Harn- und die Atemwege oder treten als Wundinfektionen und Blutvergiftungen auf. «Bis zu 50% der Fälle lassen sich mit Präventions- und Überwachungsmassnahmen verhindern», sagt NOSO-Projektleiterin Ulrike Schröder. Der Bund wolle die Bevölkerung deshalb stärker schützen, sprich: die Zahl der Infektionen und der damit verbundenen Langzeitfolgen und Todesfälle reduzieren. Zudem würden so auch die Gesundheitskosten durch nosokomiale Infektionen sinken; sie betragen derzeit schätzungsweise 230 Millionen Franken pro Jahr. Der Bund stützt sich bei der Strategie NOSO auf die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrats («Gesundheit 2020») sowie auf das revidierte Epidemigesetz, welches Anfang 2016 in Kraft tritt.

Viele Ansätze – fehlende Koordination

Gemäss einer IST-Analyse, die als Basis für die Strategiearbeitung gemacht wurde, gibt es in der Schweiz bereits zahlreiche Massnahmen zur Eindämmung von Spital- und Pflegeheiminfektionen. Nach Schröders Aussage beschäftigt sich eine Vielzahl von Akteuren aus dem öffentlichen und privaten Sektor in unterschiedlichem Ausmass mit dem Thema. Bei der Ausbildung von Fachkräften sei das Bild ebenfalls uneinheitlich: «Zwar besteht ein strukturiertes Ausbildungsprogramm für Pflegefachkräfte, für Ärztinnen und Ärzte fehlt aber ein entsprechendes Angebot.» Richtlinien im Bereich Hygiene entstünden zumeist direkt in den einzelnen Institutionen, dies in Anlehnung an internationale und nationale Publikationen. «Eine nationale Plattform mit breitem, freiem Zugang zu Hygienerichtlinien existiert jedoch nicht.» Auch bei den in den einzelnen Spitälern und Pflegeheimen durchgeführten Programmen zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen zeigt sich in der Analyse ein breites Spektrum. Was bislang gefehlt hat, ist eine nationale Abstimmung der Massnahmen sowie eine bessere landesweite Überwachung der Situation. Dasselbe gilt für allgemein gültige Regelungen, etwa Minimalanforderungen

bei der Hygiene in Gesundheitseinrichtungen. Zudem besteht Bedarf an Instrumenten zur Verhütung und zur flächendeckenden Kontrolle ihrer Umsetzung.

Breit abgestütztes Vorgehen

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) arbeitet deshalb bis Ende 2015 an der ersten Gesamtstrategie. Diese soll die Voraussetzungen für ein schweizweit einheitliches, effizientes Vorgehen zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Spital- und Pflegeheiminfektionen schaffen. «Sie baut auf bestehende Strukturen und Massnahmen auf, klärt Verantwortlichkeiten und trägt dazu bei, die Verhütungs- und Bekämpfungsziele koordiniert zu erreichen», erläutert Ulrike Schröder. Bei der Strategieentwicklung beziehe das BAG die Kantone und alle weiteren betroffenen Kreise ein, namentlich Vertretungen der Spitäler, der Pflegeheime, der Ärzteschaft und des Pflegepersonals.

Umsetzung ab 2016

In diesem Sinn haben von Juli 2014 bis März 2015 mehrere Workshops und Expertenrunden stattgefunden. Dabei sind der Handlungsbedarf definiert sowie die strategischen Ziele und die Schlüsselmaßnahmen entwickelt worden. «Das Strategiepapier legt das Augenmerk auf vier Handlungsfelder», so Schröder:

«Governance, Monitoring, Verhütung und Bekämpfung sowie Bildung und Forschung.» Anfang Juli 2015 sei der Entwurf zur Stellungnahme an die Kantone und alle weiteren betroffenen Kreise gegangen. «Ab Mitte September findet die Auswertung der Rückmeldungen statt.» Im Dezember 2015 werde der Bundesrat dann die Strategie NOSO beraten und freigeben, damit im kommenden Jahr die Umsetzung beginnen kann.

