

spectra

111



Internationales

2 Die Schweizerische Gesundheitsaussenpolitik

Krankheiten machen nicht halt an Staatsgrenzen. Je globaler die Welt und je mobiler die Menschen, umso mehr ist internationale Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen gefragt. Um diesem wachsenden Bedürfnis zu begegnen, hat unser Land ein Instrument geschaffen: die Schweizerische Gesundheitsaussenpolitik (GAP). Sie soll dazu beitragen, den grenzüberschreitenden Erfahrungsaustausch und die Verbreitung von Best-Practice-Modellen zu fördern, die Kontakte zu den wichtigsten Partnern – namentlich zur EU und zu unseren Nachbarländern – zu vertiefen und die verschiedensten Schweizer Interessen im Gesundheitsbereich zu vertreten. Dazu gehört auch das Schweizer Engagement auf verschiedenen Ebenen und in zahlreichen Gremien und Organisationen, insbesondere bei der EU und der Weltgesundheitsorganisation WHO.

4 Bewegungsstrategie der WHO Europa

Bewegungsmangel grassiert. Mehr als ein Drittel der Menschen in Europa sind zu träge. In der Schweiz sind rund 41% der Erwachsenen und 19% der Kinder und Jugendlichen übergewichtig. Weil aber Bewegung ein Schlüsselfaktor bei der Vorbeugung nichtübertragbarer Krankheiten ist, hat die WHO Europa eine Strategie lanciert, um die Menschen zu mehr körperlicher Aktivität zu motivieren. Bis in zehn Jahren soll die Inaktivität um 10% verringert werden. Wir vergleichen die fünf vorrangigen Handlungsfelder und zeigen auf, wo und wie die Schweiz bei der Bewegungsförderung aktiv ist.

6 Gauden Galea im Gespräch

Um der weiteren Ausbreitung chronischer Krankheiten die Stirn zu bieten, erarbeitet der Bund zurzeit eine Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten, kurz NCD-Strategie. Dr. Gauden Galea, Leiter der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Lebensverlauf, WHO Regionalbüro für Europa, würdigt im Interview die Schweizer Strategie aus internationaler Sicht. Für ihre Risikofaktorkontrolle, so Galea, verdiene die Schweiz sehr gute Noten. So hätten sich beispielsweise das Programm Ernährung und Bewegung oder der Tabakpräventionsfonds positiv auf die ganze europäische Region ausgewirkt.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Die Schweizerische Gesundheitsaussenpolitik: Welche Ziele verfolgt sie

Schweizerische Gesundheitsaussenpolitik. Der Globalisierungsprozess und die Internationalisierung im Gesundheitsbereich erzeugen einen grossen Koordinationsbedarf zwischen gesundheits-, aussen- und entwicklungspolitischen Aspekten, damit die Schweiz als überzeugende Partnerin mit einer kohärenten Position auftreten und ihre Interessen optimal vertreten kann. Die 2012 verabschiedete Schweizerische Gesundheitsaussenpolitik (GAP) dient als Instrument, um diese Koordination zu gewährleisten. Themen wie Verkehr, Umwelt, Energie, Sicherheit und globale Gesundheit rücken immer stärker in den Fokus der internationalen Beziehungen. Es handelt sich um Fragen, die wesentlich zur nachhaltigen Entwicklung unserer Gesellschaften beitragen – sie können weder isoliert betrachtet werden, noch machen sie halt an Landesgrenzen. Die Schweiz ist dank ihrer GAP gut dafür gerüstet, eine koordinierte und kohärente Gesundheitspolitik sowohl auf nationaler wie auch auf internationaler Ebene zu entwickeln und umzusetzen. Gesundheit ist auch ein nützliches Werkzeug, um unsere internationalen Beziehungen mit den wichtigen Partnern zu vertiefen und weiterzuentwickeln.

Am 1. September 2015 fand die dritte Stakeholder-Konferenz der Schweizerischen Gesundheitsaussenpolitik (GAP) statt. Bei dieser Plattform handelt es sich um das neuste Organ der GAP. Sie bringt etwa fünfzig Organisationen der Zivilgesellschaft zusammen, die sich für die internationale Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich interessieren. Solche Gefässe ermöglichen es, die Schweizer Position im internationalen Gesundheitsumfeld vorab intern zu diskutieren, zu formen und zu festigen.

Bis vor kurzem wurden Fragen der globalen Gesundheit hauptsächlich im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erörtert. In jüngster Vergangenheit sind jedoch neue Akteure hinzugekommen. Es handelt sich um rund 175 internationale Organisationen, die von privaten oder halbprivaten Akteuren getragen werden. Prominente Beispiele sind die globale Allianz für Impfungen (GAVI) oder die Bill-&Melinda Gates-Stiftung. Diese einflussreichen Akteure sind oft mit grösseren finanziellen Mitteln ausgestattet als die WHO und die nationalen Gesundheitsministerien.

Die GAP ist ein Instrument, um auf die zunehmend komplexen Herausforderungen rund um die globale Gesundheit zu reagieren. Mit der Verabschiedung der GAP durch den Bundesrat in den Jahren 2006 und 2012 hat die Schweiz eine Vorreiterrolle eingenommen. 2013 ist Deutschland unserem Beispiel gefolgt, und es ist davon auszugehen, dass auch andere Staaten mitziehen werden.



Die zwanzig Ziele der GAP orientieren sich an drei Handlungsachsen:

1. Mehr Kohärenz in unserem Engagement für die globale Gesundheit

Das Hauptziel unserer Bemühungen auf internationaler Ebene ist es, den verschiedenen Interessen der Schweiz im Gesundheitsbereich Nachdruck zu verleihen.

Dabei stehen die Interessen der öffentlichen Gesundheit im Vordergrund. Es kommt jedoch vor, dass sich diese mit anderen Interessen überlagern bzw. ihnen manchmal sogar entgegenstehen. Dazu gehören etwa Interessen im Handels- oder Wirtschaftsbereich, in der Europapolitik, beim Schutz des geistigen Eigentums oder auch im Zusammenhang mit der Entwicklungszusammenarbeit und Armutsbekämpfung. Die Bemühungen um Kohärenz zielen darauf ab, diese unterschiedlichen Interessen zu bündeln und auf ein gemeinsames Ziel auszurichten: die Verbesserung der öffentlichen und globalen Gesundheit.

... im Rahmen der WHO

Interdepartementale Arbeitsgruppen innerhalb der Bundesverwaltung definieren gemeinsame Positionen zu den wichtigsten Fragen, die in multilateralen Foren diskutiert werden; so z.B. in der Weltgesundheitsversammlung (WHA), die jedes Jahr in Genf Gesundheitsminister aus 194 Ländern vereint. Eines der wichtigsten Themen der WHA im Jahr 2015 betraf die Evaluierung der WHO-Massnahmen im Rahmen der Ebola-Krise sowie die Einrichtung neuer Krisenmanagementinstrumente für Pandemiefälle: Der entsprechende Antrag fand Unterstützung. Schwieriger gestalteten sich die Verhandlungen über ein Strategiepapier zur Zusammenar-

beit mit nichtstaatlichen Akteuren (Beschluss verschoben) und die Frage der Erhöhung der ordentlichen Beiträge der Staaten an den Gesamthaushalt der WHO (abgelehnt).

Das Thema der Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren mag auf den ersten Blick trivial erscheinen. Der Knackpunkt liegt jedoch in der Bedeutung und dem Gewicht, das die WHO diesen Akteuren bei der Gestaltung der globalen Gesundheit zuzugestehen bereit ist. Der zweitgrösste Geldgeber der WHO, gleich hinter den USA, ist nicht etwa ein anderer Staat, sondern die Bill-&Melinda-Gates-Stiftung. Vor diesem Hintergrund ist es entscheidend, einen Rahmen zu schaffen, der die WHO vor möglichen Interessenkonflikten schützt. Die Schweiz als Sitzstaat vieler internationaler Organisationen in Genf muss sich an dieser Diskussion beteiligen und sich für die Beachtung der «Good Governance»-Prinzipien einsetzen. Entsprechend hat sie sich im Rahmen der mehr als zehntägigen Verhandlungen in und am Rande der WHA-Kommissionen stark eingebracht. Die Verhandlungen konnten jedoch nicht zu einem Abschluss gebracht werden, weshalb der Beschluss verschoben werden musste.

... bei den thematischen Prioritäten

Wie soll die Schweiz angesichts der vielen drängenden Herausforderungen in der globalen Gesundheit ihre Prioritäten setzen? Unsere diesbezüglichen Wegweiser sind die nationalen Ziele der Strategie Gesundheit2020, die vom Bundesrat im Januar 2013 beschlossen wurde. In diesem Sinn sind die internationalen Aktivitäten eine Weiterführung der nationalen Projekte und verschaffen diesen zusätzliches Gewicht und zusätzliche Resonanz.

So war die Schweiz eines der ersten Länder, die sich aktiv im Rahmen der «Global Health Security Agenda» (GHSa) engagierten; einer Initiative, die im Jahr 2014 von den USA lanciert wurde. Einer der Aktionsbereiche der GHSa ist der Kampf gegen Antibiotikaresistenzen. Die Schweiz setzt sich hier für den «One Health»-Ansatz ein, der die Gesundheit von Tieren, Pflanzen und Menschen umfasst, wie er in unserer nationalen Strategie gegen Antibiotikaresistenzen festgehalten ist.

Weiter verfolgt die Schweiz auf internationaler Ebene eine Verstärkung der Grundlagenarbeit zu Demenzerkrankungen. Das BAG hat dazu unter anderem in Zusammenarbeit mit der Organisation für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD) mehrere Workshops organisiert. Derzeit ist eine Resolution für die WHA in Vorbereitung mit dem Ziel, die Staaten vermehrt für die Thematik zu sensibilisieren und damit zur Entstigmatisierung dieser Krankheit beizutragen. Zudem soll der wissenschaftlichen Forschung eine zusätzliche Dynamik verliehen werden. Diese Arbeit ergänzt und stärkt unsere nationale Demenzstrategie, die vom Bundesrat im Jahr 2014 verabschiedet wurde.

Weitere interessante Beispiele in diesem Zusammenhang sind unsere Arbeit im Drogenbereich, der Kampf gegen HIV/Aids oder die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten.

2. Annäherung an unsere wichtigsten Partner

Jenseits der multilateralen Themen zielt die GAP auch auf die Vertiefung unserer Beziehungen mit unseren wichtigsten Partnern. Im Vordergrund stehen dabei die Europäische Union und unsere Nachbarstaaten.

Seit mehreren Jahren strebt die Schweiz den Abschluss eines Gesundheitsab-

– was hat sie erreicht?



Gipfeltreffen der Gesundheitsminister

Die Gesundheitsminister Hermann Groehe (Deutschland), Alain Berset (Schweiz), Alois Stöger (Österreich), Lydia Mutsch (Luxemburg) und Mauro Pedrazzini (Liechtenstein) posieren anlässlich des Treffens der deutschsprachigen Gesundheitsminister (des sogenannten Gesundheitsquintetts) am Freitag, 22. August 2014, auf der Kleinen Scheidegg. Thematischer Schwerpunkt des Treffens ist die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und die Förderung der Transparenz.

kommens mit der Europäischen Union an. Nachdem die Verhandlungen für längere Zeit unterbrochen waren, wurden sie Ende 2013 wiederbelebt, sodass wir heute kurz vor der Bereinigung des entsprechenden Vertragstextes stehen. Sobald definitiv abgeschlossen, öffnet die Vereinbarung der Schweiz die Tür zur Teilnahme am europäischen Dispositiv zur Bekämpfung von schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsbedrohungen sowie am Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und am dritten Gesundheitsprogramm der Europäischen Union. Letzteres erlaubt es interessierten Schweizer Institutionen, sich gemeinsam mit europäischen Partnern um eine Teilfinanzierung von innovativen Projekten im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu bewerben.

Neben der Europäischen Union sind unsere Nachbarländer die natürlichen Partner der Schweiz. Es ist naheliegend, dass der Bedarf zur Vertiefung der Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen in den Grenzregionen am grössten ist. Ein Pilotprojekt existiert beispielsweise im Grenzraum Basel-Lörrach, welches es deutschen und Schweizer Patientinnen und Patienten ermöglicht, sich zulasten der Krankenversicherung auf der anderen Seite der Grenze behandeln zu lassen. Durch den Abschluss eines entsprechenden Rahmenabkommens über die Zusammenarbeit in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

soll diese Möglichkeit auch in den Grenzgebieten mit Frankreich geschaffen werden. Nach lang dauernden Verhandlungen hoffen wir das Abkommen im Jahr 2016 unter Dach und Fach bringen zu können.

