



Schweizerische Gesellschaft für
Prävention und Gesundheitswesen
Société suisse de santé publique
Società svizzera di salute pubblica
Swiss Society for Public Health

Gesundheitsziele für die Schweiz

Gesundheit für alle
im 21. Jahrhundert
(WHO Europa)

Mit Unterstützung von:

Bundesamt für Gesundheit
Projekt Nationale Gesundheitspolitik Schweiz
Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz
Gesundheitsförderung Schweiz



Gesundheitsziele für die Schweiz

Gesundheit für alle
im 21. Jahrhundert
(WHO Europa)

Herausgegeben von
der Schweizerischen Gesellschaft für
Prävention und Gesundheitswesen

Redaktionskomitee
Ursula Ackermann-Liebrich, Fred Paccaud,
Felix Gutzwiller, Therese Stutz Steiger

Mit Unterstützung von:

Bundesamt für Gesundheit
Projekt Nationale Gesundheitspolitik Schweiz
Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz
Gesundheitsförderung Schweiz



Impressum:

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für
Prävention und Gesundheitswesen (SGPG)
Postfach 8172
Tel. +41 (0)31 389 9286
Fax +41 (0)31 389 9288
www.sgpg.ch

Grafische Gestaltung: Luca Bertolotti, Locarno
Druck: Tipografia Poncioni, Losone
© 2002, Schweizerische Gesellschaft für
Prävention und Gesundheitswesen (SGPG)

Versionen: deutsch, französisch

ISBN: 3-9522564-0-4

Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert – WHO Europa

Unser Gesundheitssystem liegt selber mit einem Schwächeanfall darnieder. Es hat Mühe, uns zu überzeugen, dass zwischen den Kosten, die es verursacht, und den Leistungen, die es erbringt, für die Gesundheit der Bevölkerung noch ein richtiges Verhältnis besteht.

Die überall spürbaren Folgen der Globalisierung verlangen danach, Werte und Normen bis hinein in das alltägliche Leben zu überdenken, um unsere Identität und das Vertrauen in die Zukunft wieder zu finden. Eine Zukunft, die noch entworfen werden muss und Mühe hat, ein Gleichgewicht zu finden zwischen dem Diktat der ökonomischen Wettbewerbsfähigkeit und einer Entwicklung, welche die menschlichen Dimensionen nicht preisgibt.

Auf diesem noch wenig begangenen Weg finden wir heute eine zerbrechliche öffentliche Gesundheit, die nur zu leicht im Zuge der ökonomischen Entwicklung und des sozialen Wandels vernachlässigt wird. Die individuellen Probleme des Alltags werden dann zu Gesundheitsproblemen und belasten die Bilanz des Gesundheitswesens. Die mangelnden Investitionen in die Gesundheit auf allen Ebenen der produktiven Welt riskieren, eine kränkere Gesellschaft zu schaffen, deren soziale Kosten eines Tages kaum mehr tragbar werden. Gesundheitsförderung bedeutet jedoch, auf alle sozioökonomischen Determinanten zu agieren.

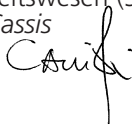
Der Graben zwischen Theorie und Praxis ist noch sehr tief, und es bleibt bei guten Absichten, weil die Instrumente für die praktische Umsetzung noch kaum entwickelt sind. Um diese Lücke zu füllen, hat die Weltgesundheitsorganisation (Region Europa) eine "Agenda 21" erarbeitet, die für das 21. Jahrhundert einen Referenzrahmen und konkrete Handlungsschwerpunkte definiert, um die Gesundheit ins Zentrum der Entwicklung unserer Gesellschaft zu stellen. Eine Entwicklung, die als oberstes Ziel das Wohlbefinden der Menschen und die Reduktion von Ungleichheiten hat.

Die Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG) hat die Initiative ergriffen, die europäischen Vorgaben auf die Schweiz umzumünzen und Vorschläge zur Realisierung der notwendigen Fortschritte zu formulieren. Mit Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit und des Projektes Nationale Gesundheitspolitik Schweiz hat sie das Wissen der Mitglieder genützt, um für die Schweiz relevante Ziele mit Blick auf mehr Lebensqualität für alle zu definieren.

Diese Gesundheitsziele bilden für die Schweiz eine Orientierung, die für die Verantwortlichen bei Bund und Kantonen, aber auch für die Fachkreise und spezialisierten Institutionen im Bereich der Gesundheit von Belang sind. Aufgrund des Föderalismus und der Dezentralisierung des Gesundheitssystems können diese Ziele und die Massnahmen nicht gesamthaft und zwangsweise durch die Gesundheitsverantwortlichen verordnet werden. Deren Rolle ist es vielmehr, zur Reflexion anzuregen, festgelegte Prioritäten zu unterstützen und gemeinsame Orientierungspunkte für alle Akteure im Gesundheitssystem zu geben. Auf dieser Grundlage können sich auch Einzelziele und Strategien von Institutionen in eine gemeinsame Vision einfügen; man wird die Ergebnisse am Fortschreiten des Gesundheitszustandes der schweizerischen Wohnbevölkerung messen können.

Es handelt sich gleichzeitig um eine Herausforderung an die wirtschaftliche und politische Welt und damit an die Gesellschaft allgemein. Die zukünftige Gesundheit der schweizerischen Bevölkerung und somit die Zukunft der Schweiz wird schliesslich von der Fähigkeit abhängen, dieses Problem zu erkennen und verantwortungsbewusst zu lösen.

Präsident der Schweizerischen
Gesellschaft für Prävention und
Gesundheitswesen (SGPG)
Ignazio Cassis



Präsidentin der Schweizerischen
Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK)
Alice Scherrer



Direktor des Bundesamtes
für Gesundheit (BAG)
Thomas Zeltner



Präsidentin der Steuerungsgruppe
des Projektes Nationale Gesundheitspolitik
Schweiz (PNG-CH)
Patrizia Pesenti



Inhaltsverzeichnis

SGPG
Schweizerische Gesellschaft für
Prävention und Gesundheitswesen
Effingerstrasse 40
Postfach 8172
CH-3001 Bern

Tel. +41 (0)31 389 9286
Fax +41 (0)31 389 9288
e-mail: sgpg@sgpg.ch
www.sgpg.ch

SSSP
Société suisse de santé publique
Effingerstrasse 40
Case postale 8172
CH-3001 Berne

Tél. +41 (0)31 389 9286
Fax +41 (0)31 389 9288
e-mail: sgpg@sgpg.ch
www.sssp.ch

SSSP
Società svizzera di salute pubblica
Effingerstrasse 40
casella postale 8172
CH-3001 Berna

Tel. +41 (0)31 389 9286
Fax +41 (0)31 389 9288
e-mail: sgpg@sgpg.ch
www.sssp.ch

Vorwort	7
Ziel 1 Solidarität für die Gesundheit in der europäischen Region	9
Ziel 2 Gesundheitliche Chancengleichheit	10
Ziel 3 Ein gesunder Lebensanfang	12
Ziel 4 Gesundheit junger Menschen	16
Ziel 5 Altern in Gesundheit	18
Ziel 6 Verbesserung der psychischen Gesundheit	20
Ziel 7 Verringerung übertragbarer Krankheiten	23
Ziel 8 Verringerung nicht übertragbarer Krankheiten	26
Ziel 9 Verringerung von auf Gewalteinwirkung und Unfälle zurückzuführenden Verletzungen	29
Ziel 10 Eine gesunde und sichere natürliche Umwelt	32
Ziel 11 Gesünder Leben	35
Ziel 12 Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden	37
Ziel 13 Settings zur Förderung der Gesundheit	40
Ziel 14 Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit	43
Ziel 15 Ein integrierter Gesundheitssektor	46
Ziel 16 Qualitätsbewusstes Management der Versorgung	48
Ziel 17 Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuweisung .	51
Ziel 18 Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben ...	54
Ziel 19 Forschung und Wissen zur Förderung der Gesundheit	57
Ziel 20 Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange	59
Ziel 21 Konzepte und Strategien zur "Gesundheit für alle"	62
Literaturverzeichnis	65
Autoren	68

Vorwort

Das vorliegende Dokument ist ein unabhängiger Versuch, Grundlagen für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik der Schweiz zu erarbeiten und aufzuzeigen, wo besonderer Handlungsbedarf besteht. Die auf den folgenden Seiten definierten Ziele und Strategien sind das Resultat eines Prozesses: Fachleute aus der ganzen Schweiz haben sich an der Grundlagenarbeit beteiligt, die Verantwortlichen der Schweizerischen Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen haben dem Dokument die vorliegende Form verliehen. Die Autorinnen und Autoren, die zu den einzelnen Zielen beigetragen haben, sind im Anhang aufgelistet. Ebenfalls im Anhang findet sich eine Liste der verwendeten Hintergrundliteratur.

Die Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen hofft, mit diesem Dokument vielen im Gesundheitswesen tätigen Personen Handlungsanregungen und gedankliche Ansporne zu vermitteln. Unser Wunsch ist es, dass dieses Dokument in viele Hände kommt und die darin aufgeführten Massnahmen zumindest teilweise innert den gesetzten Fristen ergriffen werden können. Letztlich geht es uns aber vor allem darum, die Gesundheit der Schweizerinnen und Schweizer (noch) zu verbessern. Die Schweiz hat bisher in Europa in vielen gesundheitlichen Indikatoren eine Spitzenstellung eingenommen. Eine Gesundheitspolitik, die sich auf die Ziele „Gesundheit für alle“ stützt, soll erreichen, dass dort, wo nach wie vor Lücken bestehen, diese gefüllt werden, dass die bestehenden Unterschiede nicht vergrössert, sondern verkleinert werden und dass die Schweiz sich auch in Europa und in der Welt solidarisch fühlt mit denjenigen, die schlechtere Bedingungen haben.

Wir wünschen diesem Dokument mit seinen 21 Zielen zur Erlangung einer „Gesundheit für alle“ eine grosse Verbreitung. Vor allem aber wünschen wir, dass es die Wirkung entfaltet, die sich die Autorinnen und Autoren vorstellen. Wir danken nicht zuletzt dem *Bundesamt für Gesundheit* für die finanzielle Unterstützung sowie dem Projekt *Nationale Gesundheitspolitik Schweiz* und *Gesundheitsförderung Schweiz* für ihre wertvollen Anregungen und Mithilfe.

Das Redaktionskomitee

Prof. Dr. med. Ursula Ackermann-Lieblich
Prof. Dr. med. Fred Paccaud
Prof. Dr. med. Felix Gutzwiller
Dr. med. Therese Stutz Steiger

Ziel 1

SOLIDARITÄT FÜR DIE GESUNDHEIT IN DER EUROPÄISCHEN REGION

Bis zum Jahr 2020 sollte das derzeitige Gefälle im Gesundheitszustand der Bevölkerung zwischen den Mitgliedstaaten der Europäischen Region um mindestens ein Drittel verringert werden.

1.1 In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

1.2 Die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen dem Drittel der europäischen Länder mit der höchsten und dem Drittel der Länder mit der niedrigsten Lebenserwartung sollten um mindestens 30% verringert werden.

Durch raschere Verbesserung der Situation in den benachteiligten Ländern sollte die Variationsbreite bei den Werten für wichtige Indikatoren von Morbidität, Behinderungen und Mortalität unter Ländergruppen reduziert werden.

Ausgangslage

In vielen Indikatoren der „Gesundheit für alle“, nimmt die Schweiz eine Spitzenstellung ein. Hat sie deswegen mehr Verantwortung für die gesundheitlichen Bedingungen anderer Länder? Wenn die Schweiz das Ziel 1 „Solidarität für die Gesundheit in der europäischen Region“ ernst nehmen will, so ist diese Frage mit Ja zu beantworten. Unterstützung auch in gesundheitlichen Belangen wäre vordringlich. Die Schweiz hat mit verschiedenen Ländern der europäischen Region, vor allem mit kleineren, ehemaligen Ostblockländern, gute Kontakte eingeleitet. Sie hat beispielsweise die Umweltsanierung in Albanien sehr stark unterstützt und ähnliche Projekte in Litauen, Bosnien und Weissrussland finanziert. Im Bereich Umwelt und Gesundheit gibt es weitere solche Beispiele. Ob die Mittel, die dafür zur Verfügung gestellt werden, genügen? Diese Frage ist angesichts der ausserordentlich grossen Differenzen in den Gesundheitsindikatoren zwischen der Schweiz und beispielsweise den ehemaligen Ostblockländern zu verneinen.

- Die Schweiz hat im Bereich HIV-Prävention international ein Beispiel gesetzt. Sie kann auf diesem Gebiet die ärmeren Länder Europas kompetent beraten.
- Die Schweiz exportiert Zigaretten in grosser Menge. Für die Public

Health-Verantwortlichen drängt sich eine europäische (und weltweite) Zusammenarbeit im Kampf gegen den Tabakkonsum auf.

- Die Schweiz hat ein Programm zur Bekämpfung des Drogenmissbrauchs mit internationaler Bedeutung entwickelt, auch hier kann sie andere Länder unterstützen.

Ziele

- Die Schweiz setzt sich für die Verbesserung der Gesundheit in dem Drittel der europäischen Länder ein, welche die niedrigste Lebenserwartung haben. Sie unterstützt insbesondere aktiv die Weiterbildung der Public Health-Verantwortlichen in diesen Ländern sowie Projekte, welche die Verbesserung der Gesundheit der Benachteiligten zum Ziel haben. Die Schweiz unterstützt mit technischen und finanziellen Mitteln die öffentliche Gesundheit in den ärmsten Ländern Europas.
- Die Schweiz setzt sich im Rahmen der regionalen Gesundheitspolitik für die Verbesserung der Situation ärmerer Länder in Europa ein.
- HIV-Prävention: Die Schweiz leistet aktive Hilfe beim Aufbau von HIV-Präventionsprogrammen in ärmeren Ländern Europas.

- Die Schweiz beteiligt sich an den internationalen Bestrebungen zur Verminderung des Tabakkonsums. Sie verzehnfacht die dafür eingesetzten Mittel in den nächsten 5 Jahren.

- Die Schweiz unterstützt aktiv die ändern und vor allem ärmeren Länder Europas im Kampf gegen harte Drogen.

Massnahmen

Schweizer Wissenschaftler erhalten weiterhin gezielt Unterstützung für die Zusammenarbeit mit den ärmsten Ländern Europas, insbesondere für die Schaffung von Strukturen zur Verbesserung der Gesundheit benachteiligter Bevölkerungsgruppen.

Die Schweiz unterstützt aktiv Gesundheitsförderung und Präventionsprogramme in Zusammenarbeit mit ärmeren Ländern Europas, insbesondere hilft sie anderen Ländern in der HIV-Prävention und der Drogenbekämpfung. Sie unterstützt und entwickelt gemeinsam mit ärmeren Ländern Programme zur Verminderung des Tabakkonsums.

Die bestehenden Programme zu dieser Art der Zusammenarbeit mit ärmeren Ländern in Europa werden um weitere 15 Jahre verlängert und die Ergebnisse evaluiert.

GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT

Bis zum Jahr 2020 sollte das Gesundheitsgefälle zwischen sozioökonomischen Gruppen innerhalb der Länder durch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit von benachteiligten Gruppen in allen Mitgliedstaaten um mindestens ein Viertel verringert werden.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 2.1 Das Gefälle in der Lebenserwartung zwischen sozioökonomischen Gruppen sollte um mindestens 25% reduziert werden.
- 2.2 Die Werte für die wichtigsten Indikatoren von Morbidität, Behinderungen und Mortalität sollten sich auf dem sozioökonomischen Gefälle gleichmässiger verteilen.
- 2.3 Sozioökonomische Bedingungen, die die Gesundheit beeinträchtigen, vor allem Unterschiede im Einkommen, im Bildungsstand und im Zugang zum Arbeitsmarkt sollten wesentlich verbessert werden.
- 2.4 Der Anteil der in Armut lebenden Bevölkerung sollte erheblich verringert werden.
- 2.5 Personen mit besonderen Bedürfnissen aufgrund ihrer gesundheitlichen, sozialen oder wirtschaftlichen Situation sollten vor gesellschaftlicher Ausgrenzung geschützt werden und ungehinderten Zugang zu bedarfsgerechter Versorgung erhalten.

Problemlage

Artikel 2 der schweizerischen Bundesverfassung definiert unter Absatz 3, dass die Schweizerische Eidgenossenschaft „für eine möglichst grosse Chancengleichheit unter den Bürgerinnen und Bürgern sorgt“. In Artikel 8 wird dabei insbesondere auf Herkunft, Rasse, Geschlecht, Alter, Sprache, soziale Stellung, Lebensform, religiöse, weltanschauliche oder politische Überzeugung oder körperliche, geistige oder psychische Behinderung hingewiesen. Trotzdem gibt es Chancenungleichheiten in der Gesundheit der Schweizer Bevölkerung: Sie finden sich in allen in den Zielen genannten Indikatoren, sind allerdings nicht überall in Zahlen belegbar.

Die Lebenserwartung wird nicht nach sozioökonomischen Gruppen ausgewiesen. Allerdings ist die Sterblichkeit zwischen den sozioökonomischen Gruppen in der Schweiz vergleichbar mit anderen Ländern. Die Schweiz weist auch hohe Einkommensunterschiede auf. Der Anteil der in Armut lebenden Bevölkerung hat sich in den vergangenen 30 Jahren vergrössert. In der Schweiz sind es 710'000 Personen, rund 60 % davon sind Familien mit Kindern. Einelternfamilien sowie jüngere und grössere Familien leben häufiger in Armut als andere Familientypen.

Armut

Definitionen und Indikatoren zur Erhebung des Ausmasses von Armut differieren stark. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass in der Schweiz rund 5 bis 10 % der Bevölkerung armutsbetroffen ist. Armut entsteht durch ein Bündel von Faktoren und stellt einen dynamischen Prozess dar, zentral ist dabei u.a. Langzeitarbeitslosigkeit, aber auch Krankheit (Sucht), Behinderung und einschneidende Lebensereignisse (z.B. Scheidung oder Tod). Armutsbetroffene verfügen generell über eingeschränkte gesundheitliche Chancen (auf Grund von Stress und ungünstigem Gesundheitsverhalten).

Geschlecht

Geschlecht stellt – neben sozialer Schicht – die wichtigste Determinante für gesundheitliche Ungleichheit dar. Frauen weisen einen geringeren Bildungsstatus und geringeres Einkommen auf als Männer. Frauen waren im vergangenen Jahrzehnt stärker von Armut betroffen als Männer. Die Lebenserwartung zwischen Män-

ner und Frauen differiert um rund sieben Jahre, zugunsten der Frauen. Trotz höherer Lebenserwartung fühlen sich die Frauen gesundheitlich schlechter: Sie geben häufiger Krankheiten und Beschwerden an als Männer. Männer weisen höheres Risikoverhalten und verstärkte Tendenzen zu Selbstschädigung auf.

Altersgruppen

Sieben bis zwölf Prozent der Minderjährigen wachsen in Armut auf. Die Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen folgert aufgrund einer Literaturübersicht, dass Armut bei Kindern und Jugendlichen „zu geringerem Selbstwertgefühl, Depressionen und Ängsten“ führt. Verschiedene gesellschaftliche Entwicklungen sprechen dafür, dass es sich bei den Jungen und jungen Erwachsenen auch aus anderen Gründen um eine besonders belastete Altersgruppe handelt.

Die Gesundheit aller Altersgruppen hat sich in den letzten Jahren verbessert, dies zeigt sich u.a. in der Sterbestatistik. Bei den 15- bis 20-Jährigen

hat die Sterblichkeit nur sehr wenig abgenommen. Ihre Situation hat sich also – im Vergleich zu den anderen Altersgruppen – verschlechtert.

Landesteile und Sprachregionen in der Schweiz

Zwischen den verschiedenen Landesteilen zeigen sich deutliche gesundheitliche Unterschiede. Sie sind teilweise auch durch die unterschiedliche ökonomische Situation mitbedingt, sicher auch durch kulturelle Faktoren.

Migration und Integration

Ausländer und Ausländerinnen sind besonders stark von Arbeitslosigkeit betroffen. Gesellschaftliche Integration wurde in den letzten Jahren prekärer und umstrittener als zuvor. Die Integrationsfähigkeit des Staates und der Gesellschaft ist zudem durch neue Migrationsströme gefordert. Migranten und Migrantinnen haben aus unterschiedlichsten Gründen eingeschränkte gesundheitliche Chancen (Berufsexposition, Bildung, Sprache, biographische Ereignisse, Integration, Einkommen, Inanspruchnahmeverhalten). In der Regel gut integriert ist die bildungsstarke Gruppe der Immigrantinnen und Immigranten.

Gesundheitliche Chancenungleichheit ist mit zentralen Verteilungs- und Machtaspekten in einer Gesellschaft verknüpft. Dies sind nur schwer veränderbare Grössen. Eine Politik, die hier Veränderungen bewirken will, bedarf breiter Abstützung in der ganzen Gesellschaft. Die Ziele in diesem Bereich sind:

Die Gesundheits- und Interventionsforschung sollte verstärkt werden, im Besonderen muss die Forschung über Indikatoren der gesundheitlichen Chancenungleichheit zwischen sozioökonomischen Gruppen verstärkt werden. Hierzu soll ein nationales Forschungsprogramm gestartet werden.

Gesundheitsfördernde Aktivitäten und Programme sollten insbesondere den Gegebenheiten der benachteiligten Bevölkerungsgruppen Rechnung

tragen und in deren Wohnquartieren verstärkt werden. Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen ist zu verbessern, und die „Gesundheitsförderung Schweiz“ sollte in ihren Zielen die gesundheitlichen Chancenungleichheiten mitberücksichtigen.

Ziele

- Bis zum Jahr 2020 stehen Daten zur Verfügung, welche zeigen, dass die Mortalitätsunterschiede zwischen den sozioökonomischen Gruppen verkleinert sind.
- Bis zum Jahr 2020 werden die Unterschiede der Mobilitätsbehinderung und Mortalitätsindikatoren zwischen den sozialen Gruppen in der Schweiz um 25% reduziert.
- Bis zum Jahr 2020 wird der Anteil der unter der Armutsgrenze lebenden Bevölkerung von 10 auf 5% reduziert.
- Bis zum Jahr 2020 stehen für die Migrantinnen und Migranten besondere gesundheitliche Versorgungsnetze zur Verfügung. In allen Kantonen werden Projekte zu deren Integration durchgeführt.

Massnahmen

Die Chancengleichheit zwischen den verschiedenen sozialen Gruppen ist ein ambitioniertes Ziel. Es müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit die unterschiedlichen Kulturen sozialer Gruppen (Schichten, Klassen, soziale Stellungen, Milieus) auf der Grundlage von Toleranz und sozialer Solidarität freiheitlich und friedlich zusammen leben können und sich um die Bekämpfung sozialer Ausgrenzung und Abwertung bemühen. Entsprechende Programme des Bundes werden erfolgreich umgesetzt.