Links:

www.bag.admin.ch/de/NOSO
www.swiss-noso.ch

Kontakt: Ulrike Schröder,
Projektleiterin Strategie NOSO,
ulrike.schroeder@bag.admin.ch

Impressum • spectra Nr. 110, September 2015

«spectra – Gesundheitsförderung und Prävention» ist eine Informationsschrift des Bundesamts für Gesundheit und erscheint vier 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: BAG, 3003 Bern, Tel. 058 463 87 79, Fax 058 464 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, Fotolia – 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:

Bundesamt für Gesundheit, Sektion Kampagnen, 3003 Bern

Die nächste Ausgabe erscheint im Dezember 2015.

Kontakte

Sektionen, Fachstellen

Telefon

058 463 87 86

Sektion Alkohol

058 463 20 43

Sektion Tabak

058 463 87 13

Sektion Drogen

058 463 88 11

Sektion Prävention und Promotion (Übertragbare Krankheiten)

058 462 62 26

bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz

058 463 87 93

Sektion Grundlagen (Nationale Präventionsprogramme)

058 463 87 79

Sektion Kampagnen

058 463 87 55

Sektion Ernährung und Bewegung

058 463 30 15

Nationales Programm Migration und Gesundheit

www.spectra-online.ch

Mutter-Kind-Gesundheit in der Migrationsbevölkerung stärken

Prekäre Gesundheit von Müttern und Kindern mit Migrationshintergrund. Mehr Kinder mit einem geringen Geburtsgewicht, erhöhte Säuglings- und Müttersterblichkeit, mehr Schwangerschaftsabbrüche: Mütter und Säuglinge mit Migrationshintergrund haben mehr gesundheitliche Probleme als Schweizer Mütter und Neugeborene. Dies bestätigt der Bundesratsbericht, den das Bundesamt für Gesundheit zur Erfüllung des Postulats der Ständerätin Liliane Maury Pasquier erstellt hat.

Babys ausländischer Mütter weisen im Vergleich zu Babys von Schweizer Müttern öfter ein Geburtsgewicht unter 1500 Gramm auf; bei Müttern aus der Türkei, Subsahara-Afrika oder Ex-Jugoslawien besteht eine höhere Totgeburten- und Säuglingssterblichkeitsrate als bei Schweizer Müttern; verfügbare Daten weisen darauf hin, dass die Abtreibungsrate bei Migrantinnen mehr als doppelt so hoch ist als bei den Schweizerinnen. Dies sind einige der Ergebnisse der Studien zum Gesundheitsstatus von Müttern und Kindern mit Migrationshintergrund, die im Rahmen des Bundesratsberichts durchgeführt wurden. Innerhalb der Migrationsbevölkerung bestehen zwar zum Teil grosse Unterschiede, aber im Gesamtbild zeigen sich klare Differenzen: Schweizer Schwangere und Mütter sind durchschnittlich gesünder als ausländische, und Schweizer Babys haben oft einen besseren Start ins Leben als Babys ausländischer Mütter.



Hauptfaktor sozialer Status

Die soziale und ökonomische Lage von Migrantinnen ist einer der zentralen Faktoren für diese Ungleichheiten. Migrantinnen in der Schweiz haben oft ein tieferes Bildungsniveau als Schweizerinnen, arbeiten unter schwierigeren Arbeitsbedingungen und leben häufiger in belastenden Situationen, zum Beispiel wegen mangelnder sozialer Unterstützung oder wegen eines prekären Aufenthaltsstatus. Hinzu kommen spezifische Gesundheitsrisiken wie die weibliche Genitalverstümmelung bei einigen Gruppen von Migrantinnen oder ein erhöhtes Risiko für HIV bei Migrantinnen aus HIV-Hochprävalenzländern.

Sprachbarrieren

Eine weitere grosse Hürde zur gesundheitlichen Chancengleichheit sind Verständigungsschwierigkeiten. Mangelnde

Sprachkenntnisse führen mitunter dazu, dass Migrantinnen präventive und medizinische Dienstleistungen weniger nutzen, obwohl sie wie alle in der Schweiz lebenden Personen grundsätzlich Zugang zu einer guten Versorgung hätten. Eine Studie hat zum Beispiel gezeigt, dass manche Empfehlungen wie die Einnahme von Folsäure in der Schwangerschaft bei Migrantinnen weniger gut

bekannt sind und ungenügend befolgt werden. Kommunikationsprobleme mit medizinischen Fachpersonen können dazu führen, dass das Vertrauensverhältnis beeinträchtigt ist, was wiederum eine geringere Qualität der medizinischen Behandlung zur Folge haben kann.