Über die konkreten Aspekte im Grenzverkehr hinaus erlaubt die Zusammenarbeit mit unseren Nachbarländern auch einen Austausch auf höchster politischer Ebene. So hat die Schweiz im August 2014 das zweite Treffen des sogenannten Gesundheitsquintetts organisiert, welches die Gesundheitsminister der deutschsprachigen Länder (Deutschland, Österreich, Luxemburg, Liechtenstein, Schweiz) zusammenbringt (s. Gruppenbild). Diese Treffen schaffen die Basis für einen vertieften Austausch zu thematischen Schwerpunkten. Prominentes Beispiel hierfür ist das Demenzsymposium von Anfang Juni dieses Jahres, in dessen Rahmen sich rund 100 Expertinnen und Experten aus den deutschsprachigen Ländern in Bern über die Herausforderungen dieser Erkrankung ausgetauscht haben. Die dritte Ausgabe des «Gesundheitsquintetts» wurde im vergangenen September in Wien durchgeführt. Die Minister erörtern in diesem Rahmen eine mögliche Zusammenarbeit bei den Medikamentenpreisen, die nun weiter verfolgt werden soll. Nicht zuletzt dank solcher Treffen können wichtige gesundheitspolitische Themen eine zusätzliche Aufmerksamkeit und Sichtbarkeit erlangen. Ein Beispiel dafür ist der

erste Internationale Tag der Patientensicherheit (17. September 2015), der auf Initiative der deutschen, österreichischen und schweizerischen Patientensicherheitsorganisationen mit Unterstützung der betroffenen Ministerien ins Leben gerufen wurde.

3. Austausch von Erfahrung und bewährten Lösungsansätzen («Good Practices»)

Verschiedene Länder sehen sich oft vor ähnliche Probleme gestellt. Der Erfahrungsaustausch ermöglicht es uns, die Herausforderungen in der öffentlichen Gesundheit besser zu bewältigen.

Die Inspirationsquellen für die Weiterentwicklung unserer nationalen Massnahmen sind vielfältig: Dazu gehören etwa die originellen Methoden zur Bewegungsförderung, die von der Londoner Stadtbehörde während der Olympischen Spiele eingesetzt wurden. Aber auch die Einrichtung eines neuen Zentrums für Pflegequalität in Berlin oder die Entwicklung einer Strategie zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von jungen Menschen in Österreich sind konkrete Konzepte, die für unsere eigene Arbeit von Interesse sind.

Umgekehrt besuchen uns regelmässig Vertreterinnen und Vertreter anderer Staaten, um unsere Lösungsansätze und bewährten Konzepte besser zu verstehen und sich davon inspirieren zu lassen. Die Schweizer Vier-Säulen-Drogenpolitik ist für viele ausländische Delegationen von grossem Interesse. Auch unser Gesundheitssystem als Ganzes, die Funktionsweise unserer Krankenversicherung oder die Aufteilung der Zuständigkeiten zwischen Bund und Kantonen interessieren die Besucherinnen und Besucher aus dem Ausland.

Fazit

Verstärkte Kohärenz, vertiefte Partnerschaften und vermehrter Erfahrungsaustausch: Indem sie nationalen gesundheitspolitischen Zielen auch jenseits unserer Grenzen Gehör verschafft, neue Themen und Ideen in die innenpolitische Debatte hineinträgt und ein Netz von bi- und multilateralen Kontakten unterhält, schlägt die Gesundheitsaussenpolitik eine wichtige Brücke zwischen nationalen, europäischen und globalen gesundheitspolitischen Prioritäten. Seit ihrer Einführung und Institutionalisierung hat die GAP an Profil und Durchschlagskraft gewonnen und wichtige Ziele erreicht. Aufgrund der wachsenden Themenvielfalt und der zunehmenden Komplexität bei gleichzeitig beschränkten Ressourcen ist sie aber auch immer wieder gefordert, ihren Fokus auf jene Bereiche und Partner zu konzentrieren, bei denen der erwartete Mehrwert für die Interessen der öffentlichen und globalen Gesundheit der grösste ist.

Kontakt: Tania Dussey-Cavassini, Vizedirektorin, Botschafterin und Leiterin Abteilung Internationales, tania.dusseycavassini@bag.admin.ch

Aus erster Hand

Faktoren, die den Gesundheitszustand einer Bevölkerungsgruppe beeinflussen, sind oft nicht auf ihren unmittelbaren Siedlungsraum beschränkt. Bei ihrer Ausbreitung benötigen Viren keine Reisepässe und überwinden jeden Grenzzaun. Daher standen im Lauf der vergangenen Jahrhunderte Fragen des Gesundheitsschutzes für die Staaten im Vordergrund. Zu den bekanntesten Beispielen von früheren Pandemien gehören etwa die Beulenpest, die im Mittelalter innerhalb von fünf Jahren die Hälfte von Europas Bevölkerung dahinraffte, oder die Spanische Grippe im Jahr 1918. Zu den ersten gesundheitspolizeilichen Gegenmassnahmen gehörten strikte Quarantänevorschriften, denen die betroffenen Bevölkerungskreise unterstellt wurden. Obschon heutzutage nichtübertragbare Krankheiten die weltweit häufigste Todesursache darstellen, steht ausser Zweifel, dass öffentliche und globale Gesundheit nach wie vor zwei Seiten derselben Medaille sind – sie können nicht losgelöst voneinander betrachtet werden. Ein Land kann die vielfältigen Herausforderungen der öffentlichen Gesundheit nur mittels einer engen Zusammenarbeit mit seinen Partnern meistern, sei es bilateral im Dialog zwischen Regierungen oder durch abgestimmte Massnahmen im Rahmen von multilateralen Gremien. Hinzu kommt, dass die Schweiz auf ausländische Fachkräfte angewiesen ist, um die hohe Leistungsfähigkeit ihres Gesundheitssystems wahren zu können. Zur Veranschaulichung: Die Hälfte der heute in der Schweiz tätigen Ärzte wurde im Ausland ausgebildet. Nicht zuletzt muss sich jedes Gesundheitssystem kontinuierlich verbessern, um die zur Verfügung stehenden Ressourcen effizienter zu nutzen und um den wachsenden Bedürfnissen einer alternden Bevölkerung gerecht zu werden. Im Allgemeinen haben gute Ideen ihren Ursprung häufiger ausserhalb einer bestimmten Organisation als in ihrem Inneren. Deshalb ist es an uns, offen zu sein für neue Anregungen und Erkenntnisse, die anderswo gewonnen wurden, und diese als Inspirationsquelle zu nutzen. Umgekehrt müssen wir auch bestrebt sein, unsere eigenen wertvollen Erfahrungen mit unseren internationalen Partnern zu teilen.



Tania Dussey-Cavassini
Vizedirektorin, Botschafterin und Leiterin
Abteilung Internationales

Die vorliegende Ausgabe von «spectra» ist die erste von zwei Nummern, die dem Themenschwerpunkt «Internationales» gewidmet sind. Die nächste Ausgabe (Nr. 112, März 2016) fokussiert anlässlich der United Nations General Assembly Special Session on Drugs (UNGASS) die internationalen Aspekte der Suchtpolitik.

WHO-Bewegungsstrategie lanciert

WHO Europa. Im September hat die WHO der Region Europa die Europäische Strategie Bewegung für Gesundheit verabschiedet – die erste Bewegungsstrategie der WHO überhaupt. Ziel ist, die Inaktivität unter der europäischen Bevölkerung bis 2025 um 10% zu reduzieren. Die Schweiz hat einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung der WHO-Strategie beigetragen und ist in den fünf von der WHO definierten vorrangigen Handlungsfeldern schon seit Jahren aktiv. Was sind die Ziele der WHO und was hat sich in der Schweiz diesbezüglich schon getan? Ein Abgleich.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hatte an der Wiener Konferenz über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit2020 und mit der Organisation eines Expertentreffens einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung der WHO-Bewegungsstrategie geleistet. Das Expertentreffen fand Anfang dieses Jahres mit der finanziellen Unterstützung des BAG und unter dessen Vorsitz in Zürich statt. 80 Fachleute aus 47 Mitgliedsländern besprachen dabei den Entwurf der Bewegungsstrategie und brachten Verbesserungen ein.

Die Schweiz ist schon aktiv

In der Bewegungsstrategie der WHO sind nun fünf vorrangige Handlungsfelder mit konkreten Massnahmen für die Bewegungsförderung formuliert. Diese sollen als Grundlage für die Ausarbeitung von nationalen Bewegungsstrategien dienen. In der Schweiz werden viele von der WHO geforderte Massnahmen in den fünf Handlungsfeldern bereits umgesetzt. Hier einige Beispiele:

Handlungsfeld 1: Führungskompetenz und Koordination

Gemäss der WHO Europa

- sollen die Regierungen Europas der Bewegungsförderung erste Priorität und dem Gesundheitssektor eine Schlüsselrolle einräumen.
- ist für die Bewegungsförderung die intersektorale Zusammenarbeit unabdingbar.
- sind nicht nur Informationen rund um ein bewegungsfreundliches Umfeld wichtig, sondern auch Regulierungen, finanzielle Anreize und eine bessere Koordination zwischen den verschiedenen Sektoralpolitiken.
- müssen die Rollen und Verantwortlichkeiten der einzelnen Akteure klar definiert und die Zusammenarbeit mit NGOs und dem Privatsektor gesucht werden.
- sollten die Mitgliedstaaten zudem internationale Kooperationen mit Netzwerken und internationalen Organisationen eingehen.

In der Schweiz

- ist die Sicherstellung der nationalen Koordination Oberziel 1 des Nationalen Programms Ernährung und Be-

wegung (NPEB). Die strategische Leitung besteht aus Vertreterinnen und Vertretern des BAG, des Bundesamts für Sport (BASPO), der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) sowie des Bundesamts für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV).

- pflegen das BAG und die Bundesämter für Strassen (ASTRA), Raumplanung (ARE), Umwelt (BAFU), Sport (BASPO), Verkehr (BAV), Energie (BFE), Statistik (BFS), Landwirtschaft (BLW), Wohnungswesen (BWO) und das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) eine intersektorale Zusammenarbeit (neu: umfassende Gesundheitspolitik), um den Langsamverkehr und ein bewegungsfreundliches Umfeld zu fördern. Dies geschieht entweder über interdepartementale Arbeitsgruppen (z.B. Bundeskoordination Langsamverkehr) oder durch die Förderung von Bewegungs- und Langsamverkehrsprojekten (z.B. Dienstleistungszentrum für innovative und nachhaltige Mobilität). Das BAG möchte diese intersektorale Zusammenarbeit weiter ausbauen.
- besteht eine gute Zusammenarbeit mit den NGOs (z.B. NGO-Allianz).
- beteiligt sich der Privatsektor dank der Initiative actionsanté von BAG und BLV mit freiwilligen Massnahmen an einem bewegungsfreundlichen Umfeld.
- existiert mit HEPA Schweiz ein Zusammenschluss von Organisationen, die sich auf nationaler, kantonaler oder lokaler Ebene für die Gesundheitsförderung durch Bewegung und Sport einsetzen.
- hat das BAG verschiedene internationale Konferenzen in der Schweiz finanziell unterstützt und sich inhaltlich daran beteiligt.
- hat das BAG in Zusammenarbeit mit anderen Bundesämtern beim Aufbau des Transport, Health and Environment Pan-European Programme (THE PEP) mitgearbeitet und beteiligt sich immer noch am Erfahrungsaustausch und an der Finanzierung interessanter Projekte.

Handlungsfeld 2: Bewegungsförderung bei Kindern und Jugendlichen

Die WHO Europa fordert

- mehr Unterstützung punkto Bewegungsförderung bei (werdenden) Eltern und in Kindertagesstätten.
- eine angemessene Anzahl von Sportstunden in Schulen und Kindergärten.
- Vermittlung von Wissen über Bewegung und Mobilität im Sportunterricht.
- Zusammenarbeit von Bildungs-, Gesundheits- und Sportsektor zur Ausarbeitung des Lehrplans für den Sportunterricht, um allen Kindern, unabhängig ihres Trainingsstandes, die Freude an Bewegung zu vermitteln.



- Sensibilisierung aller Lehrer für die Bewegungs- und Gesundheitsförderung.
- eine Gesetzgebung, die Bewegungsförderung in Schulen und Kindergärten unterstützt.
- Subventionen, regulatorische oder steuerliche Massnahmen, die Kindern von sozioökonomisch Benachteiligten und Kindern mit Behinderungen zugutekommen.
- eine stärkere Integration von Jugendlichen in die Bewegungsförderung (z.B. Jugendverbände).