Auf der sozioökonomischen Ebene braucht es Sinn stiftende Arbeit und menschenwürdige Lebensverhältnisse für alle, auch für diejenigen, die – aus welchen Gründen auch immer – nicht in den Arbeitsprozess eingebunden sind. Die Zielsetzungen der WHO zur Bekämpfung von Armut, zur Verringerung von Unterschieden im Einkommen, Bildungsstand und Zugang

zum Arbeitsmarkt sind die zentralen Teilziele zur Erreichung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Auch die ökologischen Bedingungen stellen einen gesundheitlichen Faktor erster Priorität dar. Es geht darum, die Umweltbedingungen für alle zu verbessern und die Exposition bestimmter Gruppen zu vermeiden. Zum Beispiel sollen benachteiligte Gruppen nicht vermehrt ökologischen Belastungen wie Lärm oder Luftverschmutzung ausgesetzt werden als andere Personen. Bei der gesellschaftlichen und ökonomischen Entwicklung werden die natürlichen Ressourcen und die Umwelt schonend genutzt. Komende Generationen sollen eine intakte Umwelt und intakte gesundheitliche Chancen antreffen.

Das Gesundheitssystem ist Teil gesellschaftlicher Bedingungen und daher für Gesundheit und Wohlbefinden besonders relevant (Ziel 17). Es soll so ausgestaltet sein, dass es allen in gleicher Weise zugänglich ist, gesundheitliche Ungleichheit nicht zusätzlich verstärkt, sondern grundsätzlich der Ungleichheit entgegenwirkt.

Die Forderung nach Chancengleichheit richtet sich stark an das politische System, das in verschiedener Hinsicht Rahmenbedingungen für die Chancengleichheit sicherstellen muss.

Gesundheitliche Chancengleichheit entsteht aus einer Vielzahl kleiner und grosser Entscheidungen durch mikro-meso- und makrosoziale Bedingungen und Strukturen. Ein so globales Ziel braucht zu seiner Realisierung die Unterstützung und den demokratischen Prozess von der Basis aus, von der Öffentlichkeit, von allen Ebenen des politischen Systems und von allen Teilen der Gesellschaft. Die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit muss daher ein prioritäres Ziel und Anliegen aller werden, inner- und ausserhalb von Public Health.

Ziel 3

EIN GESUNDER LEBENSANFANG

Bis zum Jahr 2020 sollten sich alle Neugeborenen, Säuglinge und Kinder im Vorschulalter in der Region einer besseren Gesundheit erfreuen, damit sie ihr Leben gesund beginnen können.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 3.1 Alle Mitgliedstaaten sollten für einen besseren Zugang zu bedarfsgerechten reproduktionsmedizinischen Diensten sowie zu einer Schwangerschaftsvorsorge und -fürsorge und einer Gesundheitsversorgung für Kinder sorgen.
- 3.2 In keinem Land sollte die Säuglingssterblichkeitsrate über 20 pro 1000 Lebendgeburten liegen; Länder mit Sterblichkeitsraten unter 20 sollten sich bemühen, die Rate auf 10 oder weniger zu reduzieren. In Ländern, in denen die Säuglingssterblichkeitsrate unter 10 pro 1000 Lebendgeburten liegt, sollte der Anteil der Neugeborenen, die ohne angeborene Krankheiten oder Behinderungen zur Welt kommen, erhöht werden.
- 3.3 Bei Kindern unter 5 Jahren sollten Mortalität und Behinderungen infolge von Unfällen und Gewalteinwirkung um mindestens 50% reduziert werden.
- 3.4 Der Anteil der Kinder, die mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2500 g zur Welt kommen, sollte um mindestens 20% gesenkt werden, und die bestehenden Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern sollten signifikant verringert werden.

Problemlage

In der Schweiz betreffen die Probleme am Lebensanfang hauptsächlich die Tatsache, dass Fortpflanzung, Schwangerschaft und die weiteren Familienrollen Frauen betreffen, die – und das hat sich in den letzten 20 Jahren geändert – gleichzeitig einer bezahlten Arbeit nachgehen müssen oder wollen und damit in einen schwierigen Rollenkonflikt gelangen. Mitbetroffen sind die Kinder am Lebensanfang. Der mütterliche Einsatz für eine gesunde Entwicklung des Kindes ist beträchtlich: Es geht nicht nur um die genetische Vorbedingung, sondern vor allem um die postnatale Pflege und um das soziale und physische Umfeld während der ersten Lebensjahre. Eine Mutterschaftsversicherung wurde in der Schweiz bisher abgelehnt. Der Nationalrat hat allerdings kürzlich einem neuen Modell zugestimmt.

Definitionen

Pränatale Periode: Zeit vor der Geburt
Perinatale Periode: Zeit kurz vor, während und bis eine Woche nach der Geburt
Neonatale und Säuglingsperiode: Zeit zwischen Geburt und 12 Monaten
Kleinkindheit: Kinder zwischen 0 und 5 Jahren, die noch nicht schulpflichtig sind.

Pränatalperiode

Kontrazeption

Die Kontrazeption ist in der Schweiz weit verbreitet. 1998 benützten rund 90% aller Frauen zwischen 20 und 24 (welche sexuelle Beziehungen pflegten und nicht schwanger waren) eine Kontrazeptionsmethode. Unter diesen Methoden ist die Pille mit einem Anteil von 65% die weitaus verbreitetste, gefolgt vom Präservativ mit 22,5%.

Familienplanung

Frauen sollen über medizinische und psychosoziale Stellen die nötigen Kenntnisse erhalten, um selber und in Freiheit über die Fortpflanzung zu bestimmen. Die *International Planned Parenthood Federation (IPPF)* hat 8 verschiedene Problemfelder in diesem Bereich identifiziert:

- 1) unerwünschte Schwangerschaft und risikoreicher (illegaler) Schwangerschaftsabbruch
- 2) Müttersterblichkeit

- 3) sexuell übertragbare Krankheiten
- 4) Risikoschwangerschaft
- 5) Infertilität
- 6) Gewalt gegen Frauen
- 7) Verstümmelung der weiblichen Genitalien
- 8) sexuelle Missbräuche

In der welschen Schweiz existieren Familienplanungszentren, welche gleichzeitig die Information und die Verschreibung von sicheren Kontrazeptiva übernehmen und dies in einer für die Frauen angenehmen Umgebung. In der Deutschschweiz gibt es kaum entsprechende niederschwellige Angebote, die allen Frauen zur Verfügung stehen. Vielfach übernehmen die Gynäkologen diese Tätigkeit. Die Risiken der Pille werden insbesondere bei älteren Frauen nicht genügend wahrgenommen. Die Tatsache, dass Pille und Rauchen miteinander das Risiko für die Frauen erhöhen, sollte besser bekannt gemacht werden. (In der Gesundheitsbefragung 1997 nahmen 5,2% der Frauen zwischen 35 und 45 die Pille und rauchten; von den Frauen, welche die Pille einnahmen, waren ein Drittel Raucherinnen).

Schwangerschaftsabbruch

In der Schweiz gelten immer noch die Artikel 118 bis 121 des Strafgesetzbuches von 1942, welche den Schwangerschaftsabbruch straffrei nur dann erlauben, wenn das Leben der Mutter in Gefahr ist. Erfüllt er diese Bedingung nicht, wird der Schwangerschaftsabbruch als illegal bezeichnet und mit Gefängnis oder Zuchthaus bestraft. Trotz dieses restriktiven Gesetzes wird die Indikation relativ grosszügig gehandhabt. Heute kann fast jede Frau, die einen Schwangerschaftsabbruch möchte, diesen in einem spezialisierten Zentrum vornehmen lassen. Allerdings sind die Schwangerschaftsabbrüche jedes Jahr zurückgegangen. 1998 wurden deren 13'000 registriert. Damit liegt die Schweiz unter den Ländern mit der niedrigsten Schwangerschaftsabbruchsrate. Die meisten Schwangerschaftsabbrüche werden bei unter 25-jährigen Frauen durchgeführt, die Hälfte davon bei Immigrantinnen.

Zugang zu Schwangerschaftsvorsorge

Nach wie vor besteht eine grosse Ungleichheit in der Qualität und im Zugang zur pränatalen, perinatalen und postnatalen Versorgung. So zeigen lokale Studien, dass grosse Unterschiede in der pränatalen und perinatalen Betreuung zwischen Frauen verschiedener Herkunft und mit verschiedenen sozioökonomischen Charakteristika bestehen, insbesondere was die präventiven Leistungen betrifft.

Vorbereitung auf die Geburt

In der Schweiz wird die Geburtsvorbereitung der Einzelinitiative der Ehepaare überlassen. Die Krankenkasse bezahlt einen Beitrag von Franken 100.-- an einen Schwangerschafts- und Geburtsvorbereitungskurs, der von Hebammen erteilt wird. Dieser Beitrag deckt die Kosten der Kurse nicht, und je nach sozialer Schicht und Verständnis bestehen grosse Unterschiede in der Inanspruchnahme.

Rauchen und psychosoziale Faktoren

1999 waren 33% der Schweizer Bevölkerung Raucher, 27% der Frauen und 38% der Männer. Das Rauchen nimmt seit 1992 zu, besonders bei den 15- bis 24-Jährigen (Frauen: von 26% auf 40%; Männer: von 36% auf 46%). Zahlen aus der Waadt zeigen, dass rund ein Fünftel der schwangeren Frauen noch in den letzten 3 Monaten der Schwangerschaft rauchen. Die Beziehung zwischen Rauchen und sozialökonomischer Schichtzugehörigkeit ist wohlbekannt. Sie existiert auch zwischen Rauchen und Geburtsgewicht der Kinder. In der Schweiz kommen rund 5% der Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 2'500 g zur Welt. Die Wichtigkeit des Geburtsgewichts für die Überlebenschance und Lebensqualität eines Neugeborenen sind hinreichend untersucht. Ein niedriges Geburtsgewicht bedeutet das höchste Risiko für spätere gesundheitliche und psychologische Probleme. Die Auswirkungen des Rauchens der Mutter auf das Geburtsgewicht und spätere chronische Krankheiten sind gut untersucht.

Ernährung

Eine ausgewogene und gesunde Ernährung ist nach wie vor das Privileg derjenigen, die einen grossen Teil ihres Einkommens und ihrer Zeit dafür einsetzen können. Während der Schwangerschaft und der Stillzeit ist die Bedeutung der ausgewogenen Ernährung noch grösser. Ernährungsberatung ist ein integraler Teil der Schwangerschaftsvorsorge. In Spezialfällen kann in der Schweiz auf Kosten der Krankenversicherung eine Ernährungsberatung eingesetzt werden.

Säuglingssterblichkeit

Das Ziel, die Säuglingssterblichkeit (Sterblichkeit im 1. Lebensjahr) unter 10 pro 1'000 Lebendgeburten zu senken, ist in der Schweiz mit einer Säuglingssterblichkeitsrate von 4.8 pro 1'000 (1997) bei weitem erfüllt. 1999 betrug die perinatale Sterblichkeit 6.9

pro 1'000 Geburten. Die Sterblichkeit hat vor allem durch den Rückgang der Sterblichkeit der Kinder mit Geburtsgewicht unter 2'500g abgenommen. Sie ist aber nach wie vor bedeutend höher bei Knaben in allen Geburtsgewichtsklassen. Sehr junge und ledige Mütter gehören einer besonderen Risikogruppe an: Die Säuglingssterblichkeit bei ihren Kindern ist wesentlich höher, insbesondere bei Müttern unter 20 Jahren. Bei ledigen Müttern ist sie fast doppelt so hoch wie bei verheirateten.

Geburtsort

In der Schweiz finden praktisch alle Geburten (98.6%) in Spitälern statt. Andere Geburtsorte sind nach wie vor die Ausnahme.

Stillen

In der Schweiz ist seit 1992 eine Arbeitsgruppe aktiv an der Umsetzung der „Baby friendly hospital-Initiative“ der Unicef und der WHO. Die 10 Punkte der WHO sind in den bisher ausgezeichneten 34 Spitälern in Bezug auf das Stillen erfüllt: 88% der Kinder verlassen das Spital voll gestillt, was ein sehr guter Erfolg ist. Andere Punkte sind weniger gut erfüllt. Nach wie vor erhalten zu viele Säuglinge Zusatznahrung, insbesondere in Form von Maltose/Dextrose-Lösung und Tee. Diese Zusätze vermindern die Chance, dass das Kind lang gestillt wird.

Prävention des plötzlichen Säuglingstodes

Im Jahre 1995 starben 57 Kinder, im Jahre 1996 deren 39 an dieser Todesursache. Dieser Rückgang wird im allgemeinen auf die veränderten Lagerungen der schlafenden Säuglinge zurückgeführt (nicht auf den Bauch).

Kleinkindesalter

Mutterschaftsurlaub, mütterliche Arbeit und Kinderkrippen

Zum Schutz der Mutterschaft gehört auch die Übernahme präventiver Lei-

stungen, die Lohnfortzahlungen während des Mutterschaftsurlaubes, der Kündigungsschutz sowie die Unterstützung von Frauen ohne Arbeitseinkommen. Das Krankenversicherungsgesetz enthält ein Versicherungspflichtobligatorium für die gesamte Bevölkerung (auch für schwangere Frauen). Die präventiven Leistungen während Schwangerschaft und Geburt sind Teil der obligatorischen Versicherung. Seit 1945 besteht die Aufforderung an den Bund, eine Mutterschaftsversicherung einzuführen; diese Forderung hat sich aber bisher nicht konkretisiert. So ist es nach wie vor dem Arbeitgeber überlassen, wie lange er den Lohn fortzahlen will. Das Obligationenrecht sieht nur 8 Wochen vor, viele Kantone erhöhen diese Dauer auf 16 Wochen. Zwar wird die Beschäftigung von Frauen nach der Niederkunft verboten, aber der Lohn während des Arbeitsverbots ist nicht garantiert. Viele Frauen erhalten also keinerlei soziale Unterstützung nach der Geburt.

Noch immer wieder wird Frauen nahegelegt, zum Geburtstermin die Kündigung einzureichen. Hausfrauen erhalten keinerlei Unterstützung nach heute geltendem Bundesrecht. Aus diesem Grund haben viele Kantone Gesetzgebungen eingeführt, die einen gewissen Mutterschaftsbeitrag gewähren. Der Anteil berufstätiger Frauen in der Schweiz ist in den letzten Jahren gestiegen und erreichte im Jahr 1999 74,5%. Das Arbeitsgesetz schützt schwangere Frauen und stillende Mütter, soweit sich das mit ihrer Arbeit und ihrem Arbeitgeber vereinbaren lässt. Dieses Gesetz wird aber im allgemeinen nicht durchgesetzt.

Berufstätige Eltern sollten theoretisch auf die Unterstützung durch Krippen oder Kinderhorte zurückgreifen können. Obschon es eine Bundesverordnung aus dem Jahre 1977 zur ausserfamiliären Betreuung von Kleinkindern gibt, fehlt eine konsistente Sozialpolitik, was sich in der verschiedenartigen Organisation und Finanzierung dieser Institutionen manifestiert: So gibt es öffentliche, teilweise subventionierte oder ganz subventionierte private und vollständig private Institutionen. Je nach Region gibt es

grosse Unterschiede in deren Ausstattung. Die Nachfrage nach Kinderbetreuungsplätzen übersteigt das Angebot bei weitem. 1996 gab es in der Welschschweiz 108'000 Kinder bis zu 4 Jahren. Im Durchschnitt können Eltern schätzungsweise 50 bis 60% der Betreuungszeit selber übernehmen. Das bedeutet, dass für jedes Kind, welches in der Westschweiz geboren wird, eine Betreuung von mindestens 2 Tagen pro Woche sichergestellt werden sollte. Genaue Daten fehlen zwar, aber im Moment dürften Kinderhorte und die abwechselnde Betreuung von Kindern durch die Mütter nur die Hälfte dieses Bedarfes abdecken. Auch die finanziellen Aspekte fallen ins Gewicht: Krippenbetreuungen sind günstiger für Personen mit geringem Einkommen. Beträgt das Monatseinkommen weniger als Franken 4'000.–, kosten Krippe oder Kinderhort weniger als die Betreuung durch eine Tagesmutter. Doch der Preis der Krippen steigt mit dem Einkommen. Damit werden sie paradoxerweise zur teuersten Betreuungsmöglichkeit für beruflich aktive Frauen, deren Einkommen wesentlich zur Verbesserung des Haushalteinkommens beiträgt.

Entdeckung psychosozialer Risikosituationen

Die Familienpolitik in der Schweiz sollte vermehrt den Bedürfnissen der modernen Kleinfamilie Rechnung tragen. Steigend ist auch die Zahl der Einelternfamilien, Patchwork-Familien, informellen Partnerschaften oder Familiengruppierungen mit verschiedenen Generationen, die sich ebenfalls der älteren Bevölkerung annehmen. Im europäischen Vergleich ist die schweizerische Familienpolitik in diesem Bereich bescheiden.

Ziele

- Bis zum Jahr 2020 gibt es in der Schweiz ein flächendeckendes, niederschwelliges Angebot für die Beratung über reproduktive Belange, welches besonders auch für junge Frauen und Ausländerinnen

attraktiv ist.

- Bis zum Jahr 2020 rauchen in der Schweiz weniger als 5% der Frauen während der Schwangerschaft, und alle Frauen kennen die schädlichen Wirkungen des Rauchens während der Schwangerschaft auf die Gesundheit der Kinder.
- Bis zum Jahr 2010 kommen 95% aller Kinder in „baby friendly hospitals“ zur Welt.
- Bis zum Jahr 2010 wird in allen Kantonen und Gemeinden die Mütter- und Väterberatung auf qualitativ höchstem Niveau für junge Eltern angeboten.

Massnahmen

Bei allgemein guter medizinischer Betreuung im engen Sinne finden sich Lücken in der Betreuung von Kleinkindern insbesondere bei der Prävention und im sozialen Sektor.

- 1) Familienplanung ist nach wie vor ein essentielles Präventionsinstrument. Informationsprogramme über Kontrazeption sollten sich insbesondere an Adoleszente und junge Frauen aus anderen Kulturen richten. Die Entwicklung der Schwangerschaftsabbrüche sollte genau überwacht werden, um eine Rückkehr zu früheren gefährlichen oder unsicheren Methoden zu verhindern.
- 2) Prävention kann bevorzugterweise bei der Geburtsvorbereitung erfolgen. Allgemeine Ratschläge zur Lebenshygiene, aber insbesondere solche im Bereich von Tabak und Ernährung haben einen grossen Einfluss auf die gesamte Familie. Die Wirkung des Tabakkonsums der Mutter auf das Geburtsgewicht, auf die Häufigkeit der plötzlichen Todesfälle sowie auf die allgemeine Gesundheit des Kindes sollte vermehrt als Argument eingesetzt werden, um Frauen (und auch Väter) zum Aufhören zu bewegen. Eine bessere Begleitung der Raucher und Raucherinnen ist notwendig, ebenso die Übernahme der Nikotinersatztherapie durch die Krankenkassen.

- 3) Die Arbeitssituation sollte zu Gunsten der jungen Familien verbessert werden: ein Familienurlaub sollte ermöglicht, die Mutterschaftsversicherung endlich eingeführt werden und Kinderbetreuungsplätze für alle zugänglich sein. Teilzeitarbeit und Aufteilung der Familienbetreuungsarbeit sollte in unserer Gesellschaft ermöglicht werden.
- 4) In Zukunft sollte eine Familienpolitik vermehrt die neuen Bedürfnisse unserer Gesellschaft berücksichtigen. Eine niedrige Fruchtbarkeit, ein Rückgang der Verheiratungen und eine Zunahme der Scheidungen kennzeichnen heute die demographische Entwicklung. Freie Verbindungen und neue Familiengründungen führen teilweise zu neuer Armut und Ausgrenzungen.
- 5) Lebensstil und Wohlbefinden der Eltern sind wichtig für die Gesundheit der Kinder: Ein sicheres Heim mit stabilen sozialen Beziehungen ist eine gute Basis für das physische und psychische Gleichgewicht und die harmonische Entwicklung des Kindes.
- 6) Bis zum Jahr 2008 besteht in der Schweiz eine Mutterschaftsversicherung, die eine gesunde und stresslose Entwicklung von Mutter und Kind erlaubt.
- 7) Bis zum Jahr 2010 stehen genügend Kleinkinderbetreuungsplätze zur Verfügung, die den Eltern erlauben, im Arbeitsleben integriert zu bleiben.



GESUNDHEIT JUNGER MENSCHEN ⁽⁶⁾

Bis zum Jahr 2020 sollten sich junge Menschen in der Region einer besseren Gesundheit erfreuen und besser in der Lage sein, ihre Rolle in der Gesellschaft zu übernehmen.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

Kindern und Jugendlichen sollten bessere „Lebensfertigkeiten“ und die Fähigkeit vermittelt werden, sich für eine gesunde Lebensweise zu entscheiden.

Mortalität und Behinderungen aufgrund von Gewalteinwirkung und Unfällen ⁽⁷⁾ sollten bei jungen Menschen mindestens um 50% reduziert werden.

Der Anteil junger Menschen, die einer gesundheitsschädigenden Lebensweise frönen ⁽⁸⁾, indem sie Drogen, Tabak und Alkohol konsumieren, sollte erheblich verringert werden.

Die Häufigkeit von Schwangerschaften bei Minderjährigen sollte mindestens um ein Drittel reduziert werden.

Problemlage

Obwohl Jugendliche in der Schweiz aufgrund der vergleichsweise niedrigen Mortalitätsraten als eine besonders gesunde Bevölkerungsgruppe gelten, sind sie von zahlreichen Gesundheitsproblemen betroffen. Es sind nicht mehr die akuten Infektionskrankheiten, sondern vor allem chronische Krankheiten und Befindlichkeitsstörungen, die ihren Gesundheitszustand negativ beeinflussen. Fünf Problembereiche sind hier hervorzuheben:

Unfälle und gewaltsame Tode

1998 verunfallten 5'597 Kinder und Jugendliche im Strassenverkehr, 71 von ihnen tödlich. Unfälle im Verkehr, in der Freizeit und im Haushalt stellen die häufigste Todesursache dar. Jungen erleiden wesentlich häufiger Unfälle als Mädchen, was sich u.a. mit der riskanteren Lebensweise schon in jungen Jahren und mit einem höheren Mobilisierungsgrad erklären lässt. Ab dem 14. Lebensjahr werden darüber hinaus Selbsttötung und Selbsttötungsversuche als Todesursache bedeutsam: Die Schweiz hat mit etwa 50 Fällen pro 100'000 Einwohner eine der höchsten Suizidraten im europäischen Vergleich in der Altersgruppe 15 bis 19 Jahre (Männer).

Chronische Erkrankungen

Asthma und Allergien gehören zu den häufigsten chronischen Erkran-

6 Bis zum Alter von 18 Jahren

7 Vgl. auch Ziel 9: „Verringerung von auf Gewalteinwirkung und Unfälle zurückzuführende Verletzungen“.

8 Vgl. auch Ziel 12: „Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden“.

kungen im Kindes- und Jugendalter. Es wird geschätzt, dass etwa 5 bis 10% aller Kinder und Jugendlichen in westlichen Industrieländern unter Asthma und bis zu 10% unter Neurodermitis leiden. Weitere 10 bis 15% sind durch eine Allergie und/oder durch Heuschnupfen belastet. Die ursächlichen Faktoren sind vielfältig. Sie sind sowohl auf der biologischen, psychologischen und sozialen Ebene als auch in der natürlichen Umwelt zu suchen.