Bund bekräftigt sein Engagement

Bereits 2013 hat die Tripartite Agglomerationskonferenz (TAK) den Integrationsdialog «Aufwachsen – gesund ins Leben starten» lanciert. Die TAK ist die politische Plattform von Bund, Kantonen, Städten und Gemeinden. Am Integrationsdialog beteiligen sich Akteure aller politischen Ebenen und jene Fachleute, die Eltern und Kinder während Schwangerschaft, Geburt und der ersten Lebensjahre betreuen und beraten. Angesichts der Ergebnisse des Berichts bekräftigt

der Bundesrat sein Engagement im TAK-Integrationsdialog. Handlungsbedarf besteht gemäss den beteiligten Fachpersonen zum Beispiel beim Abbau von Sprachbarrieren, bei der Schulung der Gesundheitsfachpersonen im Umgang mit Migrantinnen und Migranten oder bei der Sicherstellung der Betreuungs- und Förderketten im Frühbereich. Die TAK wird im Laufe des Jahres 2017 Bilanz ziehen und aufzeigen, in welchen Bereichen weiterhin Massnahmen nötig sind.

Chancengleichheit für alle

Neben dem Integrationsdialog ist der Bund auch mit weiteren Projekten aktiv, um die Mütter- und Säuglingsgesundheit in der Migrationsbevölkerung zu verbessern. So setzt das Bundesamt für Gesundheit im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit verschiedene Massnahmen um, die auch Müttern und Kindern zugute kommen, beispielsweise die Sensibilisierung des Gesundheitspersonals für den Umgang mit Diversität. Gesundheitliche Chancengleichheit ist auch ein Ziel der bundesrätlichen Strategie «Gesundheit 2020».

Link: Bundesbericht «Gesundheit von Müttern und Kindern mit Migrationshintergrund» (PDF): www.bag.admin.ch
> Themen > Gesundheitspolitik
> Migration und Gesundheit > Forschung > Mutter-Kind-Gesundheit

Kontakt: Karin Gasser, Nationales Programm Migration und Gesundheit, Karin.Gasser-GP@bag.admin.ch

Rauchfreie Luft – gesunde Kinder!

Projekt zum Schutz der Kinder vor Passivrauch. Knapp 10% der täglich rauchenden Personen in der Schweiz setzen Kinder und Jugendliche in ihrer Wohnung dem Passivrauch aus. Insbesondere in bildungsfernen Familien und in Familien mit Migrationshintergrund wird häufig in Anwesenheit von Kindern in der Wohnung geraucht. Das Projekt «Rauchfreie Luft – gesunde Kinder!» hat zum Ziel, Kinder in ihrem Zuhause besser vor dem Passivrauchen zu schützen.

Eltern sind eher bereit, ihr Rauchverhalten zu ändern, wenn es um die Gesundheit ihrer Kinder geht. Diese Motivation ist die ideale Ausgangslage, um mit den Eltern ins Gespräch zu kommen. Da Gesundheitsbotschaften von Gesundheitsfachpersonen besser akzeptiert werden, richtet sich das Projekt «Rauchfreie Luft – gesunde Kinder!» mittels eines «Train the Trainer»-Konzepts in erster Linie an diese Zielgruppe. Gesundheitsfachpersonen sollen darin geschult werden, Eltern in Kurzinterventionen auf ihr Rauchverhalten anzusprechen.

Analyse bestätigt Bedarf

Das Projekt wurde 2012 mit einer Bedarfsanalyse bei Gesundheitsfachpersonen gestartet. An der Analyse haben sich Pflegefachpersonen, Hebammen, Stillberaterinnen sowie Mütter- und Väterberatende beteiligt. Gemäss diesen Gesundheitsfachpersonen ist der Passivrauchschutz von Kindern ein wichtiges Thema in ihrer täglichen Arbeit, es sei aber oft schwierig, diese Thematik bei den Eltern anzusprechen. Eine Schulung, in welcher den Gesundheitsfachpersonen tiefere Kenntnisse zum Passivrauchen sowie zur Gesprächsführung vermittelt werden, beurteilten die befragten Schlüsselpersonen deshalb als zielführend.