In der Schweiz

- unterstützt GFCH im Rahmen der Kantonalen Aktionsprogramme (KAP) und eines themenspezifischen Projektförderfonds Projekte in der Bewegungsförderung von schwangeren Frauen und Müttern mit Kleinkindern (www.buggyfit.ch), in Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen und in der Freizeit (www.radix.ch und www.muuvit.ch).
- gibt es spezifische Projekte für Jugendliche, wie Gorilla für Freestyle-Sport (www.gorilla.ch) und Défi Velo, in dem Studierende verschiedene Facetten des Fahrradfahrens kennenlernen können (www.defi-velo.ch).
- sind in der obligatorischen Schule mindestens drei Lektionen Sport pro Woche festgesetzt.
- ist für Lernende der zwei- bis vierjährigen beruflichen Grundbildung der regelmässige Sportunterricht an den Berufsfachschulen obligatorisch.
- bietet das BASPO im Rahmen von Jugend+Sport jährlich über 55 000 Kurse und Lager in mehr als 70 Sportarten an, die jährlich von rund 700 000 5- bis 20-Jährigen besucht werden. Zurzeit wird der J+S-Schulsport aufgebaut, der eine Brücke zwischen dem obligatorischen Sportunterricht und dem freiwilligen Vereinssport schlagen soll (www.jugendundsport.ch).

- wird mit dem nationalen Programm Schule bewegt die Bewegung in den Schulen gefördert. (www.schulebewegt.ch).

Handlungsfeld 3: Bewegungsförderung bei Erwachsenen

Bewegungsfreundliches Umfeld

Für die Bewegungsförderung für Erwachsene schlägt die WHO Europa vor,

- durch Infrastrukturen wie Fuss- und Velowege sowie durch gesetzgeberische Massnahmen den Langsamverkehr zu fördern (Gebühren für den motorisierten Individualverkehr, MIV, auf Verkehrsstaun und Parkplätze).
- erschwingliche, niederschwellige und kulturell akzeptierte Bewegungsanreize und -angebote für vulnerable Gruppen zu schaffen (bewegungsfreundliche Freiräume).

In der Schweiz

- werden auf bestimmte Autoparkplätze Gebühren erhoben.
- bezweckt das Bundesgesetz über die Fuss- und Wanderwege (SR 704) Planung, Bau und Unterhalt sowie Signalisation von attraktiven, sicheren und zusammenhängenden Fuss- und Wanderwegnetzen.
- ist das Bundesamt für Strassen (ASTRA) damit beauftragt, den Langsamverkehr als dritte gleichberechtigte Säule des Personenverkehrs neben dem MIV und dem ÖV zu etablieren.
- haben sieben Bundesämter gemeinsam den Leitfaden «Freiraumentwicklung in Agglomerationen» erarbeitet.
- werden im Rahmen des Modellvorhabens Nachhaltige Raumentwicklung Pilotprojekte unter anderem für mehr bewegungsfreundliche Freiräume in den Agglomerationen unterstützt (www.modellvorhaben.ch).
- unterstützt das BAG seit Jahren die Weiterentwicklung des Health Economic Assessment Tool



(www.heatwalkingcycling.org), mit dem der ökonomische Gesundheitsnutzen der Langsamverkehrsinfrastruktur quantifiziert werden kann.

- engagiert sich das BASPO zusammen mit seinen Partnern in der Ausbildung von Personen, die Angebote im Erwachsenensport durchführen (www.erwachsenen-sport.ch).

Bewegungsförderung am Arbeitsplatz

Für die Bewegungsförderung am Arbeitsplatz fordert die WHO Europa

- die Förderung des Langsam- oder öffentlichen Verkehrs für die Arbeitswege (Erreichbarkeit, Erschwinglichkeit und Sicherheit).
- eine adäquate Infrastruktur wie Stehpulte, Duschen oder Veloabstellplätze etc. und Bewegungsangebote wie Verbilligung auf Fitness-Abos oder hausinterne Sportangebote – auch für vulnerable Gruppen wie Senioren.

In der Schweiz

- haben das BAG, die SUVA und GF CH eine tripartite Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz aufgebaut. Dabei werden die Kompetenzen und Ressourcen vereint, damit gemeinsam Angebote geschaffen werden, um die Gesundheit der Arbeitnehmenden zu unterstützen. Es ist vorgesehen, mit einem innovativen und globalen Ansatz zu arbeiten, der die vier Haupthandlungsfelder berücksichtigt: Bewegung, Ergonomie, Ernährung und psychische Gesundheit (www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung > betriebliche gesundheit).

Bewegungsempfehlungen und Therapie

Gemäss WHO Europa sollen

- die Mitgliedstaaten Bewegungsempfehlungen basierend auf den WHO Global Recommendations on Physical Activity for Health erlassen.

- bei der Bewegungsförderung auch Gesundheitsfachleute mittels Ermittlung, Beratung und ärztlicher Überweisung (insbesondere bei Senioren) eine wichtige Rolle spielen.
- die Kosten für niederschwellige Sport- und Bewegungskurse durch die Krankenkassen oder das nationale Gesundheitssystem rückvergütet werden.
- die Lehrpläne der Gesundheitsberufe bezüglich der Vermittlung des gesundheitlichen Nutzens von Bewegung verbessert werden.

In der Schweiz

- gelten die seit 2013 überarbeiteten Bewegungsempfehlungen (www.hepa.ch).
- soll die Rolle von Hausärztinnen und Hausärzten in Bezug auf die Bewegungsförderung ihrer Patienten gestärkt und aufgewertet werden (siehe Tessiner Pilotprojekt Girasole – integrierte Gesundheitsversorgung: www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung).
- ermöglicht die neue Verordnung über die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung die umfassende Betreuung von übergewichtigen und adipösen Kindern und damit verbundenen Krankheiten. Dies gilt sowohl für Gruppenangebote als auch für die individuelle Behandlung.

Handlungsfeld 4: Bewegungsförderung für Senioren

Für die WHO Europa sollen

- durch bestehende soziale Strukturen wie Gemeindezentren, NGOs etc. die Senioren, insbesondere sozioökonomisch Benachteiligte, für die Bewegungsförderung erreicht werden.
- Möglichkeiten wie erschwinglicher aktiver Tourismus geschaffen werden, um andere Senioren kennenzulernen und sich mehr zu bewegen. Dafür sollten der Gesundheit-, der Sport- und der Tourismussektor mehr zusammenarbeiten.

- die generationenübergreifenden Freiwilligeneinsätze der Senioren für die Gemeinschaft auch besser anerkannt werden.

In der Schweiz

- setzt sich GF CH mit dem Projekt Via seit 2011 für ein selbstständiges, autonomes Leben, für Gesundheit und mehr Lebensqualität von Seniorinnen und Senioren ein. Gesundheitsförderung Schweiz beschäftigt sich mit Einflüssen auf deren Gesundheit und vermittelt dieses Wissen in Form von Empfehlungen und Umsetzungshilfen (www.gesundheitsfoerderung.ch/via).
- berät GF CH die Partner-Kantone entsprechend bei der Umsetzung von Projekten und Programmen.
- bestehen starke Partnerschaften auch mit der Beratungsstelle für Unfallverhütung (BfU), Pro Senectute und weiteren Fachorganisationen.

Handlungsfeld 5: Monitoring, Evaluation und Forschung

Monitoring und Evaluation

Die WHO Europa möchte

- dass die Mitgliedstaaten die bestehenden nationalen und internationalen Beobachtungssysteme im Bewegungsbereich anpassen und ausbauen. Das WHO Global Monitoring Framework for the prevention and control of noncommunicable diseases enthält spezifische Bewegungsindikatoren und ein Bewegungsziel, zu dem sich die Mitgliedstaaten verpflichtet haben.
- die Mitgliedstaaten unterstützen, die Daten richtig zu analysieren und für evidenzbasierte Politikempfehlungen zu interpretieren. Ein gemeinsames Beobachtungsinstrument ermöglicht auch Ländervergleiche.

In der Schweiz

- betreibt das BAG gemeinsam mit zahlreichen Partnern das Monitoringssystem Ernährung und Bewegung (www.moseb.ch), das Indikatoren zum Bewegungsverhalten, welche die WHO im Global Monitoring Framework vorgibt, bereits seit Jahren erfasst.
- wird sich das BAG in Zukunft zusätzlich zur Erfassung der Prävalenz von Inaktivität bei Kindern/Jugendlichen sowie Erwachsenen noch auf weitere Bewegungsindikatoren konzentrieren. Bewegung ist zudem bei einem Indikator zur generellen Risikoeinschätzung für nichtübertragbare Krankheiten (NCD) integriert.

Forschung

Die WHO Europa möchte

- künftige Forschungsarbeiten zu folgenden Themen: Einbindung benachteiligter Bevölkerungsgruppen in die Bewegungsförderung im gesamten Lebensverlauf, innovative Ansätze zur Bewegungsförderung bei Jugendlichen, die Rolle des sitzenden Lebensstils als eigenständiger Risikofaktor und das Verhältnis zwischen Bewe-

gung und anderen Risikofaktoren wie unausgewogene Ernährung oder Rauchen.

In der Schweiz

- publizierte im Mai 2014 das damalige Institut für Sozial- und Präventivmedizin (heute: Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention) der Universität Zürich eine empirische Langzeitstudie, die den Zusammenhang zwischen den vier Risikofaktoren Ernährung, Bewegung, Alkohol und Tabak sowie dem Mortalitätsrisiko aufzeigte
- existieren mit der Omnibus-Umfrage 2011 und der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 des BFS zwei repräsentative und aktuelle Datenquellen mit Angaben zum Sitzen (www.sgb12.bfs.admin.ch). Eine Studie im Auftrag des BAG wertete diese Daten aufgrund der Merkmale des sozialen Hintergrunds, des Gesundheitszustandes und des Gesundheitsverhaltens der Befragten aus (www.bag.admin.ch/auf-stehen).

Obschon in der Schweiz bereits einiges getan wird, damit sich die Menschen mehr bewegen, wird das BAG zusammen mit seinen Partnern im Rahmen der neuen NCD-Strategie schauen, welche Bereiche ausgebaut werden sollen. Die Bewegungsstrategie der WHO Europa ist diesbezüglich hilfreich. Ausserdem zeigt sie national und international die Wichtigkeit der Bewegungsförderung im Kampf gegen nichtübertragbare Krankheiten auf.

Risikofaktor Bewegungsmangel

Gemäss Schätzungen bewegen sich in Europa 35% der Erwachsenen zu wenig. Bewegungsmangel ist heute einer der zentralen Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten (NCDs) und verursacht jährlich 1 Million Tote (10% aller Todesfälle). Bewegungsmangel beeinflusst auch zu 5% die Herz-Kreislaufkrankheiten, zu 7% Typ-2-Diabetes, 2,9% Brustkrebs und zu 10% Kolonkrebs. Aber auch wachsende Übergewichtsraten haben einen Einfluss auf die Entstehung der NCDs. In 46 Ländern (auf die 87% der Bevölkerung entfallen) der Region der WHO Europa sind mehr als 50% der Erwachsenen übergewichtig oder fettleibig. Auch hier spielt der Bewegungsmangel eine wichtige Rolle. In der Schweiz sind rund 41% der Erwachsenen und knapp 19% der Kinder und Jugendlichen zwischen 6 und 12 Jahren übergewichtig oder adipös. Die Kosten von Übergewicht und Adipositas werden auf 8 Mrd. CHF geschätzt, die Kosten der Inaktivität auf 2,5 Mrd. CHF.

Kontakt: Gisèle Jungo,
Sektion Ernährung und Bewegung,
gisele.jungo@bag.admin.ch

Link: www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung

«Die Menschen entscheiden sich für ein bestimmtes Verhalten. Aber es Rahmenbedingungen zu schaffen.»

Interview mit Gauden Galea. Bund, Kantone und Gesundheitsförderung Schweiz haben am 22. Juni 2015 anlässlich des NCD-Stakeholder-Treffens den Entwurf für eine Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD) vorgestellt und diskutiert. Dr. Gauden Galea, Leiter der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Lebensverlauf, WHO Regionalbüro für Europa, ist eigens von Kopenhagen angereist, um die Schweizer Strategie aus internationaler Sicht zu würdigen. Galea lobte insbesondere den integrierenden Ansatz des Schweizer Strategieentwurfs, seine Evidenzbasiertheit, die Betonung der Prävention und den Blick auf wirtschaftlich schwächere und verletzte Bevölkerungsgruppen sowie den konsultativen, partizipativen Prozess.

spectra: Herr Galea, welche Bereiche des aktuellen Entwurfs der Schweizer NCD-Strategie sind Ihrer Meinung nach erwähnenswert?