Infektionskrankheiten

HIV und Aids stellen nach wie vor ein wichtiges Gesundheitsproblem in der Schweiz dar, auch wenn die Infektionsraten auf Grund erfolgreicher Präventionskampagnen zurückgegangen sind.

Befindlichkeitsstörungen

Befunde zu Befindlichkeitsbeeinträchtigungen liegen aus Befragungsstudien vor, z.B. der Studie „Health Behavior in School-aged Children“ (HBSC), die als internationale Vergleichsstudie durchgeführt wird. Aus den Befunden der Befragung von 1997/98 wird deutlich, dass etwa jede/r sechste Jugendliche einmal pro Woche unter Bauchschmerzen leidet. Jede/r fünfte hat Rückenschmerzen

und jede/r vierte Kopfschmerzen. Die epidemiologischen Befunde verweisen darauf, dass Mädchen hier einem grösseren Beschwerdedruck ausgesetzt sind als Jungen. Die Ursachen für diese recht hohen Prävalenzraten sind in einem Ungleichgewicht zwischen Risikofaktoren und Belastungen einerseits sowie personalen und sozialen Ressourcen andererseits zu suchen. Die Beschwerden lassen sich als „Kosten der modernen Lebensweise“ interpretieren, als Ausdruck der Auseinandersetzung mit den Risiken und Chancen einer modernen Industriegesellschaft.

Gesundheitsriskantes Verhalten

Im Jugendalter werden gesundheitsrelevante Verhaltensweisen gefestigt. Hier wurde in den vergangenen Jahren – trotz der Präventionsbemühungen – eine Zunahme des Konsums von Alkohol und Tabak beobachtet. 17% der 15-Jährigen geben an, täglich zu rauchen, weitere 25% rauchen mindestens einmal pro Woche (keine Geschlechtsunterschiede). 9 % der 15-jährigen Mädchen und 19% der gleichaltrigen Jungen geben an, mindestens einmal pro Woche Alkohol zu trinken. Die Ursachen für riskanten Konsum überschneiden sich zum grossen Teil mit denen für

Befindlichkeitsstörungen. Auch riskantes Essverhalten stellt zunehmend ein gesundheitliches Problem dar, zumal häufiges Diät halten ein Risikofaktor für Bulimie ist.

Ziele

- Bis zum Jahr 2010 wird die Zahl der verletzten Kinder und Jugendlichen im Strassenverkehr auf unter 2000 pro Jahr gesenkt
- Bis zum Jahr 2020 wird die Zahl der Selbsttötung und Selbsttötungsversuche von Jugendlichen auf die Hälfte reduziert
- Bis zum Jahr 2010 stabilisiert sich der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Asthma und Allergien und reduziert sich bis zum Jahr 2020 auf 60% des heutigen Standes
- Weniger als 1% der Jugendlichen machen Erfahrungen mit illegalen Suchtmitteln
- Bis zum Jahr 2010 sind in allen Schulen gesundheitsfördernde Programme eingeführt
- Alkoholkonsum Jugendlicher geht bis zum Jahr 2010 unter das Niveau von 1990 zurück
- Bis zum Jahr 2010 wird das Einstiegsalter für Raucher auf 18 Jahre erhöht, die Neueinsteigerrate sinkt unter das Niveau von 1990
- Die Jugendlichen erkennen ihre Schutzbedürfnisse im sexuellen Bereich und benützen zu 95% Kondome bei Geschlechtskontakt

Massnahmen

Ein Massnahmenpaket muss risikoreduzierende Massnahmen mit ressourcensteigernden verbinden, wie auch verhaltensorientierte Interventionen durch verhältnisorientierte ergänzt werden müssen. Je nach Problembereich müssen unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden.

Unfallverhütung

- (Weitere) Verbesserung der Sicherheitstechnik
- Städtebauliche Massnahmen (u.a. Ausbau des innerstädtischen Fahrradwegenetzes)
- Ausweitung von innerstädtischen

Tempolimiten und verkehrsberuhigten Zonen

- Senkung der Promillegrenze auf 0,0‰
- Helmpflicht für Fahrradfahrer und -fahrerinnen
- Obligatorisches Verkehrssicherheitstraining für Führerscheinneulinge
- Einführung des "Führerscheins auf Probe"
- Ausbau der Verkehrserziehung in der Schule
- Aufklärung von Eltern über Unfallverhütung im Haushalt

Allergien und Asthma

- Förderung des Stillens (siehe auch Ziel 3)
- Aufklärung über den Zusammenhang zwischen Lebensstil und Gesundheit
- Rauchentwöhnungsprogramme für (werdende) Mütter und Väter (Problem Passivrauchen)
- Etablierung von Schulungsprogrammen für an Asthma und Neurodermitis leidende Kinder und ihre Eltern

Befindlichkeitsstörungen und gesundheitsriskantes Verhalten

- Systematische Förderung persönlicher Ressourcen (z.B. Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeitserwartung, Kohärenzgefühl, soziale Kompetenz) durch lebenskompetenzorientierte Gesundheitsförderungsprogramme in Schulen, am Ausbildungs-/Arbeitsplatz und in der Freizeit; die Programme müssen hinsichtlich Geschlecht, Alter, ethnischer Zugehörigkeit und sozialer Schicht spezifiziert werden
- Etablierung moderner Präventionsprogramme (Sucht, sexuell übertragbare Krankheiten, Gewalt) in der Schule
- Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (z.B. indem Schulen motiviert werden, im Netzwerk "gesundheitsfördernde Schulen" aktiv zu werden)
- Unterstützung von Familien
- Partizipation und Empowerment (z.B. über die Einrichtung von Kinder- und Jugendparlamenten)
- Verbesserung der Ausbildungs- und Arbeitsmarktsituation, vor allem

mit Blick auf besonders benachteiligte Gruppen

- Unterstützung einer realistischen Zukunftsplanung von Jugendlichen
- Unterstützung der Netzwerkbildung von Jugendlichen (z.B. durch die Schaffung bzw. Öffnung sozialer Räume)
- Strukturelle Massnahmen zur Alkohol- und Tabakprävention: Preiserhöhung, Zugangsbarrieren (auch in Bezug auf Alcopops), Verbot von Zigarettenautomaten
- Etablierung von jugendspezifischen Tabakentwöhnungsprogrammen
- Verbesserung des Zugangs zu psychosozialen Hilfen

Darüber hinaus sind übergreifende, störungsunspezifische Massnahmen zu konzipieren:

- Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung im Kindes- und Jugendalter
- Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen auf allen Ebenen des politischen Systems
- Schaffung einer Lobby bzw. eines Netzwerkes für die gesundheitlichen Anliegen von Kindern und Jugendlichen

ALTERN IN GESUNDHEIT

Bis zum Jahr 2020 sollten Menschen im Alter von über 65 Jahren die Möglichkeit geboten werden, ihr Gesundheitspotential voll auszuschöpfen und eine aktive Rolle in der Gesellschaft zu spielen.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 5.1 Die Lebenserwartung von Menschen im Alter von 65 Jahren - mit und ohne Behinderungen - soll mindestens um 20% steigen.**
- 5.2 Der Anteil der Menschen, die im Alter von 80 Jahren in einem häuslichen Umfeld leben und so gesund sind, dass sie ihre Unabhängigkeit, ihre Selbstachtung und ihren Platz in der Gesellschaft bewahren können, sollte mindestens um 50% steigen.**

Problemlage

In der Schweiz muss eine der politischen Zielsetzungen des Gesundheitswesens sein, die Menschen auf ein Altern in Gesundheit vorzubereiten. Das bedeutet systematisch geplante Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz durch das ganze Leben hindurch. Gelegenheiten im sozialen, Ausbildungs- und beruflichen Bereich sowie die Möglichkeiten der körperlichen Betätigung sollten genutzt werden, um den älteren Personen zu ermöglichen, eine gute Gesundheit, Selbstwertgefühl und Unabhängigkeit zu erlangen, diese aufrechtzuerhalten und weiterhin einen aktiven gesellschaftlichen Beitrag zu leisten. Besonders wichtig sind innovative Programme zur Erhaltung körperlicher Kraft sowie zur rechtzeitigen Korrektur von Verschlechterungen der Augen, des Gehörs und der Beweglichkeit, bevor diese die Unabhängigkeit der älteren Menschen beeinträchtigen.

Die gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungen in der Gemeinde sollten zu den älter werdenden Personen hinausgetragen werden, um sie in ihrem Alltagsleben zu unterstützen. Ihre Bedürfnisse und Wünsche in Bezug auf Faktoren, die ihre Unabhängigkeit und soziale Produktivität beeinflussen (Wohnung, Einkommen), sollten zunehmend berücksichtigt werden.

Lebenserwartung

In der Schweiz ist bereits jetzt eine im internationalen Vergleich sehr hohe Lebenserwartung erreicht worden. Während der letzten 120 Jahre ist die Lebenserwartung bei Geburt von unter 50 Jahren auf 76.2 Jahre bei den Männern bzw. 82.3 Jahre bei den Frauen gestiegen; 65-jährige Männer hatten 1997 eine Lebenserwartung von 16.6 Jahren, die gleichaltrigen Frauen von 20.6 Jahren. Eine grosse Mehrheit der Erwachsenen erreicht das Rentenalter in gutem Gesundheitszustand, so dass vor allem "den Jahren Leben zu geben" als das prioritärere Ziel erscheint. Dennoch sollte auch in der Schweiz das Ziel verfolgt werden, in Regionen und bei Bevölkerungsgruppen mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil an vorzeitigen Todesfällen die heute gutbekannten Möglichkeiten der Prävention von chronischen Zivilisationskrankheiten besonders zu intensivieren.

Ziele

- Bis zum Jahr 2020 leben 80% der 65- bis 80-Jährigen und 50% der

80- bis 85-Jährigen in ihrem häuslichen Umfeld. Ihr Gesundheitszustand erlaubt ihnen, ihre Unabhängigkeit, ihre Selbsterhaltung und ihren Platz in der Gesellschaft zu bewahren

- Bis zum Jahr 2020 sollte keine ältere Person ohne kognitive Behinderung mehr im Alters- oder Pflegeheim leben, wenn sie dies nicht freiwillig gewählt hat
- Bis zum Jahr 2010 werden auch Wohnungen für ärmere ältere Bewohner mit einfachen Hilfsmitteln wie Handläufen, Griffen in Bädern/WC's sowie automatischen Lichtsensoren ausgerüstet
- Bis zum Jahr 2010 hat sich der Anteil der seh- und hörbehinderten älteren Personen, die keine Hilfe erhalten, auf 2% verringert
- Bis zum Jahr 2010 sind in allen Gemeinden Programme für Mittagstische für betagte Personen errichtet
- Bis zum Jahr 2010 stehen in allen Pflegeheimen „Ferienbetten“ zur kurzzeitigen Entlastung pflegender Angehöriger zur Verfügung
- Bis zum Jahr 2010 liegt ein Vorschlag zur Gestaltung und Finanzierung präventiver Hausbesuche vor

Massnahmen

Häusliches Umfeld

Die unter 5.2 genannte Zielsetzung, dass bis zum Jahr 2020 "der Anteil der Menschen, die im Alter von 80 Jahren in einem häuslichen Umfeld leben und so gesund sind, dass sie ihre Unabhängigkeit, ihre Selbstachtung und ihren Platz in der Gesellschaft bewahren können, mindestens um 50% steigen sollte", gilt auch für die Schweiz. Gemäss einer Untersuchung, die Ende der siebziger Jahre bei zu Hause lebenden und in stationären Einrichtungen untergebrachten Betagten durchgeführt wurde, traf dies (gemessen an Betagten, die keinen Hilfsbedarf aufwiesen) im Alter von 66 bis 75 Jahren bei 63%, bei 76 bis 85-Jährigen bei 33% und bei über 85-Jährigen bei 12% zu. Von den Betagten ohne Hilfsbedarf lebten 97,4% in einer Privatwohnung. Seither fehlen Erhebungen, die auch die in stationären Einrichtungen Lebenden einschliessen. Somit wird für die Schweiz nicht festzustellen sein, inwieweit das Ziel einer Erhöhung dieser Zahlen um 50% bis 2020 erreicht wird.

Hilfsbedarf

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung und frühere Untersuchungen haben gezeigt, dass in erster Linie bei Betagten in wirtschaftlich ungünstigen Verhältnissen nicht alle gesundheitlich begründeten Bedürfnisse erfüllt sind. So fehlen in Wohnhäusern der unteren sozialen Schichten oft einfache Hilfsmittel wie Treppengeländer oder genügend Beleuchtung. Weiter bleiben hörbehinderte Betagte mit geringerer Ausbildung in der französischsprachigen Schweiz und in ländlichen Gegenden öfter ohne Hörgerät. Schliesslich sei auf Befunde der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/93 hingewiesen, die zeigen, dass rund 8% der Betagten unter den Frauen, Alleinlebende und diejenigen mit geringer Schulausbildung die benötigte Hilfe nicht oder nicht genügend erhielten. Solche Befunde sollten periodisch überprüft werden um festzu-

stellen, ob sich der Versorgungsgrad mit der Zeit verbessert hat. Entsprechende Trenduntersuchungen waren wegen unterschiedlicher Fragenformulierungen in den schweizerischen Gesundheitsbefragungen von 1992/93 und 1997 bisher nicht möglich.

Soziale Beziehungen

Doch auch unabhängig von Programmen, in denen die Betagten systematisch angegangen und von Fachleuten beraten werden, bestehen Möglichkeiten der Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität. Diese Möglichkeiten werden in der Schweiz noch lange nicht flächendeckend ausgenutzt. Auch noch rüstige Betagte verlieren häufig ihr soziales Beziehungsgeflecht und sollten die Möglichkeit erhalten, in neue Unterstützungsnetze hineinzuwachsen. Dies kann durch Organisationen im Betagtenbereich aktiv gefördert werden. Zum Beispiel können alleinstehende Betagte in Besuchsprogrammen neu zusammengebracht werden. Heime oder Gaststätten können Mittagstische anbieten, die mit Freizeitprogrammen verbunden sind. Auf kantonaler und kommunaler Ebene sollten in diesem Sinne unter Einbeziehung interessierter Betagter und Betagtenorganisationen entsprechende Strategien entwickelt werden. Die Rolle der Familie als primäres soziales Unterstützungsnetz muss aufrechterhalten werden, auch wenn dies heute ohne unterstützende Leistungen nicht mehr möglich ist. Ferienbetten in Alters- und Pflegeheimen sind unentbehrlich, damit sich betreuende Angehörige von Zeit zu Zeit erholen und ihre eigenen Bedürfnisse erfüllen können.

Präventive Hausbesuche

Je kleiner die Bevölkerungsgruppen geworden sind, in denen das Problem der vorzeitigen Todesfälle im Vordergrund steht, desto mehr ist die Erhaltung der körperlichen Integrität und der Lebensqualität Betagter in den Vordergrund gerückt. Gemäss in der Schweiz durchgeführten Studien lassen sich die Heimeintritte reduzieren, wenn periodische präventive Hausbe-

suche durch Gesundheitsschwestern vorgenommen werden, die mit einer systematischen Bestandaufnahme des Gesundheitszustands, des Wohnumfelds und der Bedürfnisse der Betagten verbunden sind. Die Betagten können länger in der eigenen Wohnung bleiben und ihre Unabhängigkeit wahren. Zwar sind die finanziellen und personellen Kosten eines solchen intensiven Besuchsprogramms durch ausgebildete Fachkräfte hoch, doch wird zurzeit versucht, mit weniger finanziellem und personellem Aufwand zu vergleichbaren Ergebnissen zu gelangen. Artikel 26 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) ermöglicht die Finanzierung solcher präventiver Programme, deren Kostenwirksamkeit erwiesen ist. Mittelfristig sollten sie auch zu Gunsten der alternden Bevölkerung eingesetzt werden können. Um alle älteren Menschen erreichen zu können, müssen jedoch gewisse strukturelle Bedingungen erfüllt sein, namentlich eine genügende Vorbereitung der Ärzte der Grundversorgung und der Mitarbeitenden im Spitexbereich; dies setzt wiederum die Schaffung einer über die Kantonsgrenzen hinweg wirkenden Organisation voraus.

Die Gesunderhaltung der betagten Bevölkerung ist äusserst vielschichtig. Die primäre Vorbeugung der chronischen Krankheiten ist zwar schon bei jüngsten Kindern unentbehrlich; die Möglichkeiten aber, die Entwicklung des Selbstständigkeitsverlustes später im Leben zu bekämpfen, müssen systematisch erkannt und ausgenutzt werden. Eingriffe zu Gunsten von wirtschaftlich und gesellschaftlich benachteiligten Bevölkerungsgruppen (Frauen, ländliche Gegenden, geringere Grundausbildung) können die Lebensqualität wesentlich verbessern, indem sie eine frühe Erkennung der Behinderungen ermöglichen, die eine chronische funktionelle Abhängigkeit zur Folge haben. Ausserdem müssen Stützpunkte entwickelt werden mit dem Zweck, den Betagten das Leben in der Gemeinschaft zu erlauben und die oft stark beanspruchten Angehörigen zu entlasten.

VERBESSERUNG DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT

Bis zum Jahr 2020 sollte sich die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern, und für Personen mit psychischen Problemen sollten bessere umfassende Dienste verfügbar und zugänglich sein.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

6.1 Die Prävalenz und die gesundheitsschädigenden Auswirkungen von psychischen Problemen sollten sich erheblich verringern, und die Bevölkerung sollte besser befähigt werden, stressreiche Lebensereignisse zu bewältigen.

6.2 Die Suizidraten sollten um mindestens einen Drittel zurückgehen, wobei die signifikantesten Verringerungen in den Ländern und Bevölkerungsgruppen mit derzeit hohen Suizidraten erreicht werden sollten.

Problemlage

Auch in der Schweiz sind psychische Störungen von erheblicher Bedeutung für das Gesundheitswesen. Wenngleich wir in der Schweiz über keine repräsentativen Feldstudien verfügen, können wir auf der Basis internationaler Studien in industrialisierten Ländern davon ausgehen, dass jährlich 25%-30% der Allgemeinbevölkerung wegen psychischer Störungen behandlungsbedürftig sind. Viele psychische Störungen nehmen einen chronischen Verlauf mit der Folge einer hohen Rate damit einhergehender Behinderungen. Der in den Medien vermittelte Eindruck eines vermeintlich starken Anstiegs psychischer Störungen steht vor allem mit der Psychologisierung von Alltagsproblemen in Zusammenhang. Gleichwohl spiegeln aus verschiedenen Gründen die vorhandenen Daten nicht umfassend den realen psychiatrischen Versorgungsbedarf der Bevölkerung wider:

1. Psychiatrische Klassifikation beruht auf kategorialen Definitionen, ohne dass den einzelnen Krankheitsbildern ein eindeutiges organisches Substrat zugrunde liegt. Änderungen der diagnostischen Kriterien können deshalb zu unterschiedlichen Prävalenzraten führen.
2. Um die Objektivität und Standardisierung der Befunderhebung zu erhöhen, werden Krankheitskategorien immer enger gefasst mit der

Folge, dass unterschwellige Erkrankungen ausgeschlossen werden.

3. Die kategoriale Störungsdiagnostik erlaubt keine hinreichende Differenzierung des Schweregrades. Insbesondere die funktionellen Auswirkungen hinsichtlich psychosozialer Beeinträchtigungen werden kaum erfasst.

Angebot und Inanspruchnahme

Gut dokumentiert ist, dass schwierige sozioökonomische Lebensverhältnisse und mangelnde soziale Unterstützung die Rate stationärer Einweisungen erhöhen.

Angebot und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungseinrichtungen sind hoch miteinander korreliert. So ist es vor allem die Entfernung zu psychiatrischen Versorgungsinstitutionen, die die Inanspruchnahme beeinflusst. Personen mit psychischen Störungen sind nur eingeschränkt bereit, lange Anreisezeiten in Kauf zu nehmen.

Auch Einflussvariablen auf Seiten der Anbieter sollten nicht vernachlässigt werden. Beispielsweise findet sich eine beachtliche Variationsbreite in der Zahl der psychiatrischen Klinik-

pflegetage pro 1000 Einwohner über verschiedene Kantone hinweg.

Diese Unterschiede lassen sich kaum durch eine höhere Krankheitsrate oder durch bedeutsame inanspruchnahmefördernde Faktoren erklären. Es ist zu vermuten, dass dahinter zum Teil unterschiedliche Behandlungsphilosophien stehen.

Trotz hoher Ausbaustandards in der Schweiz wächst der Aufnahmepressure auf die stationären Einrichtungen enorm an. Die Gründe hierfür liegen weniger in der steigenden Zahl psychischer Störungen in der Bevölkerung als vermutlich in einem veränderten Zuweisungs- und Weiterverweisungsverhalten beteiligter Institutionen. Kommt es aus verschiedenen Gründen - z.B. eine gesundheitspolitisch geforderte Verkürzung der Verweildauer in Allgemeinspitälern oder zu hohe Medikamentenkosten in der ambulanten Versorgung - zu Änderungen in der Aufnahme- und Entlassungspolitik oder der Überweisungspraxis, kann dies zu einem bedeutsamen Zuwachs der Patientenzahlen in psychiatrischen Kliniken führen. Die psychiatrischen Kliniken ihrerseits finden trotz des dichten Netzes nieder-

gelassener Psychiater häufig keine adäquaten Nachbetreuungsmöglichkeiten, da niedergelassene Psychiater vorzugsweise leichter Kranke mit Krankheitseinsicht und hoher Behandlungsmotivation behandeln.

Eine andere Interpretation für die steigenden Zahlen stationärer Patienten deutet auf einen möglichen Einstellungswandel der Bevölkerung gegenüber der Psychiatrie und psychisch Kranken hin.

Spezielle Probleme in der Schule: Suizid bei Jugendlichen

Die Suizidprävention gehört heute zu den wichtigsten Themen im Gesundheitswesen, und aus verschiedenen epidemiologischen Studien geht hervor, dass Suizid bei Jugendlichen in der Schweiz und in zahlreichen Industrieländern unter den Mortalitätsursachen an zweiter Stelle steht.

Bei Erwachsenen gehören neben den Psychosen Drogen und Alkohol zu den häufigsten Einweisungsgründen in psychiatrische Kliniken.

Ziele

- Bis zum Jahr 2020 ist die psychiatrische Hospitalisationsrate in der Schweiz in allen Kantonen ähnlich, und die alkoholbedingte Einweisung hat deutlich abgenommen
- Bis zum Jahr 2020 ist die Suizidrate von bei Jugendlichen auf die Hälfte reduziert
- Bis zum Jahr 2010 erkennen alle Hausärzte Frühsymptome psychotischer Störungen, und es besteht eine flächendeckende Interventionsstruktur für Jugendliche mit solchen Störungen
- Bis zum Jahr 2010 erlaubt die systematische Fortbildung der Hausärzte eine breitere Basis für eine kompetente psychiatrische Betreuung, und ein konsiliarisches Psychiatrie-netz unterstützt sie dabei.