Schulung mit Schneeballeffekt

Auf der Basis dieser Erkenntnisse hat die Stiftung Berner Gesundheit im Auftrag der Lungenliga Schweiz ein Schulungskonzept zur Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen erarbeitet. Nach Erstellung des Konzepts hat die Lungenliga die Schlüsselpersonen zu zweitägigen Schulungen eingeladen. Im November 2013 konnten an zwei Schulungen insgesamt 13 Gesundheitsfach-

personen zu Kursleitenden ausgebildet werden. Diese erhielten für die Jahre 2014/15 den Auftrag, ihre Berufskolleginnen und -kollegen in den Gesundheitsinstitutionen ihrer Region zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auszubilden. Diese sollen dazu befähigt werden, Eltern über den Passivrauchschutz ihrer Kinder zu informieren und ihr Rauchverhalten in der Wohnung entsprechend zu ändern. Bislang sind in über 20 Kursen in den Kantonen AG, BL, BE, SO, SG, TG, ZG und ZH über 200 Gesundheitsfachpersonen geschult worden. Zudem wurde Infomaterial für die Eltern in 9 Sprachen erarbeitet.

Positive Evaluationen

Die Evaluation der Kurse hat ergeben, dass die Kursinhalte wesentlich zur Sicherheit im Ansprechen von Eltern zum Passivrauchschutz ihrer Kinder beigetragen haben. In den kommenden Monaten werden weitere Kurse durchgeführt. Zeitgleich werden auch die Qualität sowie die Quantität der mit den Eltern durchgeführten Kurzinterventionen erhoben. Zwei Evaluationsworkshops sollen weiter Aufschluss über die Qualität und die Anwendbarkeit des

Schulungskonzepts geben. Schon jetzt ist klar, dass bei der Schulung je nach Bereich bestimmte Anpassungen erforderlich sind. Abschliessend soll auch die Wirkung der Kurzinterventionen bei den Eltern erhoben werden.

Finanzierung durch Tabakpräventionsfonds

Das Projekt wird vom Tabakpräventionsfonds finanziert und läuft bis April 2016. Eine Fortsetzung ist vorgesehen, sie hängt jedoch massgeblich von den finanziellen Ressourcen des Tabakpräventionsfonds ab. Geplant sind die Implementierung des Projekts in der französischen und wenn möglich in der italienischen Schweiz sowie weitere Innovationen im Hinblick auf das Schulungskonzept und die Hauptzielgruppe.

Externer Kontakt: Claudia Künzli, Projektleiterin Tabakpolitik und -prävention, Lungenliga Schweiz, c.kuenzli@lung.ch, Telefon 031 378 20 57

Bestellung Infomaterial: infoPP@lung.ch

Rauchstopplinie: «Wir überreden oder verurteilen niemanden.»

Rauchstopplinie. Sie steht auf jedem Zigaretten- und Tabakpäckli der Schweiz: die Telefonnummer der Rauchstopplinie. Wer hier anruft, trifft am anderen Ende der Leitung auf Menschen, die wissen, wie schwer es ist, diese Sucht abzulegen – und wie man es mit Unterstützung trotzdem schaffen kann. Im Jahr 2014 waren es 2278 Personen, die sich bei der Rauchstopplinie beraten liessen.

Die Rauchstoppberatung richtet sich ganz nach den persönlichen Bedürfnissen der Anrufenden – ein Schema F gibt es nicht. Manche suchen spezifische Informationen, zum Beispiel über Nikotinersatzprodukte, andere wünschen ein ausführliches einmaliges Gespräch, und wieder andere wollen sich über einen längeren Zeitraum begleiten lassen. In diesem Fall vereinbaren der oder die Anrufende und die Beratungsperson zum Beispiel, dass diese sich alle zwei Wochen meldet. «Vielen Aufhörwilligen hilft es zu wissen, dass jemand anruft wird, um nachzufragen, wie es geht. Das schafft Verbindlichkeit, und Verbindlichkeit hilft, um ein Vorhaben durchzuziehen», erklärt Sabine Jenny, Projektleiterin der Rauchstopplinie.

Zur Klarheit motivieren

«Motivierende Gesprächsführung» nennt sich die Methode im Fachjargon, die die Beraterinnen und Berater der Rauchstopplinie unter anderem anwenden, wenn sie aufhörwillige Raucherinnen und Raucher am Telefon haben. Dabei handelt es sich um eine anerkannte Interviewtechnik, die den Menschen hilft, zu einer klareren Erkenntnis zu kommen. «Die Menschen, die bei uns anrufen, sind oft noch sehr hin- und hergerissen. Sie wollen zwar die Sucht loswerden, haben aber Angst vor einem «Leidensweg» oder vor dem Versagen», sagt Sabine Jenny. Im Beratungsgespräch wird den Anrufenden im besten Fall klar, dass ihr Wille zum Aufhören ihre Angst überwiegt.