Gauden Galea: Soweit ich es beurteilen kann, ist die Schweiz in vieler Hinsicht vorbildlich; sie involviert die Erfahrung von Gemeinden, Interessengruppen und der Zivilgesellschaft und sie zieht die Erkenntnisse und bewährten Modelle anderer Länder mit ein. Dementsprechend ist diese Strategie fachlich sehr solide. Sie basiert auf dem aktuellen Stand des Wissens und der Praxis bezüglich nichtübertragbarer Krankheiten. Der Entwurf ist sehr auf Gerechtigkeit und Gleichbehandlung bedacht und zeugt von einem grossen Interesse dafür, besonders vulnerable Gruppen zu identifizieren und anzuvisieren. Das Dokument ist sehr umfassend und richtet sich an die Bedürfnisse, die über den ganzen Lebenszyklus eines Menschen hinweg entstehen. Es beschreibt auch Krankheitsbilder, die nach politischen oder medizinischen Klassifikationen traditionellerweise nicht als NCDs gelten, zum Beispiel muskulo-skelettale Krankheiten oder Demenz. Und es hat eine präventive Ausrichtung, die mehr Wert auf bevölkerungsorientierte Ansätze der Public Health legt als auf die Behandlung allein. Aber selbst bei der Behandlung anerkennt der Entwurf die Bedeutung einer Verbesserung des Gleichgewichts zwischen Tertiär- und Grundversorgung. Er verbindet sich auch sehr gut mit den allgemeinen Grundsätzen des Public-Health-Rahmenprogramms Gesundheit2020. Der Strategieentwurf vereint alle diese Vorzüge.

Auf der anderen Seite dürfte das Strategiepapier die helvetischen Errungenschaften stärker betonen. Im Bereich Risikofaktorkontrolle verdient die Schweiz sehr gute Noten. Programme, die Sie ins Leben gerufen haben, wie et-

wa das Nationale Programm Ernährung und Bewegung oder der Tabakpräventionsfonds, haben sich auf die ganze europäische Region ausgewirkt. Ich bin der Schweiz auch zu Dank verpflichtet für ihren Beitrag zur Europäischen Bewegungsstrategie, die wir den Regionalkomitees im September vorgestellt haben. Bemerkenswert ist vor allem die signifikant verringerte Sterberate aufgrund von Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Schweizer Bevölkerung. Seit dreissig Jahren sinkt hier die Zahl der Todesfälle. Im Dokument sollte ausdrücklich festgehalten werden, dass die Schweiz ihre Gesundheitsprogramme nicht nur wegen der alternden Bevölkerung und der hohen Behandlungskosten eingeführt hat, sondern auch weil das Land aufgrund der seit über drei Jahrzehnten gesammelten Daten zur öffentlichen Gesundheit Vertrauen in deren Wirkung hat. Das ist wichtig. Eine mögliche Verbesserung der Strategie könnte darin liegen zu überlegen, was sie bezüglich Governance-Prozessen und NCD-Politik explizit leisten kann. An meiner Präsentation wurde kritisiert, dass ich die Interessen des Gesundheitswesens jenen der Lebensmittelindustrie gegenüberstelle und eine Art «Wir gegen sie»-Modell präsentiere. Tatsächlich will ich aber das Gegenteil vermitteln: Die Lebensmittelindustrie muss Teil der Lösung sein. Wir müssen überlegen, wie die Industrie bei der Lösung der NCD-Probleme aktiv werden kann. Dazu gehört die Anerkennung der Tatsache, dass sie auch eine Ursache für viele dieser Probleme ist. Es ist kein Zufall, dass sich Werbung und Marketing

«Die Schweiz ist eines von nur fünf Ländern in Europa, die über einen gesetzlichen Grenzwert für Trans-Fettsäuren verfügen. Wir wünschen uns, dass noch viel mehr Länder einen sehr tiefen Grenzwert oder sogar ein Verbot von Trans-Fettsäuren einführen.»

für fett-, zucker- und salzreiche Produkte direkt an Kinder richtet. Irgendjemand in der Firma beschliesst diese Massnahmen, um mehr Geld zu verdienen. Es gibt einen Punkt, an dem freiwillige Zusagen der Industrie und das staatliche Eingreifen aufeinander abgestimmt werden müssen.

Wie könnte das aussehen?

In Dänemark gibt es eine gut funktionierende Vereinbarung. Unternehmen in der Lebensmittelindustrie haben erkannt, dass sie über kurz oder lang mit staatlicher Regulierung konfrontiert würden, wenn es ihnen nicht gelingt, zu einem Konsens zu kommen und die Vereinbarung einzuhalten. Also haben sich



Gauden Galea

die Firmen zusammengetan und ein Arbeitsmodell entwickelt. Sie kontrollieren sich selber und ahnden Verstösse gegen die Abmachungen. Ich kann das am Beispiel der Salzreduktion erklären: Die Unternehmen vereinbaren, dass sie den Salzgehalt in bestimmten Produkten reduzieren. Aber sie wissen auch, dass eine plötzliche Reduktion auf ein Minimum, beispielsweise im Brot, nicht möglich ist. Den Leuten würde das Brot nicht mehr schmecken und sie würden es nicht mehr kaufen. Also reduziert die Industrie das Salz schrittweise über mehr als zehn Jahre, damit sich die Bevölkerung allmählich an den Geschmack gewöhnen kann. Dabei kann es natürlich ein Problem geben: Wenn ein Unternehmen die Vereinbarung nicht einhält und den Salzanteil erhöht, könnte es vermutlich den Mitbewerbern Marktanteile wegnehmen, weil sein Produkt attraktiver würde. Also muss es eine freiwillige Vereinbarung zwischen den Unternehmen geben. Die Unternehmen – auch die grossen unter ihnen – brauchen jedoch die Unterstützung der Regierung, die dafür sorgt, dass kein einzelnes Unternehmen gegen das Abkommen verstösst. Mit selbst auferlegten staatlichen Regulierungen können sie weiterhin zusammenarbeiten und die Situation verbessern.

Gibt es weitere Beispiele aus anderen Bereichen?

Ja, es gibt viele Beispiele, etwa die Eliminierung von Trans-Fetten. Die Schweiz ist eines von nur fünf Ländern in Europa, die über einen gesetzlichen Grenzwert für Trans-Fettsäuren verfügen. Wir wünschen uns, dass noch viel mehr Länder einen sehr tiefen Grenzwert oder sogar ein Verbot von Trans-Fettsäuren einführen. In diesen Bereichen könnte die Lebensmittelindustrie helfen. Sie muss für ihr Verhalten zur Rechenschaft gezogen werden können

und ihre Verhaltensregeln sollten international einheitlich sein, das ist wichtig für die Zusammenarbeit mit der Lebensmittelindustrie. Es darf nicht sein, dass sich ein multinationales Unternehmen in der Schweiz anders verhält als zum Beispiel in Osteuropa. Wir brauchen eine offene Diskussion dieser Fragen.

Von aussen betrachtet: Welches sind die grössten Herausforderungen im Bereich NCD, mit denen die Schweiz in den nächsten Jahren konfrontiert sein wird?

Die Schweiz ist ein sehr fortschrittliches Land, was die öffentliche Gesundheit betrifft. Sie ist Teil einer Region, in denen praktisch jedes Land die Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle (FCTC) ratifiziert hat, und sie leistet einige sehr gute unabhängige Beiträge zur Tabakprävention. In Anbetracht dessen ist es sehr erstaunlich, dass die Schweiz das Rahmenübereinkommen noch nicht ratifiziert hat. Die Schweiz begrüsst Besucherinnen und Besucher am Flughafen mit augenfälliger Tabakwerbung. Bei allem Respekt für die vielen Erfolge im Gesundheitswesen und angesichts der Tatsache, dass die Schweiz nicht das einzige Land ist, bei dem es in der Politik vorwärts und rückwärts geht: Ich denke, mit der Ratifizierung des Rahmenübereinkommens könnte die Schweiz ihr Verhältnis zu den Nachbarn wirklich verbessern.

Welche anderen Länder in der Region haben das Rahmenübereinkommen auch noch nicht ratifiziert?

Nur Monaco und Andorra. Die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung in der Europäischen Region wird durch das Rahmenübereinkommen abgedeckt. Das Fehlen der Schweiz in dieser

liegt in der Verantwortung des Staates, gesundheitsförderliche

Liste ist eklatant. Ich denke, es würde sich für die Schweiz lohnen, diese Unterlassung zu überdenken, besonders wenn ich an die Tabakpräventionsgesetzgebung und an die gute Arbeit denke, die sie leistet.

Worin sehen Sie die Herausforderungen der Zukunft?

Aufgrund der Verringerung der Sterblichkeit im Land haben sich die Herausforderungen nun auf die Behandlung und Pflege verlagert. Die Menschen leben länger, Behandlung und Pflege werden teurer, besonders am Ende des Lebens. Die Lösung dafür ist für mich fast ein Kinderspiel: Man muss entsprechende Anreize für die Planung und Bereitstellung einer guten klinischen Prävention schaffen. Wir haben eine überalterte Bevölkerung und eine gut funktionierende Primärprävention für den gesunden Teil der Bevölkerung. Nun ist die Frage, wie wir sicherstellen können, dass so viel Pflege wie möglich für chronisch Kranke in der Gemeinschaft geleistet werden kann, und zwar so, dass sich Patienten zusammen mit gut qualifizierten und durch entsprechende Anreize motivierten medizinischen Grundversorgungseinrichtungen um sich selbst kümmern können. Es ist nicht an mir, einem Land zu sagen, welches Finanzierungsmodell es anwenden sollte. Aber man könnte einige Indizes erstellen, die aufzeigen, wie viel Geld in die Tertiär- und wie viel in die Grundversorgung fließt. Aufgrund dieser Daten könnte man zum Schluss kommen, besser mehr Mittel in die Grundversorgung zu investieren.

Die WHO hat gesundheitspolitische Leitlinien für Länder mit knappen Ressourcen erstellt. Diese sind natürlich nicht unmittelbar für die Schweiz anwendbar. Aber es ist sinnvoll, die Grundversorgungspolitik nicht allein auf die Verschreibung der wichtigsten Arzneimittel zu beschränken, sondern auch die wichtigsten Interventionen zu einem möglichst günstigen Preis anzubieten. Dann könnte man Leistungsanreize und Indikatoren für Schlüsselleistungen schaffen, während das System sich weiterentwickelt.

Die Regierung könnte ihr Image im Ausland durch die Ratifizierung des Tabak-Rahmenabkommens erheblich verbessern. Aber das ist nicht das Einzige, was sie tun kann. In vielen Gesundheitsbereichen wird gute Präventionsarbeit geleistet. Es gibt Möglichkeiten, deren Funktionieren besser zu beurteilen und die Ergebnisse nicht nur mit medizinischen, sondern auch mit den sozialen Bereichen zu verknüpfen. So könnte man Gradienten über die sozialen Klassen hinweg erkennen und feststellen, ob all jene von der Prävention profitieren, die es nötig haben. Schliesslich könnte man so auch den riesigen Komplex bestehend aus Krankenhäusern, medizinischer Grundversorgung und Krankenversicherungen verbessern und sehen,

welche Finanzierungs- und Anreizstrukturen ein gutes Paket an Grundversorgungsinterventionen generieren.

In Ihrer Rede haben Sie gesagt, Gesundheit sei eine politische Entscheidung, und haben dann aufgezeigt, dass viele Regierungen nicht jene Massnahmen ergreifen, die auch tatsächlich Wirkung zeigen. Haben Sie eine Strategie, um solche Regierungen zu ermutigen?

Eine Lektion habe ich im Laufe meiner dreissigjährigen Karriere im Gesundheitswesen gelernt: Es gab eine Zeit, in der man sich entscheiden musste, ob man im Flugzeug im Raucher- oder Nichtraucherbereich sitzen wollte. Beim Einchecken bat ich jedes Mal um einen Platz am Gang so weit weg vom Raucherbereich wie möglich, weil ich manchmal in der Nähe des Raucherabteils fast erstickt war. Und plötzlich verschwand das Rauchen aus allen Flugzeugen auf der ganzen Welt. Auslöser waren nicht gesundheitliche, sondern Sicherheitsbedenken der Fluggesellschaften. Also wurde das Rauchen verboten. Vorher hatte ich immer geglaubt, Public Health funktioniert nach dem Prinzip des Kampfes: Man macht seinen

«Die Schweizer Regierung könnte ihr Image im Ausland durch die Ratifizierung des Tabak-Rahmenabkommens erheblich verbessern.»