Massnahmen

Präventionsprogramm für psychotische Frühphasen

Die meisten psychiatrischen Störungen

setzen in einem früheren Lebensalter ein als bisher angenommen. Es gilt als weithin anerkannt, dass bei Psychosen vor Diagnosestellung und Behandlungsbeginn mehrere Monate oder sogar Jahre vergehen.

In der Schweiz bieten eine Reihe von Zentren den Hausärzten sowie sämtlichen betroffenen Personen eine Evaluation der Patienten mit prodromalen Symptomen an. Zu den Programmzielen gehört die Reduktion der Dauer der unbehandelten Phase. Ein verzögerter Behandlungsbeginn kann ausserordentlich schwere Folgen haben und insbesondere einen chronischen Krankheitsverlauf oder eine langsame, partielle Remission mit Depression und Suizid als Begleiterscheinungen nach sich ziehen. Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen grenzen sich selbst aus, können sich gesellschaftlich nicht integrieren und ihre Ausbildungspläne nicht verwirklichen. Der Aufbau eines Beziehungsnetzes gelingt ihnen nicht, und darüber hinaus stellen sie häufig eine schwere Belastung für ihre Familie dar.

Bekannt ist auch die häufige Komorbidität mit Drogenmissbrauch und dem Risiko eines gelegentlichen gewalttätigen Verhaltens.

„Swiss Early Psychosis“ (SWEPP) bietet landesweit eine Reihe von Weiterbildungsmöglichkeiten an, um den Kenntnisstand in den Bereichen Prävention, Früherkennung und frühzeitige Behandlung schizophrener Psychosen zu verbessern.

Ziele des Projekts SWEPP:

- Erarbeitung klinischer Richtlinien
- Anbieten eines Weiterbildungsprogramms für Hausärzte, Schulpsychologen, Kinder- und Jugendpsychiater sowie Erwachsenenpsychiater
- Informationskampagne
- Einrichtung spezialisierter Interventionsstrukturen
- Genaue Evaluierung der Kosten für Schizophrenie in der Schweiz
- Entwicklung einer kontrollierten Interventionsstudie

Präventionsprogramm für Suizid bei Jugendlichen

Die Gesundheitsförderung Schweiz (früher Stiftung 19) hat die Verantwortung für präventive Massnahmen übernommen und sich die Prävention im Bereich der Gesundheit junger Menschen einschliesslich Suizidprävention zum Hauptziel gesetzt.

Es ist jedoch keineswegs einfach, die Ziele genau zu definieren und sich über die einzusetzenden Mittel zu einigen. So werden beispielsweise in der Literatur in diesem Zusammenhang folgende Fragen aufgeworfen: „Bedeutet Suizidprävention bei Jugendlichen, der Anzahl suizidbedingter Todesfälle oder Suizidversuchen und deren Wiederholung vorzubeugen? Geht es nicht auch darum, einer Verschlechterung der Lebensbedingungen und des Selbstwertgefühls entgegenzuwirken? Sollten unsere Anstrengungen vor allem darauf ausgerichtet sein, nach einer ersten Suizidhandlung die angemessene Behandlungsform zu wählen, oder könnte man schon vorher etwas bewirken?“

Diese Fragen liessen sich leichter beantworten, wenn man verschiedene Ansätze integrieren und alle beteiligten Partner in den Bereichen Spital, Gesundheitswesen, Bildung, Medien, Selbsthilfegruppen, Familie, Freunde usw. einbeziehen würde.

Zielsetzung des Programms:

- Bessere und wirksamere Erkennung suizidgefährdeter Jugendlicher durch verbesserte Kenntnis der Alarmzeichen
- Verbesserung der Kommunikation unter allen Mitgliedern des Umfelds gefährdeter Jugendlicher
- Vereinfachte Durchführung der Behandlung im Bedarfsfall auf Grund besserer Informationen über bestehende Behandlungsmöglichkeiten

Die Zukunft der Schweizer Psychiatrie

Die bisherigen Ausführungen erlauben einige Überlegungen im Hinblick auf zukünftige Entwicklungen der Schweizer Psychiatrie:

- Auf Grund des grossen Versorgungsbedarfs wird auch zukünftig der überwiegende Teil der Personen mit psychischen Störungen durch Hausärzte behandelt werden. Auch wenn Hausärzte auf die grösste Akzeptanz bei den Patienten stossen, heisst dies noch nicht, dass sie über die notwendige Behandlungskompetenz verfügen.
- Wenn Psychiater verstärkt konsiliarisch tätig sein sollen, werden sie mehr psychopharmakologische Kompetenz benötigen.
- Auch in Zukunft werden viele psychisch Kranke in Allgemeinspitälern behandelt werden. Neben Alkoholproblemen und Depressionen sind es vor allem Somatisierungsstörungen, die die Ärzte dieser Spitäler beschäftigen. Eine übergreifende psychosomatische Kompetenz könnte von einem psychiatrischen Liaison- und Konsiliardienst geliefert werden, der auch in der Weiterbehandlung entsprechende Weichen stellen kann.
- Für die sozialpsychiatrischen Dienste, Ambulatorien und Polikliniken verbleiben eine Reihe von Spezialaufgaben. Gegenwärtig handelt es sich dabei vorwiegend um die langfristige Betreuung chronisch psychisch Kranker und Abhängigkeitskranker.
- An der Nahtstelle zur stationären psychiatrischen Klinik werden vermehrt Kriseninterventionszentren Bedeutung erlangen. Zielsetzung ist die Triage bei nur kurzfristiger, mehrtägiger stationärer Behandlung. Die traditionellen stationären Einrichtungen werden hingegen einem beträchtlichen Strukturwandel unterliegen.

Die Psychiatrie hat sich in den vergangenen zwei bis drei Jahrzehnten eindeutig von einer pflegenden zu einer therapeutischen Disziplin entwickelt. Die Anpassung der Organisationsstrukturen hat damit oftmals nicht Schritt gehalten. Auf Grund der vielfältigen Interessengruppen wird sich dieser Modernisierungsprozess in der Schweiz langwierig gestalten.

Ziel 7

VERRINGERUNG ÜBERTRAGBARER KRANKHEITEN

Bis zum Jahr 2020 sollten die gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufgrund von übertragbaren Krankheiten durch systematisch angewendete Programme zur Ausrottung oder Bekämpfung bestimmter Infektionskrankheiten, die für die öffentliche Gesundheit Bedeutung haben, erheblich verringert werden.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

Eliminierung von Krankheiten

7.1 Bis 2000 oder sogar früher sollte der Poliomyelitis-Übertragung in der Region Einhalt geboten werden, und bis 2003 oder sogar früher sollte die Eliminierung der Krankheit in jedem Land zertifiziert werden können.

7.2 Bis 2005 oder sogar früher sollte in der Region Neugeborenen-Tetanus eliminiert werden.

7.3 Bis 2007 oder sogar früher sollten einheimische Masern in der Region eliminiert werden, und bis 2010 sollte die Eliminierung der Krankheit in jedem Land zertifiziert werden können.

Krankheitsbekämpfung

7.4 Bis 2010 oder sogar früher sollten alle Länder folgendes erreicht haben:

- eine Diphtherie-Inzidenz von weniger als 0,1 pro 100'000 Einwohner;
- eine Reduzierung der Zahl neuer Hepatitis-B-Virus-Träger um mindestens 80% durch Einführung der Hepatitis-B-Impfung als Standardimpfung für Kinder;
- in Bezug auf Mumps, Pertussis und invasive Erkrankungen durch *Haemophilus influenzae* Typ b eine Inzidenz von weniger als 1 pro 100'000 Einwohner;
- in Bezug auf kongenitale Syphilis eine Inzidenz von weniger als 0,01 pro 1000 Lebendgeburten;
- in Bezug auf kongenitale Röteln eine Inzidenz von weniger als 0,01 pro 1000 Lebendgeburten.

7.5 Bis 2015 oder sogar früher:

- sollte in jedem Land die Malaria-Inzidenz auf weniger als fünf Fälle pro 100'000 Einwohner reduziert werden, und in der Region sollte es keine Todesfälle infolge einheimischer Malaria mehr geben;
- sollten in jedem Land die Inzidenz, Sterblichkeit und die negativen Folgen von HIV-Infektionen und Aids, anderen sexuell übertragbaren Krankheiten, Tuberkulose und akuten Atemwegsinfektionen sowie Durchfallerkrankungen bei Kindern nachhaltig und kontinuierlich zurückgehen.

Problemlage

In der Schweiz sind Häufigkeit und Schwere der übertragbaren Krankheiten im Laufe des 20. Jahrhunderts dank Antibiotika, Impfungen und Hygienemassnahmen massiv zurückgegangen. Es ist erfreulich, dass eine Reihe von übertragbaren Krankheiten kontrollierbar geworden ist, auch wenn diese heute eine eher untergeordnete Rolle spielen. Je nach Blickfeld unterscheiden sich die Bedeutung und das Spektrum der übertragbaren Krankheiten: Bei globaler Sichtweise ergibt sich ein anderes Bild als bei der Betrachtung regionaler, z.B. europäischer oder nationaler, Entwicklungen. Deshalb braucht es Indikatoren wie die Anzahl der verlorenen Lebensjahre oder der Invalidität, welche die Bedeutung einer Krankheit (burden of disease, BoD) messbar machen, wie DALYs (disability adjusted life years) oder YLLs (years of life lost). Die übertragbaren Krankheiten figurieren auf der weltweiten Statistik aller Krankheiten immer unter den ersten Rängen. In Tabelle 1 wird der Unterschied zwischen Industrienationen und Ländern des Südens deutlich.

Ursachen	Hoher wirtschaftlicher Entwicklungsstandard %	Wirtsch. Entwicklung im Aufbau %	Durchschnittliches Entwicklungsniveau %
Infektionskrankheiten, Neugeborene und Mangelernährung	7,8	48,7	43,9
<i>davon Infektionen</i>	2,7	25,6	22,9
Nicht infektiöse Krankheiten	77,7	36,1	40,9
Unfälle	14,5	15,2	15,1

Tabelle 1

Verteilung (%) der DALYs in Verbindung mit der Ursache, dargestellt über die unterschiedliche wirtschaftliche Entwicklung der Regionen

Besondere Probleme der Schweiz

Können wir uns deshalb auf Lorbeeren ausruhen? Die alljährliche Grippe-saison, welche heute fast rituellen Charakter hat, weist ausreichend auf das fragile Gleichgewicht hin, in dem wir uns mit der unerschöpflichen Welt der anpassungsfähigen Mikroben befinden.

Die übertragbaren Krankheiten können in diverse Gruppen klassifiziert werden: die kontrollierten und die unkontrollierten. Die ersten sind ausgerottet, die Keime nicht mehr im Umlauf, und dies weltweit. Die *Pocken* und bald auch *Poliomyelitis* gehören in diese Kategorie, dies dank der Zusammenarbeit und beträchtlichen Investitionen aller Länder, v.a. für Impfkampagnen. Diese Idealsituation ist nur möglich, weil der Mensch der einzige Wirt für diese Keime ist, was nur selten der Fall ist. Bedenklich ist hier einzig die Tatsache, dass z.B. *Pocken* bioterroristisch wieder verbreitet werden könnten.

Die bedingt kontrollierbaren Krankheiten bedürfen einer anhaltenden und intensiven Überwachung. Zu nennen ist hier z.B. *Tetanus*, dessen Fälle dank der Impfungen bei uns sehr selten geworden sind. Der Krankheitserreger ist in der Umwelt jedoch bis in unseren eigenen Verdauungsapparat hinein weit verbreitet. Auf diese Weise bedingt kontrollierbare übertragbare Krankheiten benötigen eine permanente Überwachung, da sie Lücken in der erworbenen Immunität jederzeit ausnützen können.

Die Kategorie der nicht kontrollierbaren übertragbaren Krankheiten kann nochmals in zwei Gruppen aufgeteilt werden: in absehbarer Zeit kontrollierbare Krankheiten und solche, die wenig Chancen dazu bieten. So könnte man in absehbarer Zeit bei genügender Durchimpfung auf die Ausrottung der Masern hoffen. Bei der zweiten Gruppe gibt es keinen Impfschutz oder keine ausreichende Prävention wie z.B. bei kontaminierten Lebensmitteln, keine Mittel gegen das persönliche Risikoverhalten wie

		Vor Impfungen n / Jahr	heute n / Jahr	Differenz
Diphtherie	Fälle	3000	0	-100%
	Todesf.	130	0	-100%
Poliomyelitis	Fälle	700	0	100%
	Todesf.	80	0	100%
Tetanus	Todesf.	50	0,4	-99%
Pertussis	Todesf.	90	0-1	-100%
H. influenzae	Fälle	200	12	-94%
Masern	Fälle	70'000	2'300	-97%

Tabelle 2
Häufigkeit der Krankheiten in der Schweiz vor Einführung der Impfungen und heute

beispielsweise bei HIV oder Hepatitis B oder mangelhafte Compliance wie bei der Influenza, wo der Impfschutz bei den gefährdeten Bevölkerungsgruppen noch unter 50% liegt. Die extreme Artenvielfalt der Natur kann uns jederzeit mit neuen Krankheiten überraschen, was jedes Jahr auch passiert. Zusätzlich muss mit den Gefahren durch Manipulationen gerechnet werden, wie z.B. den genetischen, seien sie böswillig oder nicht. Die neue Terrorismuswelle hat uns hier ein Beispiel geliefert.

Die Liste der aufgezeichneten Probleme wäre unvollständig, wenn nicht auch andere Aspekte der Übertragungswege in Betracht gezogen würden. Die Konzentration geschwächter Personen und (multiresistenter) Keime in den Spitälern sind ein ernsthaftes Problem (Nosokomialinfektionen). Der übermässige Gebrauch von Antibiotika ist sowohl auf inadäquat verschreibende Ärzte und Ärztinnen als auch auf unkorrekte Einnahme durch Patienten zurückzuführen. Die banalen Virose, Bronchitis, Gastroenteritis, Mittelohrentzündungen, Harnwegerkrankungen, aber auch die Meningitis und weitere gehören zu den übertragbaren Krankheiten, die zusammengezählt eine beträchtliche, kaum zu vermeidende Morbidität ausmachen.

Ziele

- Bis zum Jahr 2005 verfügt die Schweiz über eine einheitliche

Erfassung des Impfschutzes der Bevölkerung und entwickelt gezielte Strategien für die Deckung von Impflücken.

- Bis zum Jahr 2007 sind Masern in der Schweiz ausgerottet.
- Bis zum Jahr 2008 sind jährlich 70% und bis 2010 80% der über 60-Jährigen sowie alle immungeschwächten Personen gegen Grippe geimpft.
- Bis zum Jahr 2005 sind die Probleme der nosokomialen Infektionen in der Schweiz genau untersucht; ein auf den Ergebnissen bestehendes Präventions- und Überwachungssystem ist etabliert.
- Bis zum Jahr 2020 gehen die Neufinfektionen mit HIV und Hepatitis B weiter zurück; die Bevölkerung kennt die notwendigen Schutzmassnahmen und wendet sie an.

Wichtigste Massnahmenbereiche:

1. Etablierung eines Systems in der Schweiz, das zuverlässig und dauerhaft den Impfschutz misst. Ein solches System ist in einigen Kantonen im Aufbau, in anderen Kantonen steckt es noch in den Kinderschuhen. Gesamtschweizerisch muss dieses System koordiniert und zu einem Routineinstrument werden. Es erfasst nicht nur die Schulkinder.

2. In der Schweiz ist seit 1982 kein einziger Fall von *Poliomyelitis* gemeldet worden. Die lokale Ausrottung bleibt noch nach WHO-Kriterien zu bestätigen: aktive Überwachung der akuten schlaffen Lähmung mit Untersuchung auf Poliovirus bei solchen Fällen sowie Überwachung der Umwelt. Das Überwachungsdispositiv ist bereit und das nationale Referenzlabor dazu vorbestimmt.

3. Mit der Perspektive WHO 2007 ist die Ausrottung der Masern ein Ziel für unser Land. Die Abdeckung durch die Erstimpfung ist noch ungenügend, um die Verbreitung des Virus zu stoppen. Eine zweite Dosis ist notwendig, um die verpasste Impfung nachzuholen und Impfvorsager abzudecken.

4. Ein weiteres Hauptaugenmerk ist auf die Influenza zu richten. Ein guter Impfstoff ist vorhanden. Die Durchimpfungsrate für gefährdete Personen ist zu verbessern. Die jährliche Epidemie ist einzudämmen und damit die Gefahr einer jederzeit möglichen Pandemie. Dazu ist ein nationaler Aktionsplan mit Massnahmen bei einer Influenzapandemie mit den dazugehörigen rechtlichen Grundlagen ausgearbeitet worden. Die nationalen Impfkampagnen müssen noch intensiviert werden.

5. Ein nationales Forschungsprogramm befasst sich mit den Auswirkungen der erwähnten Antibiotikaresistenz, um neue Strategien zur Überwachung auszuarbeiten. Dieses soll sowohl in die menschliche als auch in die tierische Umgebung eingebettet werden. Die Durchführungsphase soll die nächsten fünf Jahre dauern.

6. Die Infektion mit HIV, AIDS und die sexuell übertragbaren Krankheiten verbleiben in der gleich hohen nationalen Prioritätsstufe. Die Verminderung des Risikoverhaltens ist der Schlüssel zur Bekämpfung dieser Krankheiten, obgleich sehr viel von neuen antiviralen Therapien und einer allfälligen Impfung

erwartet werden kann. Hier soll das Erreichte mindestens gehalten werden. Zudem muss mit aller Kraft in den erwähnten pharmakologischen Sektoren gearbeitet werden.

Strategie

Jede übertragbare Krankheit muss mit einer eigenen angepassten Strategie bekämpft werden. Dank Impfungen könnten einige der übertragbaren Krankheiten vermieden werden. Hier sind gemeinsame Strategien nötig:

1. Aktuelle gesellschaftliche Probleme müssen bewusst gemacht werden (Verletzlichkeit, Solidarität, Verantwortung);

2. Die Doktrin betreffend der Indikationen (Impfplan) und des Monitoring (Massnahmen der Durchimpfungsrate, Verringerung der unerwünschten Wirkungen) müssen aufeinander abgestimmt werden;

3. Der Zugang zu den Impfungen muss vereinfacht werden (Kostenfreiheit, Schularzt, individuelle Medizin);

4. Den realen und wahrgenommenen Risiken muss Rechnung getragen werden (sichere Anwendung, unerwünschte Wirkungen, Gerüchte);

5. Verbesserung der Kommunikation: Die Bevölkerung ist mit Präventionsmassnahmen vertraut zu machen.

VERRINGERUNG NICHT ÜBERTRAGBARER KRANKHEITEN

Bis zum Jahr 2020 sollten in der gesamten Region Morbidität, Behinderungen und vorzeitige Todesfälle infolge der wichtigsten chronischen Krankheiten auf den tiefstmöglichen Stand zurückgehen.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 8.1 Die Mortalität infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Altersgruppe unter 65 Jahren sollte im Durchschnitt um mindestens 40% zurückgehen, vor allem in Ländern mit derzeit hohen Mortalitätsraten.**
- 8.2 Die Mortalität von Krebserkrankungen jeglicher Art bei den unter 65 Jährigen sollte im Durchschnitt um mindestens 15% zurückgehen, die Lungenkrebssterblichkeit um 25%.**
- 8.3 Die Häufigkeit von Diabetesfolgen, wie Amputationen, Blindheit, Nierenversagen, Schwangerschaftskomplikationen und anderen ernstesten Gesundheitsstörungen sollte um ein Drittel reduziert werden.**
- 8.4 Morbidität, Behinderungen und Todesfälle infolge von chronischen Atemwegserkrankungen, Muskel-Skelettstörungen und anderen prävalenten chronischen Zuständen sollten nachhaltig und kontinuierlich zurückgehen.**
- 8.5 Mindestens 80% der Kinder der Altersgruppe 6 Jahre sollten kariesfrei sein, und Zwölfjährige sollten im Durchschnitt 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen.**

Problemlage

In der Schweiz sind die wichtigsten nicht übertragbaren Krankheiten Herzkreislaufkrankheiten (HKK) und Krebs. 1997 starben 298 Männer und 183 Frauen pro 100'000 Wohnbevölkerung an HKK. Im Vergleich zu 1950 ist die HKK-Sterblichkeit bei beiden Geschlechtern um rund die Hälfte zurückgegangen und weist heute im europäischen Vergleich bei Männern und Frauen eine der niedrigsten Raten auf. Die Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten (u.a. Herzinfarkt) beträgt z.B. 1990-92 in der Schweiz bei Frauen im Alter zwischen 45 und 74 Jahren 64 pro 100'000. In England/Wales sind es dreimal (190 pro 100'000) und in der Ukraine sogar fünfmal so viele (342 pro 100'000).

Die Sterblichkeit an Krebs betrug 1997 bei den Männern 219 und bei den Frauen 128 pro 100'000 der Wohnbevölkerung. Wichtigste Lokalisation ist beim Mann der Lungenkrebs (54 pro 100'000) und bei der Frau der Brustkrebs (29 pro 100'000). Die Entwicklung der Sterblichkeit in den letzten 40 Jahren verläuft je nach Krebslokalisierung unterschiedlich. Die Lungenkrebssterblichkeitsrate bei Männern nahm von 1950 bis um 1980 stark zu und seitdem wieder deutlich ab. Die Brustkrebssterblichkeit (Frauen) hingegen hat seit 1950 kontinuierlich zugenommen. In einer Rangfolge von 39 Ländern liegt die Schweiz bei den meisten Krebslokali-

sationen im Mittelfeld (Ausnahmen: Brustkrebs bei Frauen (höher) und Mund-Rachenkrebs bei Männern (höher)).

Neben den erwähnten nicht übertragbaren Krankheiten (Herz-Kreislaufkrankheiten und Krebs) ist auch die Häufigkeit von chronischen Krankheiten von Interesse, die zwar nicht zum Tod, jedoch zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität oder zur Behinderung in den Alltagsaktivitäten und zu Invalidität führen können. Entsprechend der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1997 waren 12% der Befragten ab 25 Jahren (16% der Frauen und 8% der Männer) wegen Rheuma in Behandlung (12-Monatsprävalenz). Bei 15% war Bluthochdruck, bei jeder zehnten Person Heuschnupfen/Allergien und bei jeder zwanzigsten Person Bronchitis/Emphysem diagnostiziert worden. Frauen leiden an allen erwähnten Krankheiten häufiger als Männer. Am grössten sind die Unterschiede jedoch beim Rheuma: doppelt so viele Frauen (16%) als Männer (8%) litten daran. Mit Ausnahme der Allergien nimmt die Häufigkeit dieser Krankheiten bei beiden Geschlech-

tern mit dem Alter stark zu: Jeder dritte Mann und vier von zehn Frauen ab 65 Jahren litten an Bluthochdruck. Wegen Rheuma war jede dritte Frau und jeder fünfte Mann im Pensionsalter in Behandlung.