So gelangen die Anrufenden von sich aus zu einem klaren inneren Ja zum



Catherine Abbühl berät bei der Rauchstopplinie Aufhörwillige.

Rauchstopp – und das ist grundlegend für den Erfolg. «Bei uns wird niemand überredet oder verurteilt, wenn er nicht wirklich aufhören will. Wir wissen, dass Rauchen eine starke Sucht ist, und es ist nicht einfach, eine Gewohnheit zu verändern», führt Sabine Jenny aus. Bei der Rauchstopplinie muss sich auch niemand Vorträge über die Schädlichkeit des Rauchens anhören. Aber Sabine Jenny ist es wichtig, dass die Menschen wissen, dass Beratung wirklich helfen kann und nicht einfach «Geschwätz» ist. Gemäss einer Evaluation aus dem Jahr 2014 waren rund ein Drittel der beratenen Anruferinnen und Anrufer zwölf Monate nach ihrem Erstgespräch rauchfrei.

Alltag umprogrammieren

Plötzlich keine Zigarette mehr nach dem Essen, in den Arbeitspausen, an der Bushaltestelle, im Ausgang, beim Telefonieren: Wer aufhört zu rauchen, muss seinen Alltag neu programmieren. Die fehlenden Zigaretten reissen anfangs viele Löcher in den Tagesablauf, die es zu überbrücken oder zu umgehen gilt, um Rückfälle zu verhindern. Auch dabei helfen die Beraterinnen und Berater der Rauchstopplinie. Sie besprechen mit den Anrufenden, wie sie mit heiklen Si-

tuationen umgehen und das heftige Verlangen nach einer Zigarette in Schach halten können. «Wer sich zum Beispiel als Belohnung immer eine Zigarette angezündet hat, kann sich in diesen Momenten vergegenwärtigen, dass Zigaretten keine Belohnung, sondern in Wirklichkeit eine Bestrafung sind. Echte Belohnungen wären zum Beispiel ein Spaziergang, ein Bad oder Lesen», sagt Sabine Jenny. So müssen viele kleine Alltagssituationen neu eingeübt werden. Im Gespräch mit den Beraterinnen und Beratern können die Aufhörwilligen herausfinden, was ihnen guttut. Dazu gehört auch zu entscheiden, ob und welche Hilfsmittel wie Nikotinpflaster oder andere Medikamente sinnvoll sind und wie die Familie, der Freundeskreis oder die Kolleginnen und Kollegen sie beim Aufhören unterstützen können.

Auch Misserfolge würdigen

Bei der Rauchstopplinie rufen viele Raucherinnen und Raucher an, die schon mehrmals vergeblich versucht haben, das Rauchen aufzugeben. «Auch diese Misserfolge werden bei uns gewürdigt, wie alles, was die Klientin oder der Klient getan hat und gegenwärtig tut, um von der Sucht loszukommen», sagt

Sabine Jenny. Ein wichtiger Schritt: Denn wer sich Vorwürfe macht oder sich für einen Rückfall verurteilt, erzeugt Stress, der schliesslich nur wieder der Sucht zugute kommt. Sabine Jenny rät auch, gegen wehmütige Erinnerungen an das frühere Raucherleben nicht anzukämpfen: «Diese Gedanken soll man einfach zulassen und sich sagen: Ja, früher hätte ich jetzt eine Zigarette geraucht. Das war damals halt so. Aber jetzt bin ich an einem anderen Punkt.»

Kostengünstig und professionell

Die seit 2005 von der Krebsliga Schweiz in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention angebotene Rauchstoppberatung ist für die Anruferinnen unabhängig von der Form und Häufigkeit der Beratung kostenlos – abgesehen von den Telefongebühren von 8 Rappen pro Minute (Festnetz). Wenn ein Rückruf vereinbart wird, entstehen für die Ratsuchenden gar keine Kosten. Die Rauchstopphilfe wird in 9 Sprachen unter zum Teil verschiedenen Nummern angeboten (siehe Box). Die Beraterinnen und Berater, die 2014 nahezu 3400 professionelle Gespräche durchgeführt haben, verfügen über eine Grundausbildung im Sozial- oder Pflegebereich oder über ein Psychologiestudium und haben zusätzlich eine gründliche Schulung in Rauchstoppberatung absolviert. Finanziert wird die Rauchstopplinie durch den Tabakpräventionsfonds.