Standpunkt klar, der Beweis wird wissenschaftlich erbracht, die entsprechende Entscheidung getroffen und dann wird das weltweit umgesetzt. Aber diese Vorstellung ist sehr weit von der aktuellen Realität entfernt.

Warum? Können Sie das erklären?

Nehmen Sie eine Massnahme wie die Tabakbesteuerung oder die Schaffung rauchfreier öffentlicher Plätze. Es gibt einen festen Satz von Argumenten, die die Tabakindustrie in jedem Markt vorbringt. Ihre Taktik besteht darin, uns zu sagen, dass wir die Landwirtschaft zerstören, die Kriminalität und den Schmuggel fördern, die Gastronomie und den Fremdenverkehr schädigen und die armen süchtigen Raucher verletzen, weil wir ihnen noch mehr Geld von ihrem Einkommen wegnehmen und den Steuern zuführen. Gegen all diese Argumente gibt es seit Langem starke Gegenbeweise, in jedem Land. Aber irgendwie schafft es die Industrie immer wieder, sie in jedem Markt ins Feld zu führen. Das Vorgehen der Public Health auf regionaler Ebene besteht dann oft darin zu sagen: Lasst uns das Rad neu erfinden und alle Beweise gegen diese Standardargumente zusammentragen. Wir in der globalen Public-Health-Gemeinschaft müssen die lokalen Akteure



Tania Dussey-Cavassini (BAG) und Gauden Galea

unterstützen, indem wir ihnen klar machen, dass sie nicht zum ersten Mal angegriffen werden. Argumente wie «wenn es legal ist, Tabak zu verkaufen, dann ist es auch legal, dafür zu werben» werden seit den 70er-Jahren immer wieder vorgebracht. Eine schlagkräftige Industrie wird sie in jedem Markt immer und immer wieder einsetzen. Das verzögert den Prozess und stoppt ihn in einigen Fällen sogar. Diese Situation lässt sich nicht verbessern, indem man einfach regionale Leitlinien verfasst und annimmt, dass alle Länder diese annehmen. Um einer solch mächtigen Industrie entgegenzuwirken, ist mehr Kontrolle notwendig. Übrigens nehme ich das Beispiel Tabak, weil ich damit am klarssten erklären kann, was ich meine. Mit Tabak ist es sehr einfach, denn wir wollen seinen Konsum möglichst vollständig beseitigen. Bei Lebensmitteln oder Alkohol ist die Sache viel komplexer.

Komplexer, weil mehr Akteure beteiligt sind?

Ja, sektorübergreifende Massnahmen sind etwas, was wir alle wollen, aber sie sind äusserst kompliziert zu bewerkstelligen. Wenn ein Public-Health-Akteur zum Anwalt für rauchfreie öffentliche Plätze werden will, muss er bei der Gastronomiebranche ganz andere Argumente vorbringen als bei der Landwirtschaft, wo es um Preise, Zölle und Finanzen geht. Dort wird über grenzüberschreitenden Handel, Substitution, Elastizität und Regressivität gesprochen. Dort tauchen all diese Argumente aus dem Bereich der Finanzpolitik auf, die mit rauchfreien öffentlichen Plätzen nichts zu tun haben. Public-Health-Akteure sind oft zu naiv, wenn sie auf diese intersektoralen Diskussionen eingehen. Es genügt nicht zu sagen, dass wir ein grosses Problem haben und die Politik in eine gewisse Richtung verschieben möchten. Sie müssen in der Lage sein,

die Sprache dieses Sektors oder dieser Industrie zu verstehen, um in der Lage zu sein, sowohl die Kämpfe auszufechten wie auch wirkliche Partnerschaften einzugehen. Ich denke, dies ist der spannendste Bereich von Public Health, aber man sollte sich nicht ohne Vorbereitung dort hineinbegeben.

Hat das auch mit Bildung zu tun?

Ja, mit Bildung auf vielen Ebenen. Wir haben bisher nicht über Medien gesprochen, aber ich denke, eine raffiniertere Nutzung der Medien ist wichtig für das Gesundheitswesen. Wir müssen die Menschen auf die Bedeutung bestimmter Verhaltensweisen gegenüber anderen aufmerksam machen, damit sie die richtigen Entscheidungen treffen können. Wir dürfen die Wichtigkeit des öffentlichen Bewusstseins nicht unterschätzen. Leider wird es von Berufsleuten im Gesundheitswesen tendenziell abgewertet. Sie sagen, die Gesundheits-erziehung sei mangelhaft und dass sich durch Bildung kein Verhalten ändere, sondern nur durch Rahmenbedingungen. Aber ich denke, das Bewusstsein davon, dass etwas gut oder schlecht für uns ist, ist die Voraussetzung für eine Entscheidung.

Ich plädiere auch für eine Erweiterung der Lehrpläne für Public-Health-Fachleute. Studierende müssen die Grundlagen von Soziologie, Verwaltung, Regierungsarbeit und politischen Prozessen kennen. Dazu gehören beispielsweise Fallstudien von Public-Private-Partnerships, vom Umgang mit der EU oder von der Rolle des Handels in der Gesundheitspolitik und wie man eine Lösung zum beidseitigen Vorteil erarbeiten kann. In keinem dieser Bereiche gibt es nur ein Richtig. Gesundheitsfachleute, die heute ihre Ausbildung abschliessen, sollten ein umfassenderes Wissen von Wirtschaft, Politik, Wirtschaft und Gesellschaft haben.

«Die Erstellung eines Notfallplans ist für Flughäfen gesetzlich vorgeschrieben.»

Fünf Fragen an Frédéric Eynard. Die Menschen sind mobiler denn je. Wie begegnet die Schweiz den möglichen Gesundheitsrisiken, die durch Migration und den regen Urlaubs- und Geschäftsreiseverkehr entstehen können? Wir fragten Frédéric Eynard, den Leiter des Notfallplans am Flughafen Genf.

Herr Eynard, wozu hat der Flughafen Genf einen Notfallplan und welches sind die wichtigsten Punkte dieses Plans im medizinischen Bereich?

Die Erstellung eines Notfallplans ist für Flughäfen gesetzlich vorgeschrieben. Auf internationaler Ebene regeln die Normen des Abkommens von Chicago der Internationalen Zivilluftfahrtorganisation (ICAO) diesen Prozess. Auf nationaler Ebene bescheinigt das Bundesamt für Zivilluftfahrt (BAZL) mit einem Zertifikat, dass die Organisation und Dokumentation von Prozessen im Zusammenhang mit der Sicherheit der Infrastruktur und des Flughafenbetriebs die Anforderungen dieses Übereinkommen erfüllen, namentlich des Anhangs 14, der die Flughäfen regelt. Der Notfallplan des Flughafens Genf definiert die nötigen Mittel und Prozesse, um alle – einschliesslich medizinische – Notfälle zu bewältigen, die im Flughafen selber, in seiner Nähe oder in seinem Netzwerk auftreten können. Die Koordinierung der in einem Notfall ergriffenen Massnahmen der Flughafendienste und ihrer involvierten Partner, z.B. kantonale oder eidgenössische Behörden, wird darin beschrieben.

Der Notfallplan des Flughafens Genf ist auch mit dem Notfallplan des Kantons Genf (OSIRIS-Dispositiv) verknüpft, der bei umfangreichen oder länger andauernden Notfallsituationen zur Anwendung kommt. Dies ermöglicht es, bei Bedarf rasch auf zusätzliche kantonale oder französisch-schweizerische Res-



sourcen zurückzugreifen und die Notfalldienste (Polizei, Ambulanz, Krankenhäuser etc.) zu koordinieren. Andererseits hat der Flughafen Genf, der durch den Bundesrat als «Grenzübergangsstelle» nach den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) definiert wurde, bestimmte Sollkapazitäten gemäss Anhang 1 der genannten Verordnung bereitgestellt und garantiert damit für die Umsetzung der Massnahmen zur Bewältigung der spezifischen gesundheitlichen Krisen.

Mit welchen Krankheiten sind Sie am Flughafen Genf konfrontiert und aus welchen Destinationen reisen die erkrankten Personen an?

Das Sanitätspersonal des Flughafens Genf wird regelmässig hinzugezogen, wenn eine Passagierin oder ein Passagier, sei es an Bord eines Flugzeugs oder im Terminal, durch gewisse Symptome wie z.B. Fieber auffällt. Eine erste Anamnese erfolgt vor Ort, und je nach Schwere der Symptome wird die betreffende Person mit einer Ambulanz in ein regionales Krankenhaus gefahren. Manche Passagiere, die aufgrund einer Malariaerkrankung unter Fieberschüben leiden, melden dies im Voraus. Ansonsten ist es schwierig, zu diesem Zeitpunkt die Krankheiten zu identifizieren, unter denen die Betroffenen leiden. Es

lassen sich auch nicht bestimmte Destinationen benennen, wo gewisse Krankheiten häufiger auftreten.

Letztes Jahr hat Ebola viele Schlagzeilen gemacht, und Sie haben in Genf auch den einzigen Ebola-Patienten der Schweiz empfangen. Wie ist das abgelaufen?

Im Fall, den Sie ansprechen, war ein mit dem Ebola-Virus infizierter Arzt mit einem von verschiedenen nationalen und internationalen Behörden autorisierten und geplanten medizinischen Flug nach Genf repatriert worden. Die Rückführung und Betreuung dieses Patienten wurde durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und ihre lokalen Partner in enger Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) und dem Genfer Kantonsarzt organisiert. Die Dienststellen des Flughafens und des Kantons standen in ständigem Kontakt mit der Fluggesellschaft, die den Patienten aus Sierra Leone zurückführte, und mit dem BAG, um die Entwicklung seines Gesundheitszustands vor und während seiner Reise mitzuverfolgen. Sobald das speziell für den Transport von mit dem Ebola-Virus infizierten Patienten ausgestattete Flugzeug im Flughafen Genf gelandet war, wurde es zu einem abseits gelegenen Teil geführt. Die Sanitäter des Flughafens, ausgestattet mit ihrer persönlichen Schutzausrüstung, deren Einsatz sie bereits früher regelmässig trainiert hatten, brachten den Patienten in einen für Ebola eingerichteten Krankenwagen. Je nach Zustand des Patienten kann dies besonders schwierig sein. Diese Etappe wurde unter der Aufsicht der kantonalen Gesundheitsbehörden, des Grenzarztes und der Flughafenbehörden durchgeführt. Daraufhin brachte der von der Polizei eskortierte Krankenwagen den Patienten in das Genfer Universitätsspital (HUG), wo er hospitalisiert wurde. Die Sanitäter haben anschliessend die Ambulanz

nach einem festgelegten Verfahren desinfiziert, und am Schluss haben sie ihre Schutzkleidung abgenommen und vernichtet. Jeder Schritt wurde also sehr sorgfältig vorgenommen, um jede mögliche Kontamination zu vermeiden.

Welches ist das Szenario, wenn ein kranker Fluggast in Genf eintrifft?

Die Genfer Flughafenbehörden haben im Rahmen des Notfallplans ein Alarmierungsverfahren für die verschiedenen Rettungs- und medizinischen Dienste des Flughafens entwickelt, das zwei Arten von konkreten Fällen vorsieht: Zum einen die unplanbaren Ereignisse und in letzter Minute angekündigten Verdachtsfälle auf einem privaten oder kommerziellen Flug. Zum anderen geplante Ereignisse wie eine Rückführung mit einem medizinischen Flug. In der Folge kann eine Triage aller Passagiere in einem Flugzeug durchgeführt werden. In beiden Fällen werden die Gesundheitsdienste des Flughafens von den Gesundheitsbehörden des Kantons Genf unterstützt.

Welche Fachleute sind im Flughafen vorhanden und mit welchen Behörden und Institutionen arbeiten Sie zusammen?

Die Flughafenbehörden stehen in regelmässigem Kontakt mit dem Bundesamt für Gesundheit, der zuständigen Behörde für medizinische Massnahmen, die auf der Ebene des Flughafens ergriffen werden müssen. Das BAG überträgt, in enger Zusammenarbeit mit den kantonalen Gesundheitsbehörden, die Umsetzung dieser Massnahmen dem Grenzarzt.

Auf der Website des Flughafens werden die Sanitäter und Krankenschwestern geschult, um potenzielle Patienten zu unterstützen und sie im Bedarfsfall in ein Krankenhaus zu überführen. Auch die kantonalen Feuerwehr- und Polizeidienste kommen auf verschiedenen Ebenen zum Einsatz.

HEPA – Bewegungsförderung in der Schweiz und in Europa

Bewegungsförderung. hepa.ch ist ein Netzwerk, welches schweizweit Unternehmen, Institutionen und Organisationen für eine wirkungsvolle Gesundheitsförderung durch Bewegung und Sport verbindet. Der Name hepa.ch ist abgeleitet aus dem englischen Fachbegriff **Health-Enhancing Physical Activity**.