Hinweise auf ein mögliches Präventionspotential im Bereich der nicht übertragbaren Krankheiten geben – neben der Entwicklung der Sterblichkeit und der Häufigkeit von Diagnosen – die Unterschiede nach demographischen, sozialen und kulturellen Indikatoren. Im Vordergrund stehen neben den erwähnten Unterschieden nach Geschlecht und Alter die Disparitäten nach sozialer Schicht und Region.

Ende des 19. Jahrhunderts betrug die Gesamtsterblichkeit bei Männern, die in einem nicht manuellen Beruf, in diesem Fall im Strafvollzug/Polizeiwesen, tätig waren, 193 pro 10'000 der Wohnbevölkerung. Bei den Küfern/Küblern, einem manuellen Beruf, lag sie mit 321 pro 10'000 deutlich höher. Die starke Abnahme der Sterblichkeit im 20. Jahrhundert bedeutete jedoch keinen Ausgleich dieser Unterschiede. Die Sterblichkeit

an nicht übertragbaren Krankheiten variiert noch heute nach sozialer Schicht, wenn auch auf tieferem Niveau. Das Verhältnis von potentiell verlorenen Lebensjahren an ischämischen Herzkrankheiten z.B. war bei Männern in manuellen Berufen 1979-82 rund doppelt so hoch (Ratio: 1.8) wie bei Männern in hochqualifizierten nicht manuellen Berufen. Bei den zerebro-vaskulären Krankheiten (u.a. Hirnschlag) betrug das entsprechende Verhältnis 2.0, beim Lungenkrebs 3.5 und bei den Atemwegserkrankungen sogar 4.6.

Diese Unterschiede nach Sozialschicht zeigen sich auch bei nicht-tödlichen chronischen Krankheiten wie z.B. dem Rheuma. Männer und Frauen mit nur obligatorischer Schulbildung haben ein fast doppelt so hohes relatives Risiko, an Rheuma zu erkranken als Personen mit Hochschulbildung. Die für das Alter, die Nationalität und die Sprachregion bereinigten geschätzten relativen Risiken (OR) betragen 1997 bei den Männern 1.72 (95%-CI: 1.23-2.41) und bei den Frauen 1.82 (95%-CI: 1.21-2.73).

Die Sterblichkeit an nicht übertragbaren Krankheiten variiert – wie bereits zu Beginn des letzten Jahrhunderts – auch nach Wohnregionen. Die Sterblichkeitsraten an ischämischen Herzkrankheiten liegen z.B. 1989-92 bei Frauen in den Kantonen Bern (standardisierter Mortalitätsquotient SMR=107***), Basel-Stadt (SMR=114***), Luzern (SMR=117***) und Zug (SMR=132***), statistisch signifikant (vgl. Sternsignatur) über dem Schweizer Mittel (SMR=100). In den Kantonen Waadt (SMR=76***), Genf (SMR=59***), Wallis (SMR=78***), und Freiburg (SMR=88**) hingegen statistisch signifikant darunter. Diese Unterschiede sind auffällig stabil. Sie lassen sich bei allen erwähnten Kantonen bereits in drei früheren Perioden (um 1970, 1980 und 1985) beobachten.

Bei der Festsetzung der Ziele und Massnahmen für eine Verringerung der Häufigkeit von nicht übertragbaren Krankheiten muss somit diesen demographischen und soziokulturellen Unterschieden Rechnung getragen werden.

Ziele

Die wichtigsten *übergeordneten* Ziele sind:

- Senkung der Inzidenzraten und Erhöhung der Überlebensraten bei Herz-Kreislaufkrankheiten und Krebs, im besonderen der Herzinfarkte, Schlaganfälle und des Lungen- und Brustkrebses
- Senkung der Prävalenz von chronischen Krankheiten, die nicht zum Tod führen, jedoch die Lebensqualität stark beeinträchtigen können (z.B. Rheuma, Allergien)
- Verminderung der Unterschiede des Gesundheitszustands nach soziodemographischen und soziokulturellen Indikatoren (u.a. Geschlecht, soziale Schicht, Lebenslage, Nationalität, Wohnregion)
- Verbesserung der Datenlage im Bereich Inzidenz und Prävalenz von nicht übertragbarer Krankheiten

Die Häufigkeit von nicht übertragbaren Krankheiten und deren Entwicklung ist überwiegend durch folgende Faktoren bedingt:

- Gesundheitsverhalten (klassische Risikofaktoren)
- Vorsorgeuntersuchungen
- Qualität der Diagnostik und Behandlung
- Qualität der Rehabilitation; "Compliance" der Patienten/Patientinnen

Detailziele sind somit:

- Verminderung der wichtigsten Risikofaktoren (Tabak, Fehlernährung, Bewegungsmangel)
- Verbesserung der Information der Bevölkerung über gesundheitliche Risikofaktoren und Krankheitsvorbeugung und die Notwendigkeit, Art und Periodizität von Vorsorgeuntersuchungen
- Verbesserung der Information der Leistungserbringer über sozioökonomische, kulturelle und strukturelle Determinanten der Gesundheit der Bevölkerung
- Förderung der Massnahmen zur Sicherung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen (Vorsorgeuntersuchungen, Diagnostik, Operationen;
- Erhöhung der Lebensqualität von chronisch Kranken; Massnahmen

zur Erreichung dieser Ziele sollten auf individueller und struktureller Ebene erfolgen.

Massnahmen auf individueller Ebene

- Präventionskampagnen in der Gesamtbevölkerung: Information über
 - Risikofaktoren wichtiger chronischer Krankheiten
 - Bedeutung und Periodizität von Vorsorgeuntersuchungen
 - Symptome und das Verhalten beim Auftreten wichtiger akuter nicht-übertragbarer Krankheiten (z.B. Herzinfarkt, Hirnschlag)
- Information von Ärzteschaft und Pflegepersonal:
 - Weiterbildung auf der Basis von Konsensuspapieren zu wichtigen medizinischen Leistungen im Bereich chronische Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen, Diagnostik, Operationen)
 - Information über soziale und kulturelle Determinanten der Gesundheit
- Förderung von Risikogruppen-spezifischer Beratungstätigkeit durch medizinisches Personal:
 - Bereitstellen von Informationsmaterial (Broschüren für Patienten und Patientinnen) durch spezialisierte Organisationen

Massnahmen auf struktureller Ebene

- Reduktion von Tabakkonsum und passiv Rauchen:
 - Schaffung rauchfreier Zonen; Verbannung von Zigarettenautomaten aus öffentlichem Raum; Erhöhung der Zigarettenpreise
- Förderung gesunder Ernährung:
 - Weiterbildung und Menuvorschläge für Gastwirte/Köche in Kollektivverpflegungsstätten (öffentliche Restaurants, Firmen- und Schulkantinen, Heim- und Spitalverpflegung)
- Förderung von physischer Aktivität:
 - Ausbau eines sicheren Velo- und Gehwegnetzes und von Fitness-Parcours in städtischen Ballungsräumen
 - Finanzielle Anreize seitens Kran-

- kassen (Kurse; Beitrag an Fitnessabos)
 - Bereitstellung von Fitnessmöglichkeiten im Schul- und Arbeitsumfeld
- Förderung von Entspannungstechniken bzw. Strategien im Umgang mit Stress:
 - Schaffung eines dem Wohlbefinden förderlichen Schul- und Arbeitsumfeldes
 - Kursangebote durch Schulen, Arbeitgeber
- Förderung der Evidenz-basierten Medizin:
 - vermehrte Forschungstätigkeit
 - Bereitstellen von Konsensuspapieren zu wichtigen medizinischen Leistungen im Bereich chronische Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen, Diagnostik, Operationen) für Ärzteschaft und Pflegepersonal
- Förderung der Lebensqualität bei chronischen Krankheiten:
 - Bereitstellen eines Therapieangebotes im Bereich sozialer, psychischer und beruflicher Rehabilitation bei chronischen Krankheiten auf regionaler und lokaler Ebene
 - Bereitstellen eines entsprechenden Beratungsangebotes für Patienten und Patientinnen und deren Betreuungspersonen
 - Unterstützung bei der Schaffung von Selbsthilfegruppen
- Verminderung sozialer und regionaler Unterschiede von Gesundheit:
 - Risikogruppenspezifische Information und Prävention (Berücksichtigung spezifischer sozialer und kultureller Gegebenheiten)
 - Generelle strukturelle Massnahmen zur Verbesserung von gesundheitlichen Risikofaktoren in Umwelt (Lärm, Luftschadstoffe) und Arbeitsmarkt (Arbeitsbedingungen; Arbeitslosigkeit), die sozial Benachteiligte verstärkt betreffen
- Verbesserung der Datenlage zu Inzidenz und Prävalenz von nicht übertragbaren Krankheiten:
 - Auf- und Ausbau der bestehenden gesamtschweizerischen Datenquellen des Bundes (z.B. Medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik BFS; erweiterter Themenkatalog der

- schweizerischen Gesundheitsbefragung des BFS)
- Schaffung eines gesamtschweizerischen "Gesundheitsobservatoriums" (seit Ende 2001 operativ).

Ziel 9

VERRINGERUNG VON AUF GEWALTEINWIRKUNG UND UNFÄLLE ZURÜCKZUFÜHRENDEN VERLETZUNGEN

Bis zum Jahr 2020 sollte es einen signifikanten und nachhaltigen Rückgang der Verletzungen, Behinderungen und Todesfälle infolge von Unfällen und Gewalt in der Region geben.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 9.1 Die Mortalität und Behinderungen infolge von Strassenverkehrsunfällen sollten um mindestens 30% zurückgehen.**
- 9.2 Die Mortalität und Behinderungen infolge von Arbeitsunfällen, Unfällen im Haus sowie beim Sport und bei Freizeitbeschäftigungen sollten um mindestens 50% zurückgehen, vor allem in Ländern mit einer derzeit hohen Rate tödlicher Unfälle.**
- 9.3 Die Inzidenz und die Mortalität auf Grund von häuslicher, geschlechtsspezifischer und organisierter Gewalt und damit verbundene Gesundheitsfolgen sollten um mindestens 25% zurückgehen.**

Problemlage

In der Schweiz sind gemäss Mortalitätsstatistik (BFS) aus dem Jahre 1997 3,2% aller Sterbefälle durch Unfälle bedingt. Diese Todesursache ist deutlich häufiger in den jüngeren Alterskategorien anzutreffen. Bei 27% der Mädchen und 31% der Jungen, die im Alter von 1 bis 14 Jahren ums Leben kamen, war der Unfalltod die Ursache. Im Jahre 1996 waren Unfälle verantwortlich für 28'000 verlorene Lebensjahre (vor dem 70. Lebensjahr). Für die Männer (N=22'000) sind das 13,5% aller vorzeitig verlorenen Lebensjahre; der entsprechende Wert für die Frauen (N=6'000) beträgt 7,3%. Unfälle mit tödlicher Folge betreffen somit mehr die Männer als die Frauen.

1999 kamen 583 Personen bei Strassenverkehrsunfällen ums Leben. Bei den Opfern handelte es sich zu 73% um Männer. Besonders unfallgefährdet ist die Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen. 46% der Todesfälle betraf diese Altersgruppe. Exzessiver Alkoholkonsum und überhöhte Geschwindigkeit sind häufig mit im Spiel.

Die Statistik der gesetzlichen Unfallversicherung, die 3,2 Millionen berufstätige Personen in der Schweiz erfasst, registrieren für das Jahr 1999 702'833 gemeldete Unfälle, davon 61% Nichtberufsunfälle. In der Unfallstatistik von 1998 machen die

Strassenverkehrsunfälle mit 61'312 Opfern einen Anteil von 15% aller Nichtberufsunfälle aus.

Unfälle zu Hause

Laut BfU verunfallen jährlich 561'000 Menschen zu Hause und bei Freizeitaktivitäten. 1'080 Personen starben an den Unfallfolgen. Davon sind etwa 1'000 älter als 65 Jahre. Ungefähr 45% dieser Unfälle sind Stürze auf flachem Areal oder auf Treppen. 30% ereignen sich bei der Bedienung von Maschinen und Werkzeugen, 12% resultieren aus der Bewegung von Objekten, und 12% sind sogenannte „passive Unfälle“ (z.B. durch Biss eines Hundes etc.). Technische Defekte von Apparaten spielen keine grosse Rolle. Etwas 10% der Unfälle gehen auf grobe Verhaltensfehler zurück. Bei den Versicherten der gesetzlichen Unfallversicherung ereigneten sich im Jahre 1999 im häuslichen Umfeld 97'698 Unfälle, was etwa 24% der Nichtberufsunfälle ausmacht. Ebenfalls von der Statistik der Unfallversicherung erfasst wurden 134'963 Sportunfälle, das entspricht einem Drittel aller Nichtberufsunfälle (ein Drittel davon ereigneten

sich beim Fussballspiel, 19% sind Skiunfälle).

Eine besondere Form der Unfälle sind Vergiftungen, über die das Schweizerische Toxikologische Informationszentrum eine Statistik führt. Dieses Zentrum erhält jährlich um die 30'000 Anrufe. Diese Zahl ist seit 6 Jahren stabil. Der Grossteil der Telefonate erfolgt wegen akuter Vergiftungen, die sich 1999 zu 61% zu Hause ereigneten. In 37% der Fälle gehen sie auf die Einnahme von Medikamenten zurück, bei 24% wurden Haushalt- oder Reinigungsmittel absorbiert. 11% der statistisch erfassten Fälle betreffen Kontakte mit Pflanzen. Kinder sind übermässig häufig betroffen, hauptsächlich bei den Vergiftungen durch Reinigungsmittel und Pflanzen. Im Jahre 1999 haben 19 Vergiftungen zum Tod geführt, wobei ein Kind gestorben ist.

Arbeitsunfälle

Arbeitsunfälle sind Indikatoren für das Versagen eines Präventionssystems am Arbeitsplatz. Nach Statistiken der gesetzlichen Unfallversicherung betrug die Rate der Berufsunfäl-

le im Jahr 1998 in der Schweiz 1998 8,4 Verunfallte pro 100 Berufstätige, bei einer Mortalitätsrate von 7 Todesfällen pro 100'000 Beschäftigte. Sich zu stechen, zu schneiden, auszurutschen oder zu stolpern sind die hauptsächlichen Ursachen von Verletzungen am Arbeitsplatz. Berufsunfälle führen zu Tausenden von verlorenen Arbeitstagen und zu sehr hohen Kosten im Gesundheitsbereich (die Versicherungsleistungen betragen im Jahre 1998 etwa Fr.1,25 Mrd.). Berufsunfälle sind ebenfalls eine wichtige Ursache von Invalidität. Im Jahre 1998 wurden 1'624 Invaliditätsrenten durch die Rentenversicherungen bewilligt. Während die Berufsunfälle zwischen 1988 und 1997 um 30% zurückgingen, blieb die Häufigkeit der Nichtberufsunfälle während dieses Zeitraumes stabil.

Berufskrankheiten

Die Arbeitswelt kann noch andere Auswirkungen auf die Gesundheit haben als Berufsunfälle. Im Jahre 1998 hat die gesetzliche Unfallversicherung 3'966 Berufskrankheiten anerkannt. Drei Viertel entfallen auf Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates, Hautprobleme und Schädigungen durch physikalische/materielle Ursachen (besonders Lärm). Dabei ist festzuhalten, dass die Statistik der Berufskrankheiten nur einen sehr geringen Anteil der Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit erfassen kann. So einfach es ist, die Berufsunfälle vollständig zu erfassen, so schwierig gestaltet sich dies bei den Berufskrankheiten. Diese können erst nach Jahren der Arbeit und verdeckt von anderen Erkrankungen auftreten. Wenn der behandelnde Arzt die berufsbedingten Ursachen einer Krankheiten übersieht, erfolgt keine Meldung an die Unfallversicherung. Zudem werden statistisch nur die Fälle gezählt, die nach dem Gesetz als Berufskrankheiten anerkannt werden, was eine eindeutige Kausalbeziehung der berufsbedingten Entstehung der Krankheit erfordert. Weder die nur teilweise aus der beruflichen Tätigkeit entstandenen Probleme noch Schädigungen, die keine Krankheit, sondern nur eine

gesundheitliche Beeinträchtigung darstellen, werden durch diese Statistiken erfasst. So bleiben psychophysische Belastungen wie die Bildschirmarbeit, Rückenschmerzen oder durch die Arbeitsorganisation bedingte Probleme (Arbeitszeiten, Arbeitsrhythmen, Schichtarbeit) aus der Statistik ausgeklammert. Eine im Jahre 2000 vom Staatssekretariat für Wirtschaft (Seco) veröffentlichte Studie über die Kosten des Stress brachte an den Tag, dass sich ein Viertel der Befragten „oft“ und „sehr oft“ gestresst fühlen.

Gewalt im Alltag

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung im Jahre 1997 ist den Befragten (13'000) erstmals die Frage gestellt worden, ob sie in den 12 Monaten vor der Untersuchung Opfer von Gewalttaten geworden sind. Darunter waren sowohl verbale Gewalt (Beleidigungen, direkte oder indirekte Bedrohungen), körperliche Gewalt (Schläge, Verwundungen, sexuelle Belästigung, Nötigung zu Sexualakten) als auch Eigentumsdelikte (Diebstahl, Einbruch, Überfälle) zu verstehen. Insgesamt 9% der Befragten (10% der Männer und 8% der Frauen) gaben an, mindestens eine dieser Formen von Gewalt erlitten zu haben. Das Risiko, Opfer von Gewaltanwendung zu werden, variiert stark mit dem Alter. Es ist höher in der Altersgruppe der Adoleszenten und jungen Erwachsenen (15 - 24 Jahre). Einer von fünf dieser Altersgruppe gab bei der Befragung an, mit Gewalt konfrontiert worden zu sein. Bei der körperlichen Gewalt bestehen grosse Unterschiede im Bereich sexueller Gewalttaten, von der deutlich mehr Frauen betroffen sind. Hier handelt es sich um besonders tabuisierte und traumatisierende Erfahrungen, die sich zudem oft im häuslichen Bereich abspielen. Deshalb muss angenommen werden, dass die Daten systematischen Verzerrungen unterliegen. Was die Misshandlungen von Kindern und Jugendlichen angeht, machen diese – obwohl genaue Statistiken fehlen – einen wachsenden Anteil der Fallbelastung spezialisierter Dienste aus. Diese Beobachtung lässt sich

überall in Europa machen. Eine 1998 in der Schweiz veröffentlichte Studie über rund 10'000 Jugendliche im Alter von 15 bis 20 Jahren hat ergeben, dass 18,6% der weiblichen Befragten bereits eine Situation sexuellen Missbrauchs erlebt hatten.

Ziele

Bis zum Jahre 2020 ist in der Schweiz ein signifikanter und nachhaltiger Rückgang der Verletzungen, Behinderungen und Todesfälle als Folge von Unfällen und Gewalt zu beobachten.

- Die Häufigkeit unfallbedingter Todesfälle nimmt weiterhin ab. Sie erreicht bis zum Jahr 2009 im Strassenverkehr die Verhältnisse von Schweden (64/1 Mrd. Personen km).
- Die durch Unfälle verlorenen Lebensjahre gehen bis zum Jahr 2010 um 30%, bis zum Jahr 2020 auf die Hälfte zurück (von 28'000 auf 14'000).
- Sportunfälle im Fussball gehen bis zum Jahr 2010 auf die Hälfte zurück (von rund 40'000 auf 20'000), ebenso Skiunfälle.
- Unfälle im Haus und Freizeitbereich bei älteren Personen werden bis ins Jahr 2010 um 30% reduziert (siehe auch Ziel 5).
- Häusliche und sexuelle Gewalt werden thematisiert und bis zum Jahr 2007 um mindestens 25% reduziert. Besondere Beachtung erhalten dabei auch die Gewalt während der Schwangerschaft und Gewalt gegen Kinder.

Massnahmen

- Unfälle sind Folgen eines komplexen Problemgefüges, welches die verschiedensten Sektoren der Gesellschaft berührt. Die Unfallverhütung und die Senkung der Unfallfolgen verlangen daher gemeinsame Anstrengungen in verschiedenen Sektoren, besonders in den Bereichen Gesundheit, Bildung und Ausbildung, Transportwesen, Urbanismus und Industrie.
- Bei der Entwicklung von Konzepten zur Veränderung von Lebensräumen oder Arbeitsplätzen ist

besonders darauf zu achten, wie Unfallgefahren vermieden oder verringert werden können. Dabei sollte Forschungen den Vorzug gegeben werden, die die Produktesicherheit betonen. Zudem gilt es, die Einhaltung von Anwendungsvorschriften durchzusetzen und mit ökonomischen Anreizen zu fördern.

- Zahlreiche Initiativen sind ergriffen worden, um die Sicherheit der Transportmittel zu erhöhen: Verbesserung des Strassennetzes, Harmonisierung der Grösse der Fahrzeuge, Ausstattung der Fahrzeuge mit modernen Sicherheitsvorrichtungen, Ausbildung der Fahrzeuglenker und Anwendung des Strassenverkehrsgesetzes zur Verbesserung der Fahrzeuglenker. Strenge Massnahmen (zum Beispiel systematische Alkoholkontrollen durch die Polizei) zur Verhinderung des Fahrens in angetrunkenem Zustand sind aber weiterhin dringend und müssen verstärkt werden. Fahren in alkoholisiertem Zustand ist kein Kavaliersdelikt.
- Unfälle im häuslichen Bereich können sehr oft durch einfache Massnahmen verhütet werden. Die Bevölkerung ist stärker für die häuslichen Unfallgefahren zu sensibilisieren. Medienkampagnen zur Information und Schulung, die besonders die Bedürfnisse von Kindern und älteren Menschen aufnehmen, könnten dazu beitragen. Die gefahrlose Ausübung sportlicher Aktivitäten und sonstiger Freizeitbeschäftigungen sollte durch eine stärkere Betonung und Anwendung existierender Regeln sowie durch mehr Sicherheit bei den sportlichen Einrichtungen unterstützt werden.
- Am Arbeitsplatz werden im Sinne der vor kurzem ausgebauten Gesetzgebung (Arbeitsmedizin und Sicherheitsberufe) Programme zur Gesundheitsförderung durchgeführt, die alle gesundheitsschädigenden Faktoren einbeziehen.
- Angesichts der sozialen Ungleichheiten in den Unfallstatistiken sind Präventionskampagnen, die sich an bestimmte Gruppen richten, besonders nützlich. Hier ist besonders an die Kinder, sprachun-

kundige Ausländer und ältere Menschen zu denken. Programme zur Unfallverhütung sollten bereits an die Jugend gerichtet werden. Eltern und Stadtplaner sollen ihren Beitrag leisten.

- Untersuchungen über die unterschiedlichen Formen der Gewaltanwendung (Traumatismen), ihre Ursachen und Auswirkungen sollen zeigen, wie die Prävention, die Behandlung und die Rehabilitation in diesen Bereichen verbessert werden kann. Angemessene Strukturen zu einer verbesserten Erfassung von Gewalt sollten entwickelt werden.
- Besondere Anstrengungen sollen zur Betreuung der Opfer familiärer Gewalt unternommen werden, da diese sonst Gefahr laufen, gewalttätiges Verhalten an die nächste Generation weiterzugeben.