Kontakt: Sabine Jenny,
Krebsliga Schweiz,
sabine.jenny@krebsliga.ch

Rauchstoppberatung in 9 Sprachen

Von Montag bis Freitag 11–19 Uhr

0848 000 181 Deutsch/Französisch/
Italienisch, auf Wunsch
auch in Englisch

0848 183 183 Albanisch

0848 184 184 Portugiesisch

0848 185 185 Spanisch

0848 186 186 Serbisch/Kroatisch/Bosnisch

0848 187 187 Türkisch

Ein Blick über die Grenzen zum Thema Tabakprävention

Nationales Programm Tabak

2008–2016. Am 9. Juni 2015 fand die 4. Partnerplattform Tabakprävention des Nationalen Programms Tabak (NPT) statt. Inspiriert durch das Motto «Gemeinsam den Blick über die Grenzen werfen», diskutierten und planten 95 Umsetzungspartner wirksame Tabakpräventionsmaßnahmen.

Zuerst informierte Joëlle Pitteloud, Mitglied der Strategischen Leitung des NPT und Leiterin der Sektion Tabak des Bundesamts für Gesundheit (BAG), über den Stand der Umsetzung der priorisierten Massnahmen und gab einen Ausblick

auf die zukünftigen nationalen Strategien in den Bereichen Sucht und Nichtübertragbare Krankheiten. In Workshops und Subplatten konnten die Anwesenden ihr Wissen vertiefen (Berichterstattung der Arbeitsgruppen der Partnerplattform Tabakprävention) sowie sich über aktuelle Themen informieren und austauschen (beispielsweise über die kantonale Vollzugspraxis, Fundraising oder neue Produkte).

Am Nachmittag berichteten zwei Kantone über ihre Erfahrungen mit Testkäufen als Beitrag zum Jugendschutz, und Frau Jo Locker von Public Health England (ausführende Agentur des englischen Department of Health) gab einen inspirierenden Einblick in englische Erfahrungen und Erfolge der Tabakprävention (s. dazu auch das ausführliche Interview mit Jo Locker auf www.spectra-online.ch). Eine engagierte Podiumsdiskussion darüber, wie die Schweiz das Potenzial von wirksamen Massnahmen besser ausschöpfen kann, rundete das Programm ab. Die nächste Partnerplattform Tabakprävention findet im Juni 2016 in Bern statt.

Kontakt: Tina Hofmann,
Sektion Tabak,
tina.hofmann@bag.admin.ch

Lesen Sie das Interview mit Jo Locker auf

spectra-online.ch



Der steinige Weg zur ersten Sexualberatungsstelle der Schweiz

Sexuelle Gesundheit. 1933 wurde in Zürich Aussersihl die erste Beratungsstelle zu Fragen rund um Sexualität und Geburtenregelung in der Schweiz eröffnet. Danach folgten vergleichbare Einrichtungen in den Städten Basel, Bern, Genf und Lausanne. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat eine Auslegeordnung zur Geschichte der Sexualität und Reproduktion in der Schweiz mitfinanziert. Der vorliegende Artikel von Brigitte Ruckstuhl und Elisabeth Ryter entstand in diesem Zusammenhang.

Im Jahre 1933 wurde in Zürich Aussersihl die schweizweit erste Beratungsstelle zu Fragen rund um Sexualität und Geburtenregelung eröffnet. Hinter der Zentralstelle für Ehe- und Sexualberatung Zürich, der Zesex, stand ein privater Verein, der ein Jahr zuvor unter dem Vorsitz von Stadtrat Jakob Gschwend, dem Vorsteher des Wohlfahrtamts der Stadt Zürich, gegründet worden war. Die Beratungsstelle hatte zwar Pioniercharakter für die Schweiz, nicht aber für Europa. Seit Beginn der 1920er-Jahre hatte die Sexualreformbewegung in vielen Städten solche Stellen angeregt und etabliert. Sie boten Information und Beratung zu Sexual- und Verhütungsfragen, und eine Reihe von ihnen gaben kostenlos Verhütungsmittel ab – es durfte sich in erster Linie um Kondome und Pessare gehandelt haben –, was für die damalige Zeit sehr fortschrittlich und keineswegs unbestritten war.