Als einer der Träger ist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mitverantwortlich für die fachlichen Inhalte, die Bewegungsempfehlungen sowie die Kernthemen. Das Kernthema «Ausgleichsbewegung – Sitzender Lebensstil» war auch ein Schwerpunkt der diesjährigen HEPA-Netzwerktagung. Die Tagungsinhalte und Präsentationen finden Sie unter www.hepa.ch.

An der HEPA-Tagung auf europäischer Ebene standen dieses Jahr vom 7. bis 9. Oktober in Istanbul die Themen «Exercise is medicine», der sitzende Lebensstil, intersektorale Zusammenarbeit zur Förderung der Alltagsbewegung sowie Bewegung in der Lebensphase Kinder und Jugendliche im Fokus (vertiefte Inhalte und weitere Themen der Tagung finden Sie unter www.hepa2015.org). Alles Themen, welche auch im Rahmen des Nationalen Programms Ernährung und Bewegung des BAG koordiniert und gefördert werden (www.ernaehrungsbewegung.bag.admin.ch) und auch in der WHO-Bewegungsstrategie (s. Seiten 4/5) zu finden sind.

So zeigt die Wissenschaft zum Thema «Exercise is medicine», dass Bewegung

positive Effekte sowohl in der Prävention als auch auf den Krankheitsverlauf verschiedener Krankheiten hat. Verschiedene Länder konnten in diesem Bereich schon erste Erfahrung mit Projekten sammeln. Flächendeckende Programme und «Good Practice»-Modelle fehlen jedoch noch weitgehend. In der Schweiz wurden bereits mehrere Ansätze zur Bewegungsförderung über die Arztpraxis entwickelt, z.B. PAPRICA – Physical Activity Promotion in Primary Care, ein Ansatz für Bewegungsförderung über die Hausarztpraxis.

Auch zum Thema sitzender Lebensstil haben viele Länder neue Materialien publiziert. So zum Beispiel Finnland und Belgien, welche aufzeigen, dass die Effekte von langem Sitzen im Alltag auf den Körper nicht durch mehr Bewegung

und Sport am Abend oder am Wochenende kompensiert werden können und hier durch Aufstehen mit wenig Aufwand bereits viel bewirkt werden kann. Das BAG hat hierzu die Webseite www.bag.admin.ch/aufstehen mit vielen Materialien aufgebaut.

Mehr Informationen zum HEPA-Europäer-Netzwerk: www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/activities/hepa-europe

Kontakt: Kathrin Favero, Sektion Ernährung und Bewegung, kathrin.favero@bag.admin.ch

Tabakkonsum in der EU mit Nord-Süd-Gefälle

Eurobarometer. In der EU rauchen 26% der Bevölkerung – nur unwesentlich mehr als in der Schweiz, wo der Raucheranteil bei 25% liegt. In der Einzelbetrachtung zeigen sich grosse Unterschiede zwischen den EU-Ländern: Staaten mit tiefen Raucherprävalenzen und hohen Aufhorräten sind vor allem im Norden Europas zu finden. Das sind tendenziell auch jene Länder mit starken Werbeeinschränkungen und hohen Tabakpreisen. Auf gesetzlicher Ebene geht die Schweiz nicht so weit wie sie.

Gemäss dem «Special Eurobarometer 429: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes» aus dem Jahr 2015 ist das Rauchen vor allem in den südlichen Ländern stark verbreitet, ausser in Italien. Es zeichnet sich ein gewisses Nord-Süd-Gefälle ab. Generell hat Nordeuropa viele Exrauchernde zu verzeichnen und mehr Menschen, die schon einmal versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören.

Rückgang um 2%

In der Gesamtschau ist die Anzahl der Rauchenden in der EU seit 2012 um 2 Prozentpunkte gesunken. Auch in der Einzelbetrachtung der meisten Länder lässt sich ein Rückgang feststellen am deutlichsten in Irland (–8%), in Österreich und Malta (beide –7%), in Finnland, Luxemburg und Lettland (alle –6%) sowie in Grossbritannien (–5%). Nur in fünf Staaten hat sich der Raucheranteil erhöht, nämlich in Frankreich (+4%), Slowenien und Portugal (beide +2) sowie in Zypern und Deutschland (beide +1). In der Schweiz ist der Raucheranteil zwischen 2012 und 2014 um 1% von



Noch immer präsent: Tabakwerbung am Kiosk, hier im schweizerischen La Neuveville.

25,9 auf 24,9% zurückgegangen, ist aber seit 2011 relativ stabil geblieben. In der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen ist die Raucherrate in der EU seit 2012 gar um vier Prozentpunkte von 29 auf 25% zurückgegangen. In der Schweiz war der Trend gemäss Suchtmonitoring Schweiz in dieser Altersgruppe gegenläufig: 2012 rauchten 28,7% der 15- bis 24-Jährigen, 2014 waren es 29,9%.

Tabakwerbung noch weit verbreitet

Insgesamt haben 40% der Befragten der Eurobarometer-Studie angegeben, in den letzten zwölf Monaten eine Tabakwerbung oder -promotion gesehen zu haben. 56% der Befragten gaben an, niemals Tabakwerbung gesehen zu haben. Gefragt nach dem Ort der gesehenen Werbung, gaben die meisten einen Tabakverkaufspunkt an (39%), gefolgt von öffentlichen Werbeflächen wie Plakatwänden (30%), Zeitungen und Magazinen (22%) und Cafés und Bars (17%).

Die Studie zeigt zudem, dass junge Menschen der Tabakwerbung generell stärker ausgesetzt sind als ältere Menschen, dies vor allem wegen Werbekampagnen und Promotionen, die im Internet respektive in den Sozialen Medien kursieren.

Starke Einschränkungen in nördlichen Staaten

Diese Zahlen zeigen, dass Tabakwerbung in den EU-Staaten immer noch weit verbreitet ist. In der EU gelten derzeit lediglich die Tabakwerberichtlinie (2003/33/EC) und die Richtlinie über audiovisuelle Mediendienste (2010/13/EU), welche die grenzüberschreitende Tabakwerbung verbietet. Viele EU-Mitgliedstaaten, zum Beispiel Irland, Grossbritannien und Finnland sowie das Nicht-EU-Land Norwegen, gehen jedoch weiter als die europäischen Richtlinien und untersagen jede Form von Tabakwerbung, einschliesslich der Auslegung von Tabakprodukten an den Verkaufs-

stellen. Die Tabakwaren dürfen also nicht sichtbar sein und müssen zum Beispiel unter dem Ladentisch gelagert werden. Viele andere Länder wie Frankreich, Dänemark und Belgien verfügen über eine gesetzliche Regelung der Werbung an den Verkaufsstellen und/oder des Sponsorings. Zudem sind in diesen Ländern die Preise für Tabakprodukte vergleichsweise sehr hoch.

Schweiz zieht nach

In der Schweiz ist derzeit die Werbung für Tabakprodukte im Fernsehen und Radio sowie gezielt an Jugendliche gerichtete Werbung verboten. Das sind die einzigen auf Bundesebene gültigen Einschränkungen für Tabakwerbung. Im internationalen Vergleich handelt es sich dabei um eine der lockersten Regelungen für Tabakwerbung. Allerdings sind kantonale Regelungen zur Tabakprävention zum Teil strenger als das Bundesgesetz – dies gilt für 58% der Kantone, in denen rund 80% der Schweizer Bevölkerung leben. Mit dem Tabakproduktegesetz, das derzeit erarbeitet wird, sollen die Regelungen im Bereich Werbung und Sponsoring verstärkt und die Schweizer Gesetzgebung dem internationalen Schutzniveau angenähert werden. Damit sollen insbesondere die Jugendlichen, die für Werbekampagnen besonders empfänglich sind, besser geschützt werden.

Link zum Eurobarometer-Bericht:
ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_429_en.pdf

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

Chancengleichheit im Spital

Swiss Hospitals for Equity. Seit 2004 unterstützt das Bundesamt für Gesundheit Spitäler, die ihre Kompetenzen zur Versorgung von Migrantinnen und Migranten optimieren wollen. Das Netzwerk «Migrant Friendly Hospitals», das sich ursprünglich am gleichnamigen Projekt der Europäischen Union orientierte, heisst neu «Swiss Hospitals for Equity».

Das Ziel des Netzwerks «Swiss Hospitals for Equity» (zu Deutsch: Schweizer Spitäler für Chancengleichheit) ist die Förderung einer qualitativ hochstehenden Versorgung für alle Patienten und Patientinnen, ungeachtet ihrer Herkunft, Nationalität, Sprache, Religion, ihres sozioökonomischen Hintergrunds und ihrer Gesundheitskompetenz.

Idee der EU

Das Netzwerk wurde vom 2002 lancierten EU-Projekt «Migrant-friendly Hospitals MFH» (migrantenfreundliche Spitäler) inspiriert, das in zwölf Spitälern in

zwölf verschiedenen EU-Ländern umgesetzt wurde. Die Schweiz nahm als Nicht-EU-Staat zwar nicht am Projekt teil, ein Informations- und Erfahrungsaustausch fand jedoch trotzdem statt. Seit 2004 leistet das Bundesamt für Gesundheit (BAG) finanzielle Unterstützung für Massnahmen in Schweizer Spitälern, die zu einer Verbesserung der Chancengleichheit für alle Bevölkerungsgruppen beim Zugang, bei der Behandlung und Betreuung beitragen – dies als Teil des 2002 lancierten Nationalen Programms Migration und Gesundheit.

Neuer Name mit weiterem Fokus

Zunächst wurde das Schweizer Netzwerk nach dem europäischen Vorbild «Migrant Friendly Hospitals MFH» benannt. Mit dem neuen Namen «Swiss Hospitals for Equity» wollen die teilnehmenden Spitäler auf die Wichtigkeit aufmerksam machen, für alle Patientinnen und Patienten eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, nicht nur für Migrantinnen und Migranten.

Mit dem neuen Namen wurde auch eine neue Website lanciert.

Soziokulturelle Barrieren abbauen

Zu den «Swiss Hospitals for Equity» gehören heute die Universitätsspitäler von Basel, Genf und Lausanne, die Kinderspitäler von Zürich, Basel und St. Gallen sowie die Solothurner Spitäler und das Kantonsspital Aarau. Jedes Spital hat seinen eigenen Strategie mit Aktionsplan konzipiert, abhängig von den ermittelten Bedürfnissen und dem sozialen und institutionellen Kontext. Zentral bei allen sind verschiedene Massnahmen im Bereich Diversity Management. Dazu gehören Weiterbildungsangebote für das Personal in transkultureller Kompetenz, der Einsatz von interkulturell Dolmetschenden, die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund (Patienten-Empowerment) durch mehrsprachige Informationsmaterialien oder der Abbau von Zugangsbarrieren durch mehrsprachige Beschilderungen. Von grosser Bedeutung ist auch die Chancen-



gleichheit und Integration von fremdsprachigem Personal. Viele Spitäler führen zudem muttersprachliche Erhebungen der Patientenzufriedenheit sowie Erhebungen zur Patientenherkunft durch, um einen Überblick über die Diversität ihrer Patientinnen und Patienten zu erhalten.

Die derzeit acht «Swiss Hospitals for Equity» bilden keine geschlossene Gesellschaft. Das Mitwirken weiterer Spitäler ist sehr willkommen, um das Netzwerk zu vergrössern und Good Practices zur Förderung der Chancengleichheit noch besser im Schweizer Gesundheitswesen zu verankern.

Links: www.hospitals4equity.ch
www.miges.admin.ch

Kontakt: Serge Houmard, Nationales Programm Migration und Gesundheit,
serge.houmard@bag.admin.ch

Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis bleibt bei der Schweizer Bevölkerung stabil

Suchtmonitoring 2014. Gemäss Suchtmonitoring ist 2014 der Konsum von psychoaktiven Substanzen in der Schweiz weitgehend stabil geblieben. Jede vierte Person raucht, gut jede fünfte Person in der Schweiz trinkt zu viel oder zu oft Alkohol, und 3% der Bevölkerung haben im letzten Monat Cannabis konsumiert. Dies entspricht ungefähr den Resultaten der Vorjahre. Jugendliche und junge Erwachsene sind eine besonders gefährdete Gruppe und stehen damit im Fokus der Präventionsbemühungen.