EINE GESUNDE UND SICHERE NATÜRLICHE UMWELT

Bis zum Jahr 2015 sollte die Bevölkerung der Region in einer mehr Sicherheit bietenden natürlichen Umwelt leben, in der die Exposition gegenüber gesundheitsgefährdenden Schadstoffen die international vereinbarten Standards nicht übersteigt.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

10.1 Die Exposition der Bevölkerung gegenüber gesundheitsgefährdenden physikalischen, mikrobiellen und chemischen Schadstoffen im Wasser, in der Luft, im Abfall und Boden sollte wesentlich verringert werden, entsprechend den in nationalen Aktionsplänen für Umwelt und Gesundheit vorgesehenen Zeitplänen und Verringerungsraten.

10.2 Die Bevölkerung sollte universellen Zugang zu Trinkwasser in ausreichender Menge und von einwandfreier Qualität haben.

Problemlage

Obwohl die Schweizerinnen und Schweizer eine hohe Lebenserwartung haben, sind chronische Krankheiten wie Bronchitis oder Herz-Kreislauferkrankungen häufig und das Wohlbefinden oft durch äussere Faktoren beeinträchtigt. Trotz Fortschritten bei der Förderung der gesunden Umwelt besteht weiterhin Handlungsbedarf.

Trinkwasser

Die Versorgung der Bevölkerung mit qualitativ einwandfreiem Trinkwasser ist weitgehend gewährleistet. Nahezu 100% sind an eine Abwasserreinigungsanlage angeschlossen. Um diesen hohen Standard zu halten, müssen jedoch Anstrengungen unternommen werden. Die anthropogenen Einflüsse wirken sich negativ auf die Ressource „Wasser“ aus. So nimmt die Temperatur der Schweizer Gewässer seit den Siebziger Jahren ständig zu, mit entsprechenden negativen Folgen für die Wasserlebewesen. Belastungen mit Stoffen wie Nitrat, Phosphat oder Pflanzenbehandlungsmitteln sind heute in erster Linie Folge einer intensiven landwirtschaftlichen Bodennutzung. Während Anfang der Neunziger Jahre die nach biologischen Richtlinien produzierenden Betriebe noch stark zunahmen, wächst ihr Anteil seit 1998 kaum noch. Die Konsumentinnen und Konsumenten sind noch zu wenig über

die Zusammenhänge zwischen Ernährung, Landwirtschaft und Umwelt informiert, und ökologische Kriterien wie Saison, Herkunft oder Anbauweise werden beim Einkauf von rund der Hälfte nicht beachtet. Damit werden die Absatzmöglichkeiten für biologisch produzierte Nahrungsmittel noch nicht ausgeschöpft.

Abfallentsorgung

Die Entsorgung und die Behandlung von Abfall auf hohem technischem Niveau ist in der Schweiz weitgehend gewährleistet. Obwohl die Verwertungsquote vergleichsweise hoch ist, sind die Möglichkeiten zur Abfallverminderung noch nicht ausgeschöpft. Auch muss an rund 50'000 Standorten noch abgeklärt werden, ob auf Grund ihrer ehemaligen Nutzung als Abfalldeponie oder Betriebsstandort die Gefahr einer Umweltbelastung besteht.

Naturkatastrophen und Störfälle

Bezüglich Naturkatastrophen sowie industrieller und nuklearer Störfälle sind die nötigen gesetzlichen Grundlagen geschaffen worden. Naturka-

tastrophen sind in der Schweiz häufiger geworden. Auf Grund der dichten Besiedelung hat das Schadenpotential wesentlich zugenommen.

Motorisierter Strassenverkehr

Ein besonderer Problembereich stellt in der Schweiz der motorisierte Strassenverkehr dar. Er trägt entscheidend zur Luftschadstoffbelastung bei. Die Schweiz verfügt zwar über klar definierte Ziele für die Luftreinhaltung, und durch Sanierungen in Industriebetrieben wurde bereits viel erreicht. Dennoch werden die Immissionsgrenzwerte für Stickoxide, Feinstaub und Ozon nach wie vor regelmässig überschritten. Dies führt einerseits zu einer Schädigung von Ökosystemen (z.B. durch sauren Regen oder direkte Schädigung von Pflanzenmembran), andererseits zu häufigeren Erkrankungen der Atemwege, zu einer erhöhten Anfälligkeit für Infekte und Allergien und zu über 2000 Todesfällen pro Jahr, wie epidemiologische Studien gezeigt haben.

Die Strassenfläche hat in den letzten 15 Jahren insbesondere in ländlichen Gebieten und im Alpenraum zuge-

nommen, was zur fortschreitenden Zersiedelung der Landschaft beiträgt. Der anhaltende Ausbau der Strassenverkehrsinfrastruktur begünstigt ausserdem eine weitere Zunahme des motorisierten Freizeitverkehrs, auf den heute bereits über die Hälfte aller zurückgelegten Kilometer entfallen. Gleichzeitig bewegen sich zwei Drittel der Bevölkerung zu wenig oder gar nicht, was beispielsweise das Auftreten von Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes und Übergewicht begünstigt.

Lärm

Der Strassenverkehr ist auch die am häufigsten genannte Lärmquelle, wobei Städte und Agglomerationen besonders betroffen sind. Knapp 30% der Bevölkerung fühlen sich zu Hause regelmässig durch Verkehrslärm gestört. Gut ein Viertel sind Lärmbelastungen über dem Immissionsgrenzwert für Wohnzonen (60dB_A) ausgesetzt. Ausserdem zeigen neuere Studien, dass zahlreiche Jugendliche nach einer unbeabsichtigten Lärmexposition in Diskotheken oder an ähnlichen Veranstaltungen an Gehörstörungen leiden. Die seit 1996 existierende Lärmverordnung wird unterschiedlich umgesetzt.

Innenräume

Die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung hängt auch stark von der Qualität des Klimas in Innenräumen ab. Zahlreiche Stoffe aus Baumaterialien, Reinigungsmitteln oder verschiedenen Freizeittätigkeiten können dort auf den Menschen einwirken. Die Innenraumluft enthält auch Mikroorganismen oder Schadstoffe biologischer Herkunft. Das Passivrauchen stellt jedoch die bedeutendste Belastungsquelle dar. Fast die Hälfte der Schulkinder und rund ein Drittel der nichtrauchenden Erwachsenen sind regelmässig Passivrauch ausgesetzt. Über die Hälfte der nichtrauchenden Erwerbstätigen sind am Arbeitsplatz exponiert. Zum Schutz vor der Exposition am Arbeitsplatz bestehen gesetzliche Vorgaben, die von den Arbeitnehmenden jedoch noch zu wenig genutzt werden. Das

neue Chemikalienrecht ermöglicht dem Bund die Forschung und Abgabe von Empfehlungen zu Innenraumbelastungen. Bezüglich dem Radon, das in der Schweiz für bis zu 10% der Lungenkrebserkrankungen verantwortlich ist, bestehen Vorschriften über Grenzwerte und Sanierungen.

Aktionsplan Umwelt und Gesundheit

Vor diesem Hintergrund entstand von 1996 bis 1997 der Schweizer Aktionsplan Umwelt und Gesundheit. Dieser Aktionsplan vertieft im Rahmen der Strategie Nachhaltigkeit das Thema der umweltbedingten Gesundheit. Leitidee ist dabei die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden aller Menschen in einer gesunden Umwelt. Während der ersten zehn Jahre beschränkt sich der Aktionsplan auf die folgenden drei Themenbereiche:

- Natur und Wohlbefinden
- Mobilität und Wohlbefinden
- Wohnen und Wohlbefinden

Interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppen formulierten für jeden Bereich konkrete Ziele. Sie wurden so angelegt, dass sie sowohl auf die Gesundheit als auch auf die Umwelt positiv wirken.

Ziele

Natur- und Wohlbefinden

Der Teilbereich Natur und Wohlbefinden beschäftigt sich mit den Zusammenhängen zwischen Ernährung, Landwirtschaft und Umwelt. Bis zum Jahr 2007 sollen drei Viertel der Einwohner und Einwohnerinnen der Schweiz in der Lage sein, sich gesund, ausgewogen und genussvoll zu ernähren und dadurch zu einer nachhaltigen Landwirtschaft beizutragen.

Folgende Teilziele sollen dabei erreicht werden:

- Bis 2002 wissen 80% der Bevölkerung, wie sie sich gesund und saisongerecht ernähren. Sie wissen, dass sie mit ihrem Ernährungsver-

halten Art und Weise der landwirtschaftlichen Produktion und die Landschaft beeinflussen.

- Bis 2007 werden nahezu 100% der in der Landwirtschaft genutzten Flächen nach den Prinzipien der integrierten Produktion (IP) oder dem biologischen Anbau (Bio) genutzt. Der Anteil der biologischen Produktion soll dabei mehr als 30% betragen.
- Bis 2007 stammen 70% des angebotenen Fleisches aus artgerechter und tierfreundlicher Haltung.
- Im Jahr 2007 liegen die Nitratgehalte von Wasser in 99% der Trinkwasserfassungen der Schweiz unter 40 mg/l.
- Bis 2007 haben 90% der Landwirtschaftsbetriebe und der nachgelagerten Betriebe standardisierte Qualitätssicherungssysteme; die positive Deklaration mit Rückverfolgbarkeit ist die Regel.

Mobilität und Wohlbefinden

Bis 2007 sollen die heutigen negativen Auswirkungen der motorisierten Mobilität durch eine signifikante Reduktion der gesundheits- und umweltschädlichen Emissionen und durch eine Erhöhung des Anteils der nichtmotorisierten Mobilität vermindert werden.

Dazu sollen die folgenden Teilziele beitragen:

- Bis 2002 kennen 80% der Bevölkerung den Zusammenhang zwischen motorisiertem Verkehr, Immissionen und Beeinträchtigungen der menschlichen Gesundheit.
- Die Emissionen des motorisierten Verkehrs werden so weit reduziert, dass die Immissionsgrenzwerte der Luftreinhalteverordnung eingehalten werden.
- Bis 2007 hat sich der Anteil der mit dem Fahrrad zurückgelegten Anzahl Wege im Pendlerverkehr (1995: 7%), im Einkaufsverkehr (1995: 5%) und im Freizeitverkehr (1995: 7%) verdoppelt.

Wohnen und Wohlbefinden

Bis 2007 soll gesundheits- und umweltgerechtes Wohnen in 90%

der Wohngebiete gewährleistet sein.

Die Teilziele in diesem Bereich sind:

- Bis 2002 wissen 80% der Bevölkerung über die Innenraumbelastungen Bescheid und können sich adäquat verhalten.
- Bis 2002 ist in 70% der Wohnquartiere in Agglomerationen und Städten Tempo 30 eingeführt.
- Bis zum Jahr 2000 ist am Arbeitsplatz, in öffentlichen Gebäuden und Transportmitteln niemand mehr ungewollt dem Passivrauchen ausgesetzt.
- Bis zum Jahr 2007 stehen in allen Siedlungen Strukturen zur Verfügung, die ein aktives Quartierleben fördern. Mit planerischen Massnahmen sind die Voraussetzungen geschaffen, damit die Wohngebiete auch für handwerkliche Kleinbetriebe, für Arbeitsplätze (vor allem für Versorgung), Freizeit und Erholung sowie Dienstleistungen gezielt und kontrolliert geöffnet werden können.

Massnahmen

Besonderes Gewicht legt der Aktionsplan auf die vermehrte intersektorielles Vernetzung zwischen den verschiedenen Politikbereichen (z.B. Gesundheit, Umwelt, Verkehr, Energie, Landwirtschaft, Raumplanung), den politischen Ebenen, Interessenverbänden und internationalen Organisationen.

Im Aktionsplan sind folgende Massnahmen zur Erreichung dieser Ziele vorgesehen:

- Information und Ausbildung aller Teile der Bevölkerung über umweltgerechte und gesunde Ernährung
- Ausbau der Kontakte zwischen Konsumentinnen und Konsumenten einerseits und Bauern und Bäuerinnen andererseits
- Umsetzung der Agrarreform
- Etablierung eines Kennzeichnungssystems (Labeling) und eines Systems zur Qualitätssicherung für landwirtschaftliche Produkte und deren Herstellung zur Erhöhung der

Produktstransparenz für Konsumentinnen und Konsumenten

- Information und Sensibilisierung der ganzen Bevölkerung für die durch die Mobilität erzeugten Sicherheits- und Gesundheitsprobleme
- Neuverteilung der Verkehrsfläche und Optimierung der Verkehrsführung zur Förderung des Fahrradverkehrs und der Fussgängerinnen und Fussgänger
- Schaffung von Anreizen zum Umsteigen im Pendler-, Einkaufs- und Freizeitverkehr auf öffentliche Verkehrsmittel und Fahrrad
- Schutz des Alpengebietes durch Reduktion des motorisierten Verkehrs
- Verminderung der Emissionen durch den motorisierten Verkehr
- Information und Sensibilisierung der Bevölkerung zum Thema Innenraumbelastungen
- Förderung von Tempo 30
- Verhinderung der Belästigungen durch Passivrauchen
- Steigerung der Attraktivität des Wohnumfeldes
- Aufwertung von Naherholungsgebieten und Grünanlagen im Siedlungsraum

Zur verstärkten Vernetzung der verschiedenen Politikbereiche finden regelmässige Treffen zwischen den betroffenen Bundesstellen und den Kantonen statt. Umsetzung und Zielerreichung des Aktionsplans werden evaluiert.

Ziel 11

GESÜNDER LEBEN

Bis zum Jahr 2015 sollten sich die Menschen in allen Gesellschaftsschichten für gesündere Lebensgewohnheiten entschieden haben.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

11.1 Das Gesundheitsbewusstsein sollte beispielsweise in bezug auf die Ernährung, körperliche Betätigung und Sexualität erheblich zunehmen.

11.2 Die Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit von und der Zugang zu hygienisch einwandfreien und gesunden Nahrungsmitteln sollten beträchtlich verbessert werden.

Gesünder leben

Auch in der Schweiz erlaubt ein gesunder Lebensstil, Wohlbefinden und Gesundheit zu erhalten, wenn nicht zu verbessern. Dies wirkt sich sowohl auf Risikofaktoren (Primärprävention von Erkrankungen) als auch auf die Förderung der Gesundheit aus. Viele gesundheitliche Beeinträchtigungen sind direkt oder indirekt vom persönlichen Verhalten abhängig, besonders gilt dies für Herz-Kreislauferkrankungen, gewisse Karzinome und viele degenerative Erkrankungen. Im folgenden wird vor allem auf gesunde Ernährung und Bewegung eingegangen. Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen werden unter Ziel 12 (Tabak-, Alkohol- und Drogenabhängigkeit) abgehandelt.

Problemlage

Ernährung

Wenn Nahrungsmittel in grosser Menge und Vielfalt vorhanden sind, wird die Qualität für die Konsumentinnen und Konsumenten entscheidender. In der Schweiz bestehen aber markante soziale Unterschiede hinsichtlich der Aufmerksamkeit, welche einzelne Bevölkerungsgruppen der Ernährung widmen. Dasselbe gilt für die Ernährungsgewohnheiten. Männer und Frauen interessieren sich mit steigendem Bildungsniveau mehr für

Ernährungsfragen. Bei den Männern mit obligatorischer Schulbildung geben 46% ein Interesse für Ernährungsthemen an. Dieser Prozentwert steigt auf 70% bei männlichen Personen mit höherer Schulbildung. Bei Frauen findet sich dieselbe Tendenz, doch achten sie im allgemeinen mehr auf die Ernährung als die Männer (69% der Frauen mit obligatorischer Schulbildung und 85% mit höheren Schulabschlüssen interessieren sich für ihre Ernährung). Dieselben Unterschiede finden sich hinsichtlich des Verzehr von Fleisch und Wurstwaren. Personen mit höherer Bildung essen weniger Fleisch. Die Männer mit geringer Schulbildung essen zu 35% täglich Fleisch gegenüber 26% der Männer mit hohem Bildungsniveau. Bei den Frauen betragen die entsprechenden Prozentwerte 19% und 10%. Dieselbe Tendenz besteht beim Verzehr von Fisch. Beim Konsum von Früchten zeigt sich kein Einfluss der Schulbildung.

Körperliche Aktivität

Regelmässige körperliche Aktivitäten schützen vor zahlreichen Erkrankungen: Herz-Kreislaufkrankheiten, Osteoporose, Übergewicht und Fettleibig-

keit sind die wichtigsten. Leider hat die körperliche Aktivität in unserer Gesellschaft abgenommen. Gründe dafür sind die Verlagerung von immer mehr Arbeitsplätzen in den tertiären Bereich (Büro/Angestelltenberufe), die Mechanisierung der Hausarbeit und der Transportmittel. Körperliche Inaktivität und nicht ausbalancierte Ernährung gehen mit Übergewicht und Fettleibigkeit einher.

Immerhin sind 71 Prozent der Schweizerinnen und Schweizer körperlich aktiv, indem sie während täglich mindestens 20 Minuten wandern oder Fahrrad fahren. Oder sie haben dreimal wöchentlich eine Körperbetätigung, bei der sie in Schweiß geraten, sei es beim Treiben von Sport oder bei der Ausübung von Haus-, Garten- und Berufsarbeit. Wenn die Häufigkeit der körperlichen Aktivitäten auch mit dem Alter sinkt, so bleibt sie für Personen von über 64 Jahren doch auf einem recht hohen Niveau. 66% sind weiterhin körperlich aktiv. Verglichen mit den 80% körperlich Aktiver 15- bis 24-Jährigen ist dies ein hoher Anteil.

Auch hinsichtlich der körperlichen Aktivität existieren zahlreiche soziale

Unterschiede. Männer treiben mehr Sport als Frauen, Personen mit Schweizer Nationalität sind körperlich aktiver als die ausländische Wohnbevölkerung. Dasselbe gilt für Personen mit höherer Schulbildung. Die Häufigkeit körperlicher Aktivität steigt mit dem Einkommen, Deutschschweizer betreiben mehr Sport als Romands und Tessiner. Weiterhin zeigt sich, dass Personen mit Normalgewicht oder weniger als Normalgewicht sich körperlich mehr betätigen, ebenso Personen mit niedrigem Alkoholkonsum und Nichtraucher. Körperlich Aktive sind im allgemeinen weniger von körperlichen Beeinträchtigungen betroffen und fühlen sich psychisch besser. Dies gilt für alle Altersklassen.

Ziele

Ernährung

- Bis zum Jahr 2008 kennen 90% der Schweizer Bevölkerung die wichtigsten Elemente einer gesunden und ausgewogenen Ernährung. Insbesondere achten sie auf einen der Aktivität angepassten Energieverbrauch, die Reduktion des Anteils fetthaltiger Nahrungsmittel am Gesamtverbrauch und eine verminderte Salzzufuhr.
- Bis zum Jahr 2008 nehmen 90% der Schweizer Bevölkerung täglich 3 – 5 Gemüse- und Fruchtportionen zu sich.
- Bis zum Jahr 2008 trinken 90% der Schweizerinnen und Schweizer täglich die Mindestmenge von 1,5 l Wasser (insbesondere auch ältere Menschen).
- Bis zum Jahr 2010 finden sich keine Unterschiede mehr zwischen sozialen Gruppen in der Zufuhr von Mineral- und Spurenelementen, und 95% der Bevölkerung liegen über der empfohlenen Mineralstoffzufuhr.
- Bis zum Jahr 2010 wird die Zahl älterer Menschen, die wegen Mangel- oder Fehlernährung hospitalisiert werden, auf die Hälfte reduziert.
- Bis zum Jahr 2010 wird in allen Kantinen und Institutionen eine Ernährung angeboten, welche den

obigen Kriterien entspricht.

Körperliche Aktivität

- Bis zum Jahr 2008 kennen 95% der Schweizer Bevölkerung die Vorteile regelmässiger körperlicher Aktivität.
- Bis zum Jahr 2010 haben 90% der 15 – 24-Jährigen und 75% der über 64-Jährigen genügend körperliche Aktivitäten in ihr Alltagsleben integriert.
- Bis zum Jahr 2010 verfügen 80% der Schweizer Gemeinden über niederschwellige Angebote, die besonders den körperlich inaktiven und den älteren Personen den Zugang zu regelmässiger körperlicher Tätigkeit oder zum Sport erleichtert.
- Bis zum Jahr 2010 werden in allen Sportanlagen die Grundlagen der Sicherheitsmassnahmen überprüft und es finden regelmässige, niederschwellige Veranstaltungen zu sachgemässer Sportpraxis statt.

Massnahmen

Ernährung

Die Sensibilisierung der Bevölkerung für ausgewogene Ernährungsgewohnheiten wird verstärkt, und zwar bereits im Vorschul- und im Schulalter. Informationskampagnen und Beratungen durch die verschiedenen Gesundheitsberufe weisen immer wieder auf gesunde Ernährung hin. Nationale Akteure wie die Gesundheitsförderung Schweiz, das Bundesamt für Gesundheit, die Krebsliga Schweiz oder die Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung nehmen ihre Rolle für die Koordination dieser Aktivitäten verstärkt wahr. Damit wird die Kohärenz der Informationen an die Bevölkerung noch erhöht. Fortlaufende Erhebungen von Indikatoren zum Ernährungsverhalten und zu Ernährungsgewohnheiten sollen durch ein nationales Gesundheitsobservatorium koordiniert und verbessert werden. Besondere Aufmerksamkeit ist dabei auf die sozialen Unterschiede des Ernährungsverhaltens zu richten. Diese können als Grundlage zur Entwicklung von Pro-

grammen dienen, die sich speziell und prioritär an bestimmte Zielgruppen richten.

Körperliche Aktivität

In allen soziodemografischen Gruppierungen muss die Ausübung körperlicher Aktivitäten in der Freizeit (Sport, Wandern) gefördert werden. Die Bevölkerung soll eine positive Haltung zur körperlichen Aktivität entwickeln. Das geschieht über den weiteren Ausbau öffentlicher Erholungs- und Sportstätten, die Ermutigung zu körperlichen Aktivitäten in der Schule und am Arbeitsplatz und der Öffnung der Sportstätten für die gesamte Bevölkerung. Wie im Bereich der Ernährung sollten die Aktivitäten auf nationaler, kantonaler und regionaler Ebene koordiniert werden. Die permanente Beobachtung der einschlägigen Indikatoren wird ebenfalls dazu dienen, die bestehenden oder in Entwicklung befindlichen Programme zu optimieren.

VERRINGERUNG DER DURCH ALKOHOL, DROGEN UND TABAK VERURSACHTEN SCHÄDEN

Bis zum Jahr 2015 sollten in allen Mitgliedstaaten die auf den Konsum von suchterzeugenden Substanzen wie Tabak, Alkohol und psychotropen Substanzen zurückzuführenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen signifikant reduziert werden.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 12.1** In allen Ländern sollte der Anteil der Nichtraucher mindestens 80% in der Altersgruppe über 15 Jahre und in der Altersgruppe unter 15 Jahre nahezu 100% betragen.
- 12.2** In allen Ländern sollte der Pro-Kopf-Alkoholkonsum nicht zunehmen bzw. 6 Liter pro Jahr nicht übersteigen und er sollte in der Altersgruppe unter 15 Jahre nahezu Null betragen.
- 12.3** In allen Ländern sollten der Konsum illegaler psychotroper Substanzen um mindestens 25% und die darauf zurückzuführenden Todesfälle um mindestens 50% zurückgehen.