Abtreibung als Geburtenregelung
Auch in der Schweiz wurden die Themen Abtreibung und Verhütungsmethoden kontrovers diskutiert. Geburtenregelung wurde nach dem Ersten Weltkrieg verstärkt thematisiert. Anlass gab der Geburtenrückgang, der schon vor dem Ersten Weltkrieg eingesetzt und sich ab 1915 weiter verstärkt hatte. Während Konservative ein Schwinden der Bevölkerung befürchteten, herrschte in sexualreformerischen Kreisen in der Zwischenkriegszeit Aufbruchstimmung. Ihre zentralen Themen waren Geburtenregelung und die Aufhebung des Abtreibungsverbots. Mit Aufklärung über Schwangerschaftsverhütung wollten sie den illegal vorgenommenen Abtreibungen, die in den 1930er-Jahren mit der wirtschaftlichen Krise nochmals zunahmen, etwas entgegensezten. Wichtig war ihnen der einfache und kostengünstige Zugang zu Verhütungsmitteln. Solche standen zwar zur Verfügung, wurden aber noch wenig genutzt. Kondome waren teuer und schwer erhältlich, Pessare mussten zumindest in der Schweiz von einer Ärztin oder einem Arzt eingesetzt werden, andere damals bekannte Methoden wie Coitus Interruptus und Scheidenspülungen waren sehr unsicher. Auch Informationen zu Empfängnisverhütung waren bis in die 1920er-, 1930er-Jahre nur schwierig zu bekommen. Verhütung hieß deshalb bis in die 1930er-Jahre oft Abtreibung –



Das Zürcher Ärzteehepaar Paulette und Fritz Brupbacher

zumindest für Frauen der Unterschicht. Der Schwangerschaftsabbruch stand aber grundsätzlich unter Strafe. Daran änderte auch das 1942 in Kraft getretene schweizerische Strafgesetzbuch nichts.

Angriff auf die Institution Ehe befürchtet

Die Schaffung von Sexualberatungsstellen wurde vor allem von den linken und von sexualreformerischen Kreisen gefordert. Zu den Exponentinnen und Exponenten in Zürich gehörten unter anderen das Ärzteehepaar Fritz und Paulette Brupbacher sowie die Juristinnen Elisabeth Balsiger-Tobler und Margrit Willfratt-Düby. Fritz Brupbacher forderte Ende der 1920er-Jahre vom Stadtschreiber Parlament finanzielle Unterstützung für eine Beratungsstelle. In den frühen 1930er-Jahren wurde auch im Kantonsparlament danach gefragt, was der Kanton für eine verbesserte Sexualaufklärung zu tun gedenke. Die Vorschläge wurden abgelehnt mit der Begründung, die verlangte Aufklärung über Verhütung der Schwangerschaft sei nicht nötig. Die Leute würden die anzuwendenden Mittel kennen; es fehle aber «an der Energie und am Willen» sie anzuwenden (Protokoll Kantonsrat, Sitzung vom 30. Juni 1930). In der Stadt dagegen wurde die Beratungsstelle nach anfänglichen Widerständen schliesslich 1933 eröffnet. Die Trägerschaft übernahm nach schweizerischer Tradition ein privater Verein, der von der Gemeinde subventioniert wurde.

Die Debatten um Sexualaufklärung und Sexualberatungsstellen geben einen Einblick in die Argumentationsmuster und Interessen. Die Gegner und Gegnerinnen sahen die Geburtenregelung als Angriff auf die Institution Ehe. «Wenn der Staat die Geburtenverhütungsmittel propagiere, dann werde der Wille zum Kind ersticken», argumentierte der EVP-National- und Kantonsrat Dr. med. Hans Hoppeler im Dezember 1932 (Protokoll Kantonsrat, Sitzung vom 5. Dezember 1932). Eine Mehrheit vertrat die Ansicht,

dass Sexualität auf die Ehe beschränkt sein sollte, die Fortpflanzung und die Erziehung der Kinder deren wichtigste Funktion sei. Zu den Gegnern von Beratungsangeboten gehörten auch viele Ärzte. Sie befürchteten, ihren Expertenstatus in der Geburtenkontrolle zu verlieren.