Das Suchtmonitoring Schweiz liefert seit 2011 jährlich Zahlen zum Konsum von psychoaktiven Substanzen. Jeweils 11 000 Personen werden dazu telefonisch befragt. Diese erhobenen Daten bilden die Grundlage der im Auftrag der bundesrätlichen Agenda Gesundheit 2020 erarbeiteten Nationalen Strategien Sucht und der Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten. Die Daten dienen dazu, entsprechende Massnahmen zu konzipieren und zu überprüfen. Hierzu zählen beispielsweise der Wissenstransfer unter den Akteuren oder gezielte Sensibilisierungsmassnahmen für Risikogruppen.

Tabakkonsum

Die Anzahl Raucherinnen und Raucher ist seit 2011 ungefähr gleich geblieben. Ein Viertel der Schweizer Bevölkerung raucht (24,9%). Bei den Männern geht der tägliche Konsum leicht zurück, dafür nimmt der Gelegenheitskonsum zu. Ein Drittel der nicht erwerbstätigen Personen raucht täglich (33,6%). Bei der jüngsten befragten Bevölkerungsgruppe (15 bis 19 Jahre) geben 26,6% an, zu den Rauchenden zu gehören. Junge Männer (27,7%) rauchen häufiger als junge Frauen (21,4%). Eine Person, die täglich raucht, konsumiert im Durchschnitt 13,5 Zigaretten pro Tag. Das Krebsrisiko steigt mit der Anzahl Zigaretten, aber auch geringer täglicher Konsum erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Atemwegserkrankungen und für einen frühzeitigen Tod. Im Durchschnitt verlieren Rauchende 14 Jahre ihres Lebens. Wer vor dem 15. Altersjahr anfängt, täg-

lich zu rauchen, ist in der Folge in stärkerem Ausmass vom Tabak abhängig, als wer nach dem 15. Altersjahr mit dem Rauchen beginnt.

E-Zigaretten

Die Nutzung von E-Zigaretten ist angestiegen; während 2013 noch 6,7% der Schweizer Bevölkerung angaben, mindestens einmal eine E-Zigarette genutzt zu haben, waren es 2014 bereits 14%. Auch die regelmässige Nutzung (mindestens einmal pro Woche) hat zugenommen, liegt aber noch auf einem sehr niedrigen Stand von 0,7% der Bevölkerung. Personen, die täglich Tabak rauchen und die in der Altersklasse zwischen 25 und 44 Jahren liegen, sind die regelmässigsten «Dampfer», auch wenn der duale Konsum noch sehr wenig verbreitet ist.

Die Daten zu den E-Zigaretten wurden in einem separaten Bericht erhoben.

Alkoholkonsum

Die grosse Mehrheit der Schweizer Bevölkerung pflegt einen risikoarmen Umgang mit Alkohol. Gut jede fünfte Person (23%) trinkt jedoch zu viel oder zu oft und schädigt so potenziell ihre Gesundheit. Denn zu viel Alkohol kann praktisch jedes Organ schädigen. Auch wenn eine unmittelbare Beeinträchtigung eventuell nicht wahrgenommen wird, gibt es medizinisch nachweisbare Folgeschäden: Der Konsum von vier (bei Frauen) resp. fünf (bei Männern) alkoholischen Getränken innerhalb mehrerer Stunden erhöht das Risiko für Unfälle, Verletzungen und Gewalt. In diese Kategorie fallen 2014 22% der Befragten. Ein leichter Anstieg ist vor allem bei jungen Menschen (15–19 Jahren), bei älteren Menschen (64–75 Jahren) und generell bei Frauen zu beobachten. Bei Frauen, die mehr als zwei Gläser und bei Männern, die mehr als vier Gläser Alkohol pro Tag trinken, spricht man von chronisch risikoreichem Konsum. 2014 gaben 4,2% der Befragten dieses Konsummuster an. Diese Zahl ist seit 2011 stabil geblieben. Menschen zwischen 65 und 74 Jahren trinken am häufigsten chronisch risikoreich (8,1%). Das Risiko für alkoholbedingte Krankheiten wie Krebs oder Leberzirrhose steigt mit zunehmender Menge.

Cannabiskonsum

Die Zahl der Personen, die im Monat vor der Befragung Cannabis konsumiert haben, ist zwischen 2011 und 2014 stabil geblieben. Im Jahr 2014 beträgt dieser Anteil 3%. Ein Fünftel dieser Konsumgruppe konsumiert intensiv, d.h. an 20 und mehr Tagen pro Monat. Bei den 15- bis 24-Jährigen haben 21% zumindest einmal in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert. Männer konsumieren mit 9,3% gut doppelt so häufig wie Frauen (4,2%).

Cannabis beeinflusst die Konzentrationsfähigkeit und kann zu Denkstörungen und vermindertem Antrieb führen. Je nach persönlicher Situation und Prädisposition der konsumierenden Person besteht die Gefahr, dass bei länger fortgesetztem erhöhtem Cannabiskonsum Depressionen, Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen auftreten können. Die körperlichen Risiken sind vergleichsweise gering, Auswirkungen sind in erster Linie auf die Lunge feststellbar.

Für junge Menschen besonders schädlich

Die Zahlen zeigen, dass junge Menschen mit allen Substanzen am risikoreichsten umgehen. Sie sind eine besonders sensible Gruppe, denn ihr Körper und ihr Gehirn befinden sich noch in Entwicklung und psychoaktive Substanzen können deshalb grösseren Schaden anrichten: Wer jung mit einem risikoreichen Konsum beginnt, läuft eher Gefahr, später abhängig zu werden oder auch Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Atemwegserkrankungen oder eine andere nichtübertragbare Krankheit (NCD) zu entwickeln.

Früh erkennen und intervenieren

Dieser jüngsten im Rahmen des Suchtmonitorings befragten Gruppe gilt also ein besonderes Augenmerk, wenn es um die Entwicklung und die Weiterführung von bewährten präventiven Massnahmen geht. Es ist wichtig, früh zu erkennen, ob sich der für dieses Alter typische Ausprobierkonsum in eine problematische Richtung verschiebt, damit Jugendliche und junge Erwachsene von ihrem Umfeld und Fachpersonen Unterstützung und Beratung erhalten. Deshalb unterstützt das Bundesamt für Ge-

sundheit seit 2006 Projekte zur Implementierung des Präventionsansatzes Früherkennung und Frühintervention (F+F) in Schulen und Gemeinden. Zudem existieren Gesetze zum Jugendschutz, die präventiv wirken und deren Einhaltung sicherzustellen ist.

Suchtmonitoring Schweiz

Die vorliegenden Ergebnisse basieren auf dem Suchtmonitoring Schweiz. Das Suchtmonitoring Schweiz ist ein vom Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegebenes Forschungsprojekt zum Konsum psychoaktiver Substanzen in der Schweiz. Es besteht aus einer fortlaufenden und systematischen Sammlung von vergleichbaren und repräsentativen Daten, die seit 2011 jährlich von einem Forschungskonsortium bei 11 000 Personen erhoben werden. Das Berichterstattungssystem beschreibt die Entwicklung, lässt Veränderungen erkennen und ermöglicht so eine zeitnahe Einschätzung der Suchtproblematik in der Schweiz. Neben Kerndaten zum Konsumverhalten werden in grösseren Abständen Zusatzinformationen unter anderem zu folgenden Themen erhoben: Alkohol und Gewalt, die sozialen Folgen der Abhängigkeit, Kaufverhalten, Gebrauch der E-Zigarette oder das Wissen der Bevölkerung über die gesundheitlichen Schäden des risikoreichen Konsums von Alkohol, Tabak oder Drogen. Das BAG hat Sucht Schweiz, das Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF), das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne (IUMSP) und das Institut für Begleit- und Sozialforschung Zürich (IBSF) mit der Durchführung dieses Projekts beauftragt.

Vertiefende Informationen und alle Suchtmonitoring-Publikationen finden sich auf der Website www.suchtmonitoring.ch.

Kontakt: Wally Achtermann,
Leiterin Suchtmonitoring Schweiz,
wally.achtermann@bag.admin.ch

Impressum • spectra Nr. 111, Dezember 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, Keystone/Peter Klauzner

Layout: Lebrecht typ-o-grafik, 3006 Bern

Druck: Bütetiger AG, 4562 Biberist – **Auflage:** 6400 Ex. deutsch, 3400 Ex. franz., 1050 Ex. engl.

Einzel Exemplare und Gratisabonnemente von «spectra» können bestellt werden bei:
Bundesamt für Gesundheit, Sektion Kampagnen, 3003 Bern

Die nächste Ausgabe erscheint im März 2016.

Kontakte

Sektionen, Fachstellen	Telefon
Sektion Alkohol	058 463 87 86
Sektion Tabak	058 463 20 43
Sektion Drogen	058 463 87 13
Sektion Prävention und Promotion (Übertragbare Krankheiten)	058 463 88 11
bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz	058 462 62 26
Sektion Grundlagen (Nationale Präventionsprogramme)	058 463 87 93
Sektion Kampagnen	058 463 87 79
Sektion Ernährung und Bewegung	058 463 87 55
Nationales Programm Migration und Gesundheit	058 463 30 15

www.spectra-online.ch

Hinschauen und Krisen verhindern

Früherkennung und Frühintervention. 2006 wurde im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit das erste Programm für Früherkennung und Frühintervention – kurz F+F – in Schweizer Schulen und Gemeinden lanciert. Was genau ist F+F und was sind die Erfahrungen nach zehn Jahren? Das Porträt eines Präventionsansatzes.

Die neuesten Zahlen des Suchtmonitorings Schweiz zeigen: Jugendliche und junge Erwachsene führen die Statistiken punkto risikoreichen Konsums von Alkohol und Cannabis an (siehe Artikel links). Handelt es sich beim gelegentlichen Rauschtrinken und Jointrauchen um den alterstypischen Spass am Ausprobieren oder geht das Verhalten schon in Richtung Sucht? Ist ein Gespräch mit dem Heranwachsenden angezeigt oder professionelle Hilfe und Beratung vonnöten? Diese und ähnliche Fragen stehen im Zentrum des Präventionsansatzes Früherkennung und Frühintervention – kurz F+F – dessen Hauptzielgruppe Kinder und Jugendliche sind.

Risiken erkennen, Ressourcen fördern

Das frühzeitige Erkennen und Abwenden einer sich anbahnenden Suchtproblematik ist ein wichtiges Anliegen von F+F, aber nicht das einzige. Auch Aggressionen, Mobbing, Gewalt, Entwicklungsauffälligkeiten, Überforderungen sowie psychische und soziale Probleme im Umfeld von Jugendlichen stehen im Visier von F+F. Auch liegt das Augenmerk nicht nur auf den Problemen eines Jugendlichen, sondern auch auf seinen Ressourcen – seien es seine persönlichen oder jene in seinem Umfeld. Diese zu erkennen und zu stärken, ist ebenfalls Ziel von F+F. Mit F+F sollen Heranwachsende unterstützt werden – keinesfalls darf dieser Ansatz als Disziplinierungsmassnahme missverstanden werden.

Schwere Problemverläufe abwenden

Die Idee hinter F+F ist einfach: Je früher ein potenziell problematisches Verhalten erkannt und Massnahmen zur Stabilisierung ergriffen werden, desto grösser sind die Chancen, drastischere Risikoentwicklungen abzuwenden. Ein Hauptziel von F+F besteht demnach darin, Erziehungsberechtigten und Bezugspersonen wie Lehrern, Jugendarbeitern oder Sporttrainern die nötige Handlungssicherheit zu vermitteln, um bei einer Gefährdung wirkungsvoll aktiv werden zu können. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen sollen durch F+F vor allem vor gesundheitlichen und sozialen Problemen und Problemverhalten geschützt werden. Jedoch soll die Verhältnismässigkeit gewahrt und mit Umsicht gehandelt werden: Nicht jedes Problem soll Anlass zu einer Intervention geben; krisenhafte Phasen gehören zur normalen Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen.



Zwischen Prävention und Krisenintervention

F+F liegt im Zwischenbereich von (Primär-)Prävention und Krisenintervention respektive Behandlung und Therapie. Die Übergänge zwischen diesen drei Handlungsbereichen sind fließend. Der Beitrag von Eltern, Erziehungsberechtigten und Bezugspersonen besteht darin, mit den Betroffenen eine konstruktive, vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und je nach Fall frühzeitig die nötigen Fachleute und Fachstellen beizuziehen. Diagnosestellung, Behandlung, Therapie, schulrechtliche und juristische Massnahmen bleiben unbedingt Sache der zuständigen Fachstellen und Behörden. So sollen Jugendliche optimal in ihrer Entwicklung unterstützt und ihre Bezugspersonen entlastet werden.