Problemlage

Tabakabhängigkeit

Die Tabakabhängigkeit (der Tabakkonsum generell) ist ein zentrales Problem der öffentlichen Gesundheit in der Schweiz. Unser Land zählt zu den europäischen Ländern mit dem höchsten Zigarettenkonsum. Die Prävalenz des abhängigen Rauchens ist ausgesprochen hoch. 33% der Erwachsenenbevölkerung raucht regelmässig (38% der Männer und 27% der Frauen), was 1,7 Millionen Personen ausmacht. Seit einigen Jahren ist eine Verjüngung der Tabakkonsumierenden festzustellen: so hat die Hälfte der 11- bis 16-jährigen waadtländischen Schulkinder bereits geraucht und 8% unter ihnen rauchen bereits täglich.

Tabakkonsum

Tabakkonsum ist eindeutig Ursache einer Vielzahl von Erkrankungen: Herz-Kreislauf-Krankheiten, Lungenkrankheiten und zahlreiche Krebse, vor allem des Lungenkrebses. Tabakkonsum fördert auch zahlreiche andere Erkrankungen wie Lungenentzündung, Magengeschwüre, grauer Star, senile Makuladegeneration, Osteoporose, Frakturen der Wirbel und der Hüfte. Der Tabak ist schädlich für den Fötus und das Neugeborene einer rauchenden Mutter, da zahlreiche Giftstoffe die Plazentaschranke passieren. Tabakkonsum und -abhängigkeit erhöhen die Risiken für Fehlgeburten, intrauterine Wachstumsver-

zögerung sowie den plötzlichen Kindstod.

Insgesamt gesehen ist der Tabakkonsum verantwortlich für die Hälfte aller Krebstodesfälle und für 30% aller Sterbefälle an ischämischen Herzkrankheiten und Hirnschläge. Rauchende haben eine 50prozentige Wahrscheinlichkeit an einer tabakbedingten Krankheit zu sterben, wobei

der Tod zu 25% vor dem 70. Lebensjahr eintritt. Tabakkonsum reduziert die Lebenserwartung. Rauchende leben durchschnittlich 7,5 Jahre weniger lang als Nichtraucher. So sind 80% der Nichtraucher im Alter von 70 Jahren noch am Leben, während nur 60% der Rauchenden dieses Alter erreichen. Von den 64'000 Todesfällen des Jahres 1990 waren 15%, d.h. mehr als 10'000 dem

	Männer		Frauen			
	Gesamtzahl der Todesfälle	% tabakbedingt	Gesamtzahl der tabakbedingten Todesfälle	Gesamtzahl der Todesfälle	% tabakbedingt	Gesamtzahl der tabakbedingten Todesfälle
1 Lungenkarzinom	2'242	90,6	2'032	491	66,6	327
2 Andere Karzinome	1'691	58,7	992	1'078	25,5	275
3 Herz-Kreislauf-Krankheiten ohne Ischämische Herzkrankheiten	7'128	30,4	2'167	9'866	8,1	797
4 Ischämische Herzkrankheiten	5'657	27,5	1'558	4'569	10,5	479
5 Lungenentzündungen	1'180	33,3	392	1'708	14,3	245
6 Bronchitis	1'113	85,0	947	353	65,9	233
7 Andere	239	33,1	79	170	17,1	29
Total	19'250		8'167	18'235		2'385

Tabelle 1

Dem Tabak zurechenbare Mortalität (Diagnosestatistiken):

Tabakkonsum zuzurechnen. Darunter waren 8'000 Männer und 2'500 Frauen unter 65 Jahre. Der Begriff der „vorzeitig verlorenen Lebensjahre“ erlaubt es, den Einfluss der Tabakabhängigkeit in eine epidemiologische Perspektive zu setzen. Gleichzeitig wird die vorzeitige Mortalität sichtbar. Das Konzept erfasst das Total der vorzeitig verlorenen Lebensjahre und berechnet sich aus der Differenz zwischen Grenzalter (hier 65 Jahre) und Sterbealter. Vor dem 65. Lebensjahr gehen derart jährlich 21'000 Lebensjahre allein durch die Tabakabhängigkeit vorzeitig verloren.

Der Zigarettenrauch enthält mehrere tausend toxische Substanzen, von denen zahlreiche krebserregend sind (Benzopyrene und Nitrosamine). Der Tabak begünstigt die Entstehung von Herz-Kreislauferkrankungen durch eine beschleunigte Arteriosklerose, Trombosenentstehung, Sauerstoffmangel durch Kohlenmonoxid, Anstieg des HbCO₂-Levels, unerwartete Koronararterienspasmen und Bildung von Ventrikulärarrhythmien.

Mit Rauchen aufhören

Mit dem Rauchen aufzuhören, reduziert signifikant die Risiken der vorzeitigen Mortalität oder der sonstigen Erkrankungen, gleichgültig in welchem Alter aufgehört wird und ob bereits eine mit dem Tabakkonsum verbundene Krankheit vorliegt oder nicht. Jedoch ist der Gewinn um so grösser, je früher mit dem Rauchen aufgehört wird, und je geringer die Gesundheitsschädigungen sind. Folglich treffen die beiden Lebensweisheiten „Je früher desto besser“ und „Besser spät als gar nicht“ für den Ausstieg aus dem Tabakkonsum zu.

Die notwendige Zeit der Tabakabstinenz für Ex-Rauchende, um die Mortalitätsrate von Nichtrauchenden zu erreichen, variiert zwischen 15 bis 20 Jahren. Aber alle Untersuchungen zeigen, dass das Sterberisiko kontinuierlich mit der Abstinenzdauer sinkt. Bei denjenigen Rauchenden, die weniger als 20 Zigaretten pro Tag rauchen, verringert sich das Risiko schneller; sie erreichen das Risikoniveau von Nichtrauchenden in 10 bis 15

Jahren. Bei den stark Rauchenden (mehr als 20 Zigaretten pro Tag) verringert sich das Risiko deutlich langsamer, da sie selbst nach 15 Jahren Tabakabstinenz noch ein gegenüber Nichtrauchenden höheres Sterberisiko aufweisen. Hinsichtlich des Sterberisikos bedeutet das für einen Ex-Rauchenden (ehemaliger Konsum von mehr als 20 Zigaretten pro Tag) im Alter von 55 bis 59 Jahren, dass sein Risiko in den nächsten 15 Jahren von 46% auf 33% sinkt, wenn er mit dem Rauchen aufhört. Für einen Ex-Rauchenden von weniger als 50 Jahren reduziert sich das Risiko um die Hälfte. Der Gesundheitsgewinn durch die Tabakabstinenz und den Rauchausstieg zeigt sich in der Reduktion der drei wichtigsten Kategorien tabakbedingter Erkrankungen: Herz-Kreislauferkrankungen, Lungenkrebs und chronische Lungenkrankheiten. Tabakabstinenz ist wegen der körperlichen und psychischen Abhängigkeit, die durch das Nikotin entsteht, schwierig. Nikotin besitzt pharmakologische Charakteristika, die es als Droge kennzeichnen:

- Toleranz
- Entzugerscheinungen, Zunahme der Dosis
- Anhaltender Wunsch zu reduzieren oder zu beenden
- Hoher Zeitaufwand bei der Beschaffung
- Aufgabe oder Verminderung von Aktivitäten (sozial, beruflich, Freizeit)
- Fortsetzung trotz Kenntnis der Gesundheitsrisiken

Ziele

- Bis zum Jahr 2007 sind die Schweizer Schulen rauchfrei, und es rauchen weniger als 10% der 15 – 20-Jährigen.
- Bis zum Jahr 2005 sind alle Schweizer Spitäler rauchfrei und bieten für Kranke und Mitarbeitende Raucherentwöhnungskurse an.
- Bis zum Jahr 2007 hat sich der Zigarettenpreis verdoppelt und Werbung für Rauchfreiheit ist mindestens ebenso sichtbar wie die Tabakwerbung.
- Bis zum Jahr 2007 hat sich der Anteil der Alkoholabhängigen in

der Schweizer Bevölkerung von 5% auf 4% reduziert und derjenigen mit risikoreichem Konsum auf 15% (resp. 3% und 10% bis 2020).

- Die auf dem Viersäulenprinzip (Prävention, Repression, Behandlung und Rehabilitation) beruhende Drogenpolitik wird weitergeführt, und die niederschweligen Angebote für schwer Drogenabhängige sind bis zum Jahr 2007 in ein nationales Behandlungsnetzwerk integriert.
- Bis zum Jahr 2015 ist die Sterblichkeit auf Grund von Alkoholkonsum, Rauchen und illegaler Drogen um 50% reduziert.

Massnahmen

Die Nationalen Programme zur Bekämpfung des Tabak- und Alkoholmissbrauchs werden ausgebaut. Aus Public Health-Perspektive sind Strategien zur Verminderung schädlicher Konsumgewohnheiten notwendig. BAG und Gesundheitsförderung Schweiz führen in Zusammenarbeit mit nationalen und kantonalen Organisationen bereits begonnene Programme weiter und verstärken sie. Die Stimmung in der Öffentlichkeit fördert die gesunde Verhaltensweise.

Perspektiven in Richtung einer Sucht/Abhängigkeitsmedizin

Das Konzept der Abhängigkeit (Sucht) erlaubt es, alle Aspekte des Drogenkonsums (Tabak, Alkohol, illegale Drogen) abzudecken. Die Suchtmedizin umfasst in einem multidisziplinären Ansatz Kompetenzen aus den Bereichen der Neurowissenschaften, der Epidemiologie, der Prävention, der Notfallmedizin und der Psychiatrie. Das Feld der Neurowissenschaften ist besonders vielversprechend hinsichtlich des Verständnisses der Abhängigkeit auf der Ebene des menschlichen Gehirns. Hier darf man Hilfe für die Entwicklung neuer Medikamente zur Behandlung von Abhängigkeiten erwarten (im Stile von Acamprosat, einem Mittel, das den dringenden Wunsch nach Alkohol bei trockenen Alkoholikern senkt). Der klinische Zugang zu den Abhängigkeiten sollte die körperlichen, psychiatrischen, motivationsbedingten und kontextuellen Dimensionen der von

Tabak, Alkohol oder Drogen abhängigen Personen berücksichtigen. Die Weitläufigkeit des Feldes der Abhängigkeiten und die sehr grosse Heterogenität der betroffenen Population verpflichten zu einer Vielfalt des therapeutischen Angebotes für die unterschiedlichen Zielgruppen und Stufen der Behandlung. Eine derartige Koordination lässt sich nur innerhalb eines Netzverbundes aller Akteure eines Projektes gemeindenaher öffentlicher Gesundheit realisieren.

Rauchen

Die überwiegende Mehrheit der Rauchenden weiss um die Gesundheitschädlichkeit des Rauchens. In der Schweiz haben zwei Drittel der Rauchenden den mehr oder weniger ausgeprägten Wunsch, aus dem Tabakkonsum auszusteigen. Gut ein Drittel versucht dies pro Jahr, und 2 bis 3 Prozent schaffen es auch, was für die Schweiz mit 1 Million Raucher 20'000 bis 30'000 Rauchende ausmacht. Wenn auch 90% der Ex-Rauchenden erklären, sie hätten den Ausstieg aus dem Tabak ohne externe Hilfe versucht, so liegt die Erfolgsrate dieser spontanen Ausstiegsversuche zwischen 0,5 und 3%. In der Tat ist das Aufhören ein langer und schwieriger Prozess, bedingt durch die körperliche und psychische Nikotinabhängigkeit. Persönliche Beratung oder Gruppenberatung, bei Bedarf unterstützt durch medikamentöse Hilfe wie z. B. Nikotinsubstitution, haben sich zur Tabakentwöhnung als wirksam erwiesen. Raucherentwöhnung bei Patienten und Patientinnen sollte komplementär mittels bevölkerungsbezogenen Massnahmen ergriffen werden. Dazu zählen Preiserhöhungen für Zigaretten, Werbeverbote für Tabakprodukte und Gesundheitswarnungen auf den Zigarettenpackungen.

Alkoholabhängigkeit (Alkoholismus)

Die Schweiz gehört zu den Ländern mit sehr hohem Alkoholkonsum, dieser stellt ein zentrales Problem der öffentlichen Gesundheit dar. Das Wort „Alkoholismus“ ist in den vergangenen Jahren Gegenstand einer Begriffsklärung geworden, besonders

durch die Abgrenzung eines Alkoholabhängigkeits-Syndroms (vgl. oben für die Tabakabhängigkeit), das der sozialen Repräsentation des „Alkoholismus“ und etwa 5% der Bevölkerung entspricht. Alkoholabhängigkeit ist nicht mit Risikokonsum oder gesundheitsschädlichem Alkoholkonsum zu verwechseln. Dieser findet weitgehend unbeachtet von der Öffentlichkeit statt, betrifft aber etwa 20% der Bevölkerung. Riskanter Alkoholkonsum beginnt ab einem täglichen Verbrauch von mehr als zwei alkoholisierenden Standardgetränken (3 dl Bier, 1,5 dl Wein und 3cl Spirituosen).

Neuere epidemiologische Daten haben gezeigt, dass die Population mit alkoholbezogenen Problemen oder Alkoholabhängigkeit häufig (45%) eine zweite psychiatrische Diagnose primärer oder sekundärer Art aufweist. Ein besseres Verständnis dieser psychiatrischen Komorbidität wie Stimmungsschwankungen und Angststörungen bei Patienten mit Alkoholproblemen würde eine gezieltere Behandlung ermöglichen, besonders was den Einsatz von Psychopharmaka angeht.

Alkohol

Der Nachweis von Risikokonsum lässt sich leicht mit Hilfe standardisierter und validierter Tests wie dem AUDIT erbringen. Das Interesse derartiger Nachweise für die öffentliche Gesundheit ist offensichtlich, richten sie sich doch an jene Personen, welche noch keine irreversiblen körperlichen Schäden zeigen. Die therapeutischen Strategien sind dem Typ der Alkoholkonsumierenden anzupassen: Problemtrinkende und Alkoholmissbrauchende können von Kurzinterventionen profitieren, die auf eine Modifikation des Risikoverhaltens einwirken. Alkoholabhängige Personen hingegen benötigen eine spezialisierte Behandlung.

Eine der grössten Schwierigkeiten bei der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Alkoholproblemen besteht in der Verleugnung der Problematik. In den vergangenen Jahren ist ein neuer Behandlungsansatz ent-

wickelt worden, der einen besseren Zugang zu dieser Problematik erlaubt. Es handelt sich dabei um den „motivationalen Ansatz“, der es erlaubt, das Stadium der Veränderungsbereitschaft des Patienten einzuschätzen und die therapeutische Intervention darauf abzustellen.

Drogenabhängigkeit

Die Bevölkerungsgruppe mit einer Symptomatik von Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit ist heterogen. Diese Heterogenität betrifft sowohl die konsumierten psychoaktiven Substanzen als auch die mit dem Drogenkonsum assoziierten körperlichen, psychiatrischen und sozialen Komorbiditäten. Zwischen einem Cannabisrauchenden und einem Drogen spritzenden Polytoxikomanen, der auf der Gasse lebt, besteht ein weites Spektrum, in welches auch der zweckentfremdete und illegale Gebrauch legaler Arzneimittel einbezogen werden muss (z.B. die Injektion von Benzodiazepinen). Gegenwärtig erleben wir, wie eine Fülle von neuen Drogen (GHB, Thai-Pillen, Ecstasy-Derivate) auf den Markt kommt und wie sich die Konsumformen der klassischen Drogen verändern (z.B. Heroin rauchen und Kokain spritzen). Die Tendenz weist zu einem Anstieg der stimulierenden Drogen (Amphetamine und Kokain) auf Kosten sedierender Substanzen (vorwiegend Heroin). Sehr oft stehen wir vor der Situation des multiplen Substanzgebrauches oder der Polytoxikomanie, bei der 5 bis 6 Drogen gleichzeitig genommen werden. Dies geschieht überwiegend bei gleichzeitiger psychiatrischer Komorbidität (72% der Fälle) oder anderen somatischen Erkrankungen (HIV, Hepatitis). Die Anhäufung von Pathologien führt zu einer sozialen Ausgrenzung, die eine Rückkehr in das Netz gesundheitlicher und sozialer Einrichtungen sowie die Rehabilitation erschwert. Es ist daher gerechtfertigt, ein auf die Bedürfnisse dieser Sonderpopulation zugeschnittenes Behandlungsnetzwerk zu entwickeln, welches mit niederschweligen Angeboten (Risikoreduktion, Substitution) beginnt und langfristig die Abstinenz und soziale Wiedereingliederung avisiert.

SETTINGS ZUR FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT

Bis zum Jahr 2015 sollten die Menschen in der Region bessere Möglichkeiten haben, zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz und in ihrer Gemeinde in einem gesunden natürlichen und sozialen Umfeld zu leben.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 13.1 Sicherheit und Qualität des häuslichen Umfelds sollten durch eine Verbesserung der Fähigkeiten des Einzelnen und der Familie zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit erhöht werden; ferner sollten die vom häuslichen Umfeld ausgehenden Gesundheitsgefahren reduziert werden.**
- 13.2 Menschen mit Behinderungen sollten – in Übereinstimmung mit den United Nations Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities – wesentlich bessere gesundheitliche Voraussetzungen und Zugangsmöglichkeiten zum häuslichen, beruflichen, öffentlichen und gesellschaftlichen Leben geboten werden.**
- 13.3 Unfälle im Haus und bei der Arbeit sollten auf das in Ziel 10 angegebene Niveau reduziert werden.**
- 13.4 Mindestens 50% aller Kinder sollte die Möglichkeit geboten werden, einen gesundheitsfördernden Kindergarten zu besuchen, und 95% sollte es möglich sein, eine gesundheitsfördernde Schule zu besuchen.**
- 13.5 Mindestens 50% aller Städte, städtischen Ballungsgebiete und Gemeinden sollten sich aktiv an einem Netzwerk gesunder Städte bzw. Gemeinden beteiligen.**
- 13.6 Mindestens 10% aller mittleren und grossen Unternehmen sollten sich zur Umsetzung der Prinzipien eines gesunden Unternehmens/Betriebs verpflichten.**

Problemlage

Unter Lebenswelt oder Setting werden auch in der Schweiz Orte verstanden, wo Menschen leben, arbeiten, spielen, lernen, einander zur Seite stehen und sich lieben. Lebenswelten können Organisationen oder bewusst koordinierte, soziale Einheiten mit klar abgrenzbaren Zugehörigkeiten und Regeln sein. Erreichen Informationen zur Gesundheitsförderung vor allem Personen, welche bereits für Gesundheitsfragen sensibilisiert sind. In ungünstig strukturierten Lebenswelten haben jedoch Anliegen der Prävention keine Priorität. In einem solchen Umfeld machen spezifische Gesundheitsbotschaften wenig Sinn. Vielmehr muss mit Massnahmen der allgemeinen Gesundheitsförderung in verschiedenen Lebenswelten die Basis geschaffen werden, damit Menschen spezifische Botschaften überhaupt als wichtig wahrnehmen können: Die Erfahrung zeigt, dass die erfolgversprechendste Art, Menschen, Gruppen und Gemeinschaften zu einem für die Gesundheit günstigen Lebensstil zu veranlassen, darin besteht, sie zu unterstützen, selbstbestimmt zu handeln.

Wohnumfeld

Das Wohnumfeld ist der Ort, wo Menschen in Gemeinschaft oder allein den grössten Teil ihrer Zeit ver-

bringen und auch individuelle Lebensstile praktizieren.

In der Schweiz sind Siedlungen und Wohnquartiere unterschiedlich ausgestaltet und von Immissionen belastet: Gefährliche Strassen und enge Wohnverhältnisse mit wenig Grün- und Spielflächen kennzeichnen benachteiligte Quartiere. In einem solchen Umfeld sind spontane soziale Kontakte erschwert, was sich nachteilig auf die Integration verschiedener Bevölkerungsgruppen auswirkt. Die Bewegungsfreiheit von kleinen Kindern, aber auch von Betagten ist eingeschränkt. Derartige Wohnverhältnisse sind der Entwicklung eines Zugehörigkeitsgefühls abträglich und fördern Anonymität und Isolation. Gemeinden und Städte spielen mit ihren politischen und behördlichen Verantwortungsträgern in verschiedenen Sektoren eine wichtige Rolle für Gesundheit, Umwelt und Lebensqualität in den Quartieren.

Familie

Ein wichtiges Setting stellt die ‚Familie‘ in ihren unterschiedlichsten Strukturen dar. Familien oder familienähnliche Gemeinschaften bilden die Basisstruktur für die Gesellschaft und können die Ressourcen ihrer Mitglieder in allen Altersstufen durch die Vermittlung von Geborgenheit stärken. Forschungsergebnisse zeigen zudem, welche zentrale Bedeutung dem Frühbereich (Schwangerschaft, Geburt und Kleinkindperiode bis zum Kindergartenereintritt) für die weitere Entwicklung zukommt. Sich auf die Bedürfnisse von Säuglingen oder Kleinkindern einzustellen, ist für Mütter und Väter mit hohen Anforderungen verbunden, welche jedoch in der heutigen Gesellschaft wenig Anerkennung und Unterstützung finden.

Kindergärten und Schulen sind Orte des Lernens in einer pädagogisch

strukturierten Gemeinschaft. Auf der untersten Stufe geht es vor allem um das Erlernen sozialer Fähigkeiten in einer Gruppe, später steht der Erwerb von Sachwissen im Vordergrund. Kinder bringen aus ihrem ausserschulischen Umfeld ein breites Spektrum sowohl an Entwicklungsmöglichkeiten als auch an vorbestehenden Belastungen mit. Die Lehrpersonen stehen im Spannungsfeld zwischen den Zielsetzungen ihrer Schulstufe, den Bedürfnissen der Kinder, den Erwartungen von Eltern und Gesellschaft und ihren persönlichen Fähigkeiten und Kräften. Dem zunehmenden Spardruck, der sich z.B. auf Klassen grössse und Stundentafel auswirkt, stehen die Wahrnehmung und Umsetzung der verschiedenen Anforderungen entgegen. Austausch und Zusammenarbeit mit den Eltern ist nicht immer im wünschenswerten Ausmass möglich, da v.a. benachteiligten Eltern nebst der Erwerbstätigkeit die notwendige Zeit für Elternmitarbeit fehlt.

Einen grossen Teil ihres Lebens verbringen Menschen in Ausübung ihrer Erwerbsarbeit. Das Berufsleben ist einer der wichtigsten sinnstiftenden Lebensbereiche. In der Lehre, am Arbeitsplatz können psychische und körperliche Belastungen auftreten, welche die Gesundheit beeinträchtigen. Psychische Belastungen entstehen v.a. durch zwischenmenschliche Probleme wie mangelnde Anerkennung der geleisteten Arbeit, Mobbing, Kommunikationsmängel, aber auch durch monotone, sinnentleerte Arbeiten mit wenig Gestaltungsmöglichkeiten sowie durch Angst vor Arbeitsplatzverlust. Zu den physischen Risiken gehören Unfallgefahren, Lärmbelastung, Belastung durch gefährliche Chemikalien sowie auch Belastungen durch langes Sitzen oder schwere Lasten.