Verhütungsmittel sind ein Segen

Die Befürworterinnen und Befürworter betrachteten Verhütungsmittel als einen Segen. Es sei nicht mehr als ein Zufall, «wenn einige Unglückliche vor Gericht und Anklagebank gezerrt» würden. Die zahlreichen Abtreibungen würden beweisen, «dass die Kenntnis der Geburtenregelung in den breiten Massen des Volkes noch ungenügend vorhanden» sei. Die gebildeten Kreise seien besser informiert. Ihnen sei «dank anerzogener Sorgsamkeit und hygienischer Aufklärung, kraft ihrer persönlichen Beziehungen das Problem um einiges leichter gemacht» (Die Frau in der Schweiz. Illustriertes Jahrbuch für die Frauen-Bestrebungen, 1934). Die Juristin Mina Bertschinger unterstrich, «das einzige wirksame Mittel, die sehr gefährlichen und in jeder Weise unerwünschten Schwangerschaftsunterbrechungen zu unterbinden, wäre, das Entstehen ungewollter Schwangerschaften zu verhindern. Eine grosszügige Volksaufklärung über die Anwendung von Schutzmitteln [ist] die beste Waffe im Kampfe gegen die Abtreibungsseuche» (Rote Revue 1933/34, S. 372).

Kondomautomaten bis 1986 verboten

Umstritten war auch die Zielsetzung solcher Stellen. Eine zentrale Frage war, ob eher die Beratung für eugenische Fragen im Sinne einer Regelung eines gesunden Nachwuchses oder die Verhütungsberatung im Vordergrund stehen sollte. Dass eugenische Beratungen zum Aufgabenbereich der Beratungsstelle gehörten, war damals jedoch Konsens. Hingegen wurde lange darüber debattiert, ob Verhütungsmittel kostenlos oder zu günstigen Preisen abgegeben

werden sollten, wie es Beispiele im Ausland zeigten. Schliesslich entschieden in Zürich die Behörden, dass zwar zu Verhütungsfragen beraten werden solle, aber keine Verhütungsmittel abgegeben werden durften. Die Ärzte hatten durchgesetzt, dass nur sie befugt seien, empfängnisverhütende Mittel abzugeben. Die Beratungsstelle hatte sich diesem Entscheid zu fügen.

Auch wenn die Beratungsstelle in Zürich realisiert werden konnte, so wurden der Schwangerschaftsverhütung in den 1930er-Jahren immer wieder Steine in den Weg gelegt. 1937 erhielt die Ärztin Paulette Brupbacher im Anschluss an ein Referat über Geburtenregelung in Solothurn ein Redeverbot durch das Bundesgericht. Ihr Vortrag wurde als schamlos eingestuft. 1939 wurde im Kanton Zürich mit dem Gastgewerbege setz das Aufstellen von Präservativautomaten in Gaststätten verboten. Dieses Verbot wurde erst 1986 im Zusammenhang mit HIV/Aids aufgehoben.

Die Debatte zeigt, dass ein Lösungsansatz, der viele illegale und lebensbedrohliche Abtreibungen hätte verhindern können, sowohl bei den Politikern als auch in der Ärzteschaft auf Abwehr stiess. Statt einer «privat gesteuerten» bevorzugten die gesellschaftlich dominanten Kräfte eine durch Medizin und Gesetz regulierte Geburtenkontrolle. Erst die in den 1960er-Jahren auf den Markt gekommene «Pille» schuf für die Frauen die Voraussetzung, selbstbestimmt über Fragen der Sexualität und Reproduktion zu entscheiden.

Literatur (Auswahl):

Dubach, Roswitha (2013). *Verhütungspolitik. Sterilisation im Spannungsfeld von Psychiatrie, Gesellschaft und individuellen Interessen in Zürich (1890–1970)*. Zürich

Gafner, Lina (2010). «Mit Pistole und Pessar». Sexualreform und revolutionäre Gesellschaftskritik im Zürich der 1920er- und 1930er-Jahre. Nordhausen

Helwing, Katharina (1989). «Frauennot – Frauenglück». Diskussion und Praxis des straflosen Schwangerschaftsabbruchs in der Schweiz (1918–1942). Zürich

Kontakt: Sirkka Mullis,
Abteilung Übertragbare Krankheiten,
sirkka.mullis@bag.admin.ch