Fokus auf Schulen und Gemeinden

Seit 2006 setzt die Stiftung für Gesundheitsförderung RADIX im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit F+F-Projekte in Schulen und Gemeinden um. Diese zwei Settings sind prädestiniert für F+F-Massnahmen, denn sie spielen in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen eine zentrale Rolle. Bisher konnten 67 Schulen und 64 Gemeinden erreicht und vielfältige Erfahrungen gesammelt werden. Ziel dieser Projekte ist es, eine Haltung des Hinschauens und Handelns sowie Strukturen, Prozesse und Instrumente im Sinne von F+F zu entwickeln, die ein erfolgreiches und langfristiges Management der F+F ermöglichen. In den bisherigen Projekten haben sich der «Policy Cycle» für das Setting Gemeinde und Handlungsleitfäden für das Setting Schule bewährt.

«Policy Cycle» für Gemeinden

Der Policy Cycle zur Planung und Um-

setzung von F+F-Massnahmen in Gemeinden besteht aus sechs Etappen:

1. Planung und Umsetzung von F+F-Massnahmen auf die politische Agenda setzen und entsprechenden Beschluss fassen
2. Rückhalt schaffen/eine repräsentative und akzeptierte Projektgruppe aufbauen
3. Situationsanalyse/Bedarfserhebung
4. Massnahmen planen und priorisieren
5. Massnahmen umsetzen
6. Verankerung und Evaluation

Ein wichtiger Erfolgsfaktor ist hierbei die verbindliche Regelung der Zusammenarbeit von politisch Verantwortlichen und Vertretern aus Verwaltung, Schule, Polizei, Elternschaft, Fach- und Beratungsstellen.

Handlungsleitfäden für Schulen

In Schulen haben sich mehrstufige Handlungsleitfäden bewährt, die allen Beteiligten die nötige Handlungssicherheit im Umgang mit F+F geben. Hier ein sechststufiges Beispiel:

1. Beobachten, erkennen, dokumentieren, rückmelden
2. Gespräch(e) mit dem Schüler/der Schülerin
3. Eltern/Erziehungsberechtigte einbeziehen
4. Schulinterne Hilfe beiziehen (z.B. Schulsozialarbeit)
5. Schulexterne Hilfe beiziehen (z.B. Fachstellen)
6. Gefährdungsmeldung, Sonderschul- und schulrechtliche Massnahmen

Wichtige Erfolgsfaktoren für F+F sind zudem

- der regelmässige Austausch im Kollegium inkl. pädagogischer Fachpersonen, der Schulsozialarbeit und des schulpsychologischen Diensts
- gute Kenntnisse über Warnsignale

– eine gemeinsame Haltung im gesamten Schulteam, inkl. Hausdienst

Besonders wirkungsvoll ist F+F, wenn Schulen und Gemeinden eine gemeinsame pädagogische und organisatorische Haltung entwickeln und die jeweiligen F+F-Projekte möglichst gut miteinander verbunden sind.

Projekte formell abgeschlossen

Anfang Februar 2015 ist die letzte offizielle, von RADIX betreute Projektphase mit sieben teilnehmenden Schulen formal abgeschlossen worden. Die initiierten F+F-Projekte werden aber durch die vor Ort geschaffenen Projektleitungen weitergeführt und RADIX wird weiterhin als Austauschplattform für F+F-Projekte zur Verfügung stehen.

Broschüre zum Thema

«Früherkennung und Frühintervention in Schulen und Gemeinden – das Wichtigste in Kürze» (PDF) Kompaktes Grundwissen, Anleitungen, Praxisbeispiele und weiterführende Informationen für Fachpersonen, Projektleitungen/Projektgruppen und Vertretungen aus Behörden und Politik. Verfasst von der Schweizerischen Gesundheitsstiftung RADIX. 8 Seiten, kostenlos, Sprachen D/F. PDF: www.radix.ch > Gesunde Gemeinden > Früherkennung und Frühintervention

Papierversion: Bestellung unter info-zh@radix.ch oder 044 360 41 00

Kontakt: Salomé Steinle, Sektion Drogen, salome.steinle@bag.admin.ch

Marcel Tanner: «Wir sind glücklich, dass unser Ansatz «miteinander lernen, um zu verändern» in Nord und Süd aufgenommen und umgesetzt wird.»

Kurzinterview Marcel Tanner. Prof. Dr. Marcel Tanner hat Ende Juni 2015 nach 18 Jahren die Leitung des massgeblich von ihm mitgestalteten Schweizerischen Tropen- und Public-Health-Instituts TPH in Basel abgegeben. In seiner Amtszeit hat sich das ehemalige Schweizerische Tropeninstitut zu einer global tätigen Institution mit einem interdisziplinären Ansatz in Lehre, Forschung und Dienstleistung entwickelt. Standen früher Fragen zur Infektionsbiologie von Krankheiten wie der Malaria oder der Schlafkrankheit im Vordergrund, wuchs mit Tanner die Überzeugung, dass Krankheit, Gesundheit und Gesundbleiben nur in einem Gesamtkontext verstanden werden können: Lebensumstände, ökologische und kulturelle Einflüsse. Unter Tanners Leitung forcierte das Institut den interdisziplinären, systemischen Ansatz. «Der Kontext zwischen Gesundheits- und Sozialsystemen ist entscheidend», ist Tanners Überzeugung.

spectra: Welche Krankheiten sind zurzeit die grössten Bürden dieser Welt – und was kann dagegen getan werden?

Marcel Tanner: Noch immer sind in den armen, mittelschwachen Ländern – vor allem im Süden – die Krankheiten der Armut, d.h. HIV, Tuberkulose und Malaria, sowie die sogenannten vernachlässigten Tropenkrankheiten («Neglected Tropical Diseases», kurz NTDs) die grösste Bürde. Zu den NTDs gehören u.a. das Dengue-Fieber, die Bilharziose, die Schlafkrankheit, die Leishmaniose, die intestinalen Wurmerkrankungen und auch die lebensmittelbürtigen Egelkrankungen. Wichtig ist aber auch, dass mit der wachsenden Urbanisierung auch die nichtübertragbaren Erkrankungen in den sogenannten Entwicklungsländern zunehmen: Herz-Kreislauf-Probleme, Ernährungsprobleme und Fettleibigkeit sowie Tumore. Somit ist der «dual burden of diseases» – die doppelte Krankheitslast – gerade in mittelschwachen Ländern besonders gross und wird zur enormen Herausforderung für die nationalen Public-Health-Strategien und die Global-Health-Ansätze.

Wie hat sich die Entwicklungshilfe in den letzten Jahren und Jahrzehnten zur internationalen Zusammenarbeit gewandelt?

In diesem Gebiet haben sich erfreulicherweise viele gute Entwicklungen ergeben. Zwei Entwicklungen waren und sind entscheidend:

1. Der Weg «weg von der Hilfe, hin zur Zusammenarbeit», im Sinne von «miteinander lernen, um zu verändern» (mutual learning for change). Diesen Ansatz haben wir am Swiss TPH konsequent verfolgt und sind glücklich, dass viele Organisationen und Regierungen in Nord und Süd diesen Ansatz aufgenommen und umgesetzt haben.



Prof. Dr. Marcel Tanner

2. Das systemische Angehen von Gesundheitsfragen – weg vom Verfolgen einzelner Krankheiten und Probleme. Selbst wenn wir wirksame Mittel von der Diagnose bis zur Behandlung und Prävention haben, benötigen wir die Gesundheits- und Sozialsysteme, um wirksame Medikamente, Diagnostika und Impfstoffe zur betroffenen Bevölkerung zu tragen. Es genügt also nicht, die «Magic Bullets» zu entwickeln, sondern es braucht auch die «Magic Guns» – und diese sind in Public und Global Health die Gesundheits- und Sozialsysteme.

Die Schweiz ist ein sehr reiches (aber ziemlich kleines) Land, was können wir zur Gesundung der Welt beitragen?

Wir können und haben viel beigetragen und müssen diese positiven Ansätze konsequent verfolgen:

1. Noch verstärkteres Einbringen des «mutual learning for change» und des systemischen Angehens der Gesundheitsprobleme.
2. Weiteres Fördern von neuen Ansätzen, wie Forschung und Entwicklung für vernachlässigte Erkrankungen (vor allem Armutskrankheiten und NTDs, s.o.) durch Verbindungen zwischen öffentlichem und privatem Sektor (Product Development Partnerships, kurz PDPs) gestärkt werden kann. Die Schweiz unterstützt, insbesondere durch die Direktion für Entwicklungszusammenarbeit DEZA, schon sehr stark die in der Schweiz ansässigen PDPs Medicines for Malaria Venture (MMV), Drugs for Neglected Diseases initiative

(DNDi) und die Foundation for Innovative Diagnostics (FIND). Das möge weitergehen und ausgebaut werden!

3. Weiteres Stimulieren der Pharmaindustrie, sich in die PDPs einzubringen oder selbst solche Initiativen zu starten, wie zum Beispiel das Not-for-profit Novartis Institute for Tropical Diseases in Singapur (NITD).
4. Anregen und Unterstützen der universitären Forschung und der damit verbundenen Förderung von jungen Forscherinnen und Forschern auf diesen Gebieten, vor allem auch der angewandten Forschung durch weitere Spezialinitiativen des Schweizerischen Nationalfonds und der DEZA.

Medien und Öffentlichkeit reagieren heftig, wenn unbekannte Krankheiten in unsere heile Welt zu gelangen drohen – jüngstes Beispiel: Ebola. Welches sind die ernsthaften Gefahren und wie kann man ihnen begegnen?

Richtig ist, wenn reagiert wird. Wir lernen aus Ebola oder andern «neuen» Krankheiten, dass die Überwachung entscheidend ist. Jedes Gesundheits- und Sozialsystem ist vorbereitet, wenn es konsequent einen Ansatz von «Überwachung und Reaktion» verfolgt, d.h. mit einem System der kontinuierlichen Sammlung und Analyse der minimal nötigen Informationen bereit ist, um sofort zu reagieren. Gelingt uns dieser Wechsel, können wir beherzt vielen Herausforderungen begegnen. Das Problem ist, das leider zu viele Gesundheitssysteme vor allem Daten sammeln – obwohl die Jäger- und Sammlerzeit der Menschheit längst vorbei ist –, jedoch diese kaum

analysieren und somit nicht oder zu spät reagieren.

Weshalb ist es so wichtig, dass Menschen sich auch hierzulande gegen Krankheiten impfen lassen, wo die meisten schlimmen Infektionskrankheiten so gut wie ausgerottet sind?

Es gilt die Herdenimmunität zu halten, damit eben vor allem die Säuglingskrankheiten nicht wieder aufflackern können. Damit leisten wir einen grossen und wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden unserer Gesellschaft. Es braucht einen grossen Impfabdeckungsgrad (Coverage) damit eben diese Herdenimmunität gehalten werden kann und wir keine Epidemien erleben. Damit leisten wir nicht nur einen nationalen, sondern auch globalen Beitrag zum Wohlbefinden.

Dass Krankheit und Armut eng miteinander verbunden sind, zeigt die Erfahrung in den armen Ländern dieser Welt. Wie steht es bei uns, in den hoch entwickelten Industriestaaten?

Auch bei uns sind kranke Menschen vernachlässigt, nicht nur, weil sie nicht «produktiv» sind, sondern weil sie auch nicht ein voll wirksamer Teil eines Sozialsystems sein können. Und so beginnt die Spirale von Krankheit und Vernachlässigung bis zur Armut; durchaus vergleichbar der Situation in mittelschwachen Ländern.

Sie sind trotz teilweise Ruhestand überaus aktiv, zum einen als Professor an der Universität Basel und zum anderem reisen Sie regelmässig um den ganzen Erdball. Mit welchen Projekten beschäftigen Sie sich zurzeit gerade?

Im Moment bin sehr mit der Entwicklung von Malariaimpfstoffen und neuen Medikamenten gegen NTDs beschäftigt und engagiere mich für neue Ansätze für die verteilungsgerechte Gesundheitsplanung bei uns wie auch in mittelschwachen Ländern.

Ich komme gerade von sehr herausfordernden Tätigkeiten in Vanuatu und den Salomonen zurück. Gerade in solchen komplexen Inselstaaten des Pazifiks lernen wir, was es heisst, mit sehr beschränkten Mitteln eine verteilungsgerechte Gesundheitsversorgung aufzubauen. Diese Erfahrungen sind gerade auch für Fragen der Gesundheitsplanung in der Schweiz und unsere Strategie Gesundheit2020 in der reichen Schweiz extrem relevant – wiederum ein gemeinsames Lernen: Durch Vergleiche über Systeme und Kulturen hinweg, können wir auch in unserem Überflussleben in der Schweiz – oder breiter in Europa – lernen, uns wirksamer für Gesunden und Gesundbleiben einzusetzen.