Ziele

Oberziel:

Verschiedene Settings sind derart gestaltet oder gestaltbar, dass Menschen sich darin wohl und in ihrer Eigenart akzeptiert fühlen. Solche

Settings bilden die Basis dafür, dass spezifische Gesundheitsbotschaften wahr- und ernstgenommen und entsprechende Massnahmen umgesetzt werden können.

Teilziele:

Allen Bevölkerungsgruppen stehen Wohnverhältnisse im Quartier, in der Gemeinde bzw. in der Stadt zur Verfügung, welche Bewegungsfreiheit erlauben und vielfältige Kontakte zwischen den Anwohnern ermöglichen. Die Immissionen durch Lärm und Schadstoffe liegen unter einem gesundheitsgefährdenden Ausmass. Bis zum Jahr 2010 wird in allen Städten unseres Landes der Grenzwert der Luftreinhalte eingehalten, und weniger als 10% der Bevölkerung ist zu Hause Lärmbelastungen über dem Immissionsgrenzwert für Wohnzonen (60 dBp) ausgesetzt. In Gemeinden und Städten erleichtern Einrichtungen auch im öffentlichen Verkehr, auf Strassen und Plätzen und in Gebäuden Behinderten den Zugang zum gesellschaftlichen und sozialen Leben.

Familien in ihren unterschiedlichen Formen werden als wichtige Basis für die gesellschaftliche Entwicklung wahrgenommen und mit entsprechenden sozialen und ökonomischen Massnahmen gefördert (siehe Ziel 3). Die Strukturen der Schulen auf allen Stufen sind so ausgestaltet, dass die drei Bereiche soziales und fachspezifisches Lernen in der Klasse sowie individuelle Förderung einzelner Schülerinnen und Schüler gleichermaßen wahrgenommen werden können. Das Netzwerk „Gesunde Schule“ umfasst bis zum Jahr 2010 50% aller Schulen in der Schweiz.

Alle Betriebe anerkennen die Bedeutung von gesundheitsfördernden Massnahmen im Bereich seelische und körperliche Gesundheit an allen Arbeitsplätzen und setzen sich auf allen Ebenen dafür ein. Die Risiken von Unfällen und Berufskrankheiten werden minimiert (siehe Ziel 9), 10% aller Grossunternehmen haben bis zum Jahr 2010 und 20% bis zum Jahr 2015 eine gesundheitsfördernde Firmenpolitik.

Massnahmen

Allgemeine Vorbemerkungen

Die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, die Rio Deklaration zur nachhaltigen Entwicklung, die Jakarta-Resolution, der nationale Aktionsplan Umwelt und Gesundheit und verschiedene Gesetze liefern die Grundlagen für die zu treffenden Massnahmen. Die Programme, welche von der WHO, vom BAG, von der Gesundheitsförderung Schweiz, von der BfU und von der SUVA sowie weiteren Institutionen getragen werden, weisen auf den sich durchsetzenden, umfassenden Setting-Ansatz hin. Netzwerke wie „Gesundheitsfördernde Städte“, „Gesundheitsfördernde Schulen“, „Gesundheitsfördernde Spitäler“, „Gesundheitsfördernde Betriebe“ und andere erleichtern die Umsetzung entsprechender Massnahmen durch gegenseitige Unterstützung und Erfahrungsaustausch zwischen verschiedenen Disziplinen, auch ausserhalb des Gesundheitssektors. Bevölkerung und Meinungsbildner müssen dafür sensibilisiert werden, daß die Gesundheit massgeblich von den Verhältnissen in verschiedenen Settings abhängt und nicht nur vom individuellen Verhalten. Massnahmen zur Gesundheitsförderung müssen gemeinsam mit den Personen in den Settings, bei Respektierung ihrer Bedürfnisse und Möglichkeiten, geplant und umgesetzt werden. Dadurch werden ihre Kenntnisse und Fähigkeiten, welche ihnen die Wahl eines gesundheitsfördernden Lebensstils erleichtern, gefördert. Sämtliche Massnahmen im Bereich (Sozial-)Politik, Ökonomie, Umwelt und Erziehung sowie auch der Verzicht darauf sollen auf ihren Einfluss auf die Gesundheit evaluiert werden.

Spezifische Massnahmen

Zur Verbesserung der Wohnverhältnisse aller Bevölkerungsgruppen sind die längstens fälligen Massnahmenpläne zur Luftreinhalte bei allen Kantonen und Gemeinden einzufordern. Die neu erstellten oder revidierten Zonenpläne der Gemeinden müssen für alle Altersgruppen ausreichende und gefahrlose Begegnungs-, Bewegungs- und Rückzugsmöglich-

keiten in Innen- und Aussenräumen nachweisen.

Im Bereich Familien ist die ökonomische Absicherung über eine Mutterschaftsversicherung zu gewährleisten. Eltern soll ein unbürokratischer, niederschwelliger Zugang zu kompetenter Begleitung, Unterstützung, Entlastung und Information ermöglicht werden. Entsprechende Wohnmöglichkeiten sollen auch das Zusammenleben verschiedener Generationen ermöglichen und pflegende Angehörige entlasten.

Im Schulbereich aller Stufen wird die Bedeutung einer umfassenden Erziehung und Bildung, in deren Verantwortung sich Elternhaus und Schule teilen, allgemein anerkannt. Um die Ziele einer umfassenden gesundheitsfördernden Schule zu erreichen, wird die Klassengrösse auf 20 Kinder beschränkt. Der Turnunterricht umfasst in allen Kantonen und allen Schulen inklusive Berufsschulen drei Lektionen pro Woche. Für die Elternmitarbeit richten sowohl die Schulen wie die Eltern bzw. deren Arbeitgeber die nötigen Zeitgefässe ein.

Betriebe werden darin unterstützt, eine Unternehmenskultur in Gesundheitsbelangen zu entwickeln, welche sich auf eine hierarchisch gemischte Gruppe abstützt und Massnahmen in diesem Bereich als wichtige Ressourcenbildung für das längerfristige Gedeihen eines Betriebes anzuerkennen. Diese Massnahmen orientieren sich an den Bedürfnissen der Mitarbeitenden und werden von ihnen mitgestaltet. Betriebe investieren in die Weiterbildung ihrer Mitarbeitenden. Mittels geeigneten Massnahmen im Bereich Arbeitssicherheit, Arbeitsplatzgestaltung und optimaler Ausbildung werden die Risiken von Unfällen und Berufskrankheiten minimiert.

MULTISEKTORALE VERANTWORTUNG FÜR DIE GESUNDHEIT

Bis zum Jahr 2020 sollten alle Sektoren ihre Verantwortung für gesundheitliche Belange anerkennen und akzeptieren.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

14.1 Entscheidungsträger in allen Sektoren sollten bedenken, welchen Nutzen Gesundheitsinvestitionen in ihrem jeweiligen Sektor erbringen können, und ihre Politik und diesbezügliche Massnahmen dementsprechend ausrichten.

14.2 Die Mitgliedstaaten sollten Mechanismen zur Prüfung der Gesundheitsverträglichkeit schaffen und sicherstellen, dass alle Sektoren für die gesundheitlichen Auswirkungen ihrer Konzepte und Massnahmen rechenschaftspflichtig sind.

Problemlage

Alle Bereiche der Politik eines Landes, z.B. Umwelt-, Verkehrs-, Energie-, Tourismus- und Landwirtschaftspolitik, haben Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. In der Schweiz ist man sich dessen mehr und mehr bewusst und der Begriff „Gesundheit“ wird in den verschiedenen politischen und wirtschaftlichen Bereichen berücksichtigt. Zunächst wurden vor allem die Massnahmen des Gesundheitsschutzes umgesetzt: so wurden in verschiedenen Gesetzgebungen und Verordnungen Grenzwerte festgelegt (z. B. Lebensmittel, Energie, Bau, Lärmschutz).

Eine umfassende Gesamtsicht, die ausser dem Gesundheitsschutz auch die Gesundheitsförderung berücksichtigt, fehlt jedoch noch. Wir denken hier an eine Globalpolitik, die eine Überwachung der gesundheitlichen Auswirkungen staatlichen Handelns sicherstellt.

Der Begriff "Gesundheit"

Die umfassende Definition der WHO ("Zustand des völligen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens") weckt unter Umständen unrealistische Erwartungen, da das Gesundheitspotenzial von Individuum zu Individuum sehr unterschiedlich ist. Die Gesundheit als subjektiver Zustand des Wohlbefindens ist sowohl abhängig von der individuellen angemessenen Lebensweise als auch von einer verträglichen Umwelt. Sie sollte nicht nur im Gesundheits-

wesen ein Kernpunkt des Interesses sein, sondern in allen gesellschaftlichen Segmenten.

Föderalismus

Da eine nationale Gesundheitspolitik vorläufig fehlt, fällt es den Kantonen zu, den intersektoriellen Zugang zur Gesundheit zu fördern. Dies geschah bisher in sehr unterschiedlichem Masse; immerhin wurden in einigen Kantonen, etwa im Tessin, einzelne Schritte zum Beispiel in Form einer „Gesundheitsverträglichkeitsprüfung“ für bestimmte Gesetzesvorlagen unternommen.

Ein besonderes Problem sind die unvollständigen **Informationen und Statistiken**. So fehlen sowohl ein Gesamtüberblick über den Gesundheitszustand der Bevölkerung als auch interkantonale und internationale Vergleiche. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium von Bund und Kantonen wird im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik gegenwärtig umgesetzt. Es sollte die Probleme der Informationsbeschaffung lösen helfen. Die Partner ausserhalb des Gesundheitssektors werden erst dann davon überzeugt werden können, wenn sie die posi-

ven Auswirkungen ihrer Investitionen auf die Gesundheit messen können (Vorteile auf den Ebenen Individuum, Unternehmen und Gesellschaft).

Ziele

- Bis zum Jahr 2010 haben der Bund und die Kantone ein Instrument für eine gemeinsame, gesundheitsförderliche Gesamtpolitik entwickelt.
- Bis zum Jahr 2005 sind die ersten Resultate eines schweizerischen Gesundheitsobservatoriums publiziert und die Basis für dessen weiteren Ausbau geschaffen.
- Bis zum Jahr 2020 ist die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung von Gesetzesvorlagen bei Bund und Kantonen zur Regel geworden.

Massnahmen und Strategien

Umwelt und Gesundheit

Basierend auf dem Aktionsplan „Umwelt und Gesundheit für Europa“ wurde in der Schweiz der Aktionsplan „Umwelt und Gesundheit (APUG)“ durch eine Arbeitsgruppe, in welcher Bund, Kantone,

Gemeinden und NGOs vertreten waren, erarbeitet. Im Sinne der Prioritätensetzung und möglichst grosser Synergieeffekte mit andern Tätigkeitsfeldern beschränkt sich der Aktionsplan auf folgende Themenbereiche: Natur und Wohlbefinden, Mobilität und Wohlbefinden, Wohnen und Wohlbefinden.

Auf Bundesebene postuliert der Aktionsplan als wichtigen Grundsatz die Vernetzung zwischen den Ämtern. Gesundheitsfragen wurden somit in andere Politikbereiche getragen, die dann auf diese Probleme sensibilisiert werden können. (Detail siehe Ziel 10)

Verkehr und Gesundheit

Das eidgenössische Departement für Umwelt, Verkehr, Energie und Kommunikation (UVEK) hat eine integrierte Strategie zur Förderung einer nachhaltigen und kohärenten Entwicklung erarbeitet. Sie umfasst die drei Schlüsselfaktoren ökologische, wirtschaftliche und soziale Nachhaltigkeit und strebt dabei eine intersektorale Auseinandersetzung mit den Problemen an.

In der Verkehrspolitik setzt sich das UVEK zum Ziel, eine nachhaltige Mobilität zu garantieren. Dies bedeutet,

- dass die erforderliche Mobilität möglichst umweltverträglich bewältigt wird und dass durch die Internalisierung der externen Kosten die Mobilität nicht zulasten der Umwelt unbeschränkt zunimmt. Ziel ist, dass die einzelnen Verkehrsträger sowohl ihre betriebswirtschaftlichen wie ihre externen Kosten selber tragen;
- dass die negativen Auswirkungen auf Luft, Klima und Umwelt reduziert werden, z. B. durch die Förderung des kombinierten, nicht begleiteten Verkehrs oder durch die Erhebung von Strassengebühren in den Städten (road pricing);
- dass die Mobilitätsbedürfnisse volkswirtschaftlich möglichst effizient befriedigt werden und damit die finanziellen Kosten für den Staat tragbar bleiben;
- dass alle Bevölkerungsgruppen und Landesteile einen leichten Zugang zur Mobilität haben.

Energie und Gesundheit

Mit der Aufnahme des Energieartikels in die Bundesverfassung im Jahre 1990 wurde ein Zeichen für die Reform der schweizerischen Energie- und Umweltpolitik gesetzt: es geht darum, von einer Politik der Gebote und Verbote zu einer Politik überzugehen, die auf Kooperation und Subsidiarität beruht. Dies äussert sich konkret im "Aktionsprogramm Energie 2000". Die Kooperation mit der Wirtschaft hat sowohl Effizienz als auch Umweltverträglichkeit zum Ziel. Die Revision des Umweltschutzgesetzes von 1995 fügt sich in diese Zielsetzung ein.

Die energetische Rentabilität der schweizerischen Industrie nahm von 1980 bis 2000 um 22% zu. Das Gesetz vom Mai 2000, das dem CO₂-Ausstoss den Kampf ansagt, also dem Treibhauseffekt und der Klimaerwärmung entgegen wirkt, fügt sich in die vielfältigen Massnahmen ein, die einen umweltschonenden Energieverbrauch zum Ziel haben.

Schliesslich ist die aktuelle Liberalisierung des schweizerischen Elektrizitätsmarktes rechtlich mit der Einführung von ökologischen Steuern verbunden, welche die Besteuerung der nicht erneuerbaren Energien (Kernenergie, Kohle, Gas, Erdölprodukte) zu Gunsten der Sonnenenergien beinhalten. Im weiteren sollten heiztechnische Gebäudesanierungen finanziert und Umweltbelastungen durch Industrie und Haushalte reduziert werden.

Landwirtschaft und Gesundheit

Biologischer Landbau

Biologischer Landbau führt zu einem respektvolleren Umgang mit der Umwelt und könnte direkte und indirekte positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung haben (siehe auch Ziel 10). Die Schweiz benützt - durch das Bundesamt für Landwirtschaft (BLW) - zwei Strategien:

- Direkte Subventionen, um eine ökologische, nachhaltige und umweltbewusste Landwirtschaft zu fördern.
- Gesetzlicher Schutz des Konsumenten und der Landwirte durch eine Verordnung über den Begriff „Bio“ als gemeinsamem Instrument zwischen Landwirtschaftsgesetz (Bun-

desamt für Landwirtschaft) und Lebensmittelgesetz (Bundesamt für Gesundheit).

Lebensmittelhygiene und Qualität der Tierzucht

Die Verwendung von Wachstumshormonen in der Tierzucht war in der Schweiz nie erlaubt. Wachstumsfördernde Antibiotika sind in der Schweiz seit dem 1. Januar 1999 verboten. Diese Massnahme wurde vorsichtshalber getroffen, um eine mögliche Propagierung der bakteriellen Antibiotikaresistenz durch gewisse Lebensmittel zu verhindern.

Zur Zeit stellt die Antibiotikaresistenz in der Schweiz kein wirkliches Problem der Lebensmittelhygiene dar; es bestehen aber noch zahlreiche Lücken in der Überwachung und Forschung auf diesem Gebiet. Auf Grund dieser Feststellung wurde ein nationales Forschungsprogramm mit folgenden Zielsetzungen lanciert:

Rasche Verschaffung eines Überblicks über die Resistenz in allen betroffenen Sektoren (Mensch - und Tierpopulationen, Landwirtschaft, Lebensmittel, Umwelt) sowie Beitrag zum Aufbau eines ständigen Systems zur dynamischen Überwachung der Resistenz.

Abklärung des Umfangs der Mobilität von resistenten Bakterien und von Resistenzgenen, insbesondere in der Übertragungskette Tier – Lebensmittel – Mensch.

Anregung von Molekular-Studien über die Bakterienresistenz, um die Entwicklung von neuen Antibiotikamolekülen zu fördern.

Die Resultate der Forschungsarbeiten im Rahmen dieses NFP werden sich auf folgende Bereiche auswirken: Gesundheitswesen, Agronomie, Lebensmitteltechnologie, Grundlagenforschung im Bereich Bakterien, Pharmaindustrie und Wirtschaft.

Tourismus und Gesundheit

In Bezug auf die nachhaltige Entwicklung sind in der Schweiz die Einflüsse des Tourismus auf die Umwelt lückenhaft analysiert und erfasst. Man beschäftigt sich vor allem damit, die schädlichen Auswirkungen der menschlichen Aktivitäten auf Natur und Landschaft zu begrenzen. In diesem Sinn definiert der "Bericht über die Bundestourismuspolitik", der 1996 vom Bundesrat zur Kenntnis genom-

men wurde, einen Aktionsplan zur Förderung einer nachhaltigen Entwicklung des Tourismus. In Bezug auf die Gesundheitsförderung zeigt z.B. der Wellness-Tourismus Schnittstellen auf.

Wohnen und Gesundheit

Im Bereich Wohnen und Gesundheit gibt es auf Bundesebene keine einheitliche Strategie. Das Bundesamt für Wohnungswesen hat jedoch in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit, dem SIA, der ETH Lausanne und anderen Bundesämtern kürzlich eine CD-ROM zum Thema Nachhaltigkeit und Wohnen veröffentlicht. Die wichtigsten Dimensionen sind die Umwelt, die Wirtschaft und die Gesellschaft.

Soziale Sicherheit und Gesundheit

Das Wirtschaftswachstum, das die Fünfziger- bis Achtzigerjahre prägte, brachte der Schweizer Bevölkerung zweifellos einen gewissen Wohlstand. Parallel dazu erlaubte die Entwicklung eines grosszügigen Sozialstaates, die soziale Ausgrenzung zu bekämpfen und das Niveau der Armut und des Leidens zu senken. Die mit der Globalisierung der Wirtschaftsmärkte zusammenhängende Krise der Neunzigerjahre hat jedoch eine soziale Krise ausgelöst, die die Sozialversicherungen nur schwerlich ausgleichen konnten.

Ein steigender Wettbewerbsdruck und die Zunahme der älteren Bevölkerung werden die finanziellen Bedürfnisse der Sozialversicherungen voraussichtlich weiterwachsen lassen. Die sozialverträgliche Wachstumspolitik der letzten Jahre kann die schädlichen Wirkungen des Wettbewerbs teilweise kompensieren, gegenüber dem ein Teil der Bevölkerung hilflos zu sein scheint. Trotz der gesprochenen Ausgaben zu Gunsten der sozialen Sicherheit ist jedoch die Integration der verschiedenen Bevölkerungsgruppen nicht mehr gewährleistet.

Ausserdem lässt die Trägheit des politischen Systems nicht immer eine wirksame und zugleich nützliche Korrektur der sozialen Sicherheitsmassnahmen zu, die manchmal zu large und manchmal zu einschränkend sind. Die soziale Sicherheit hat einen grossen Einfluss auf die Gesundheit einer Bevölkerung. Deshalb stehen die sozialen Determinanten der

Gesundheit mehr und mehr im Zentrum des Interesses, selbst wenn die Forschung auf diesem Gebiet bis heute nur rudimentär ist.

Unter der Ägide der Bundesämter für Sozialversicherungen (BSV) und für Statistik (BFS) wurde ein Nationales Forschungsprogramm (NFP 45) mit dem Ziel lanciert, die interdisziplinäre Forschung auf diesem Gebiet zu intensivieren. Die vier Forschungsschwerpunkte sind:

1. Grundlagen und neue Orientierungen in der sozialen Sicherheit
2. Behinderte Menschen und Sozialpolitik
3. Erwerbslosigkeit und Sozialpolitik
4. Das Gesundheitssystem

Damit wird ein Beitrag an das oben erwähnte Projekt "Gesundheitsobservatorium" geleistet. Beim Punkt 4 geht es darum, die Entwicklung des Gesundheitssystems zu analysieren, um festzustellen, in welchem Mass sie zur Realisierung der Ziele des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) beiträgt: Solidarität, Senkung der Kosten und Zugang aller Einwohner zu qualitativ hochstehenden medizinischen Leistungen.

Evaluation und politische Programme

Da der Gesundheitszustand einer Bevölkerung durch allgemeine politische und wirtschaftliche Gegebenheiten mehr beeinflusst wird als durch gesundheitspolitische Massnahmen, wird es unumgänglich, die Beziehung zwischen Politik und Gesundheit zu quantifizieren. Der Mangel an erprobten Technologien auf diesem Gebiet erfordert Konzepte und die Lancierung von Pilotprojekten.

Die "Verona-Initiative" der WHO, die genau dies zum Thema hat, zählt auch auf die Mitarbeit eines Teils der Schweiz, nämlich des Kantons Tessin, der seit dem Jahr 2000 in dieser Richtung Reflexionen anstellt.

Mögliche weitere Massnahmen

Beim Planen staatlichen Handelns sollten die Auswirkungen auf die Gesundheit abgeschätzt werden; für gesundheitliche Konsequenzen ihrer politischen Entscheide oder Programme sollten alle Bereiche verantwortlich sein. Auch die Privatwirtschaft trägt ihren Anteil an Verantwortung

für die Gesundheit und sollte Ausgaben dafür als Investitionen betrachten.

Die staatlichen Stellen müssten die Dimension "Gesundheit" in alle ihre gesetzgeberischen Aktivitäten einbeziehen und eine Überwachung der Auswirkungen ihrer Massnahmen auf die Gesundheit (Bildung, Kultur, Verteidigung, Wirtschaft, Tourismus, Energie, soziale Sicherheit usw.) einplanen.

Damit die Wirkungen einer Politik auf die Gesundheit gemessen werden können, braucht es ein Modell, das die Multikausalität veranschaulicht. So liesse sich die Wirkung eines politischen Entscheids auf die wichtigen Lebensressourcen (Arbeit, Einkommen, Ernährung, Wohnen, Umwelt, soziale Integration, soziale Sicherheit) und den Bezug zwischen den Alltagsressourcen und der Gesundheit analysieren. Zu diesem Zweck sollten die Grundlagen für eine volkswirtschaftliche „Gesamtrechnung Gesundheit“ erarbeitet werden.

Neben normativen Steuerungselementen spielt für die Erreichung der strategischen Ziele die Art und Weise der Finanzierung (kollektiv/individuell) notwendiger Massnahmen eine entscheidende Rolle. Soweit möglich sind Finanzierungsmodelle anzustreben, die gleichzeitig wirksame Anreize zur schonenden und effizienten Verwendung von Ressourcen und zu einer optimalen Zielerreichung vermitteln.

Eine Strategie auf zwei Schienen drängt sich also auf: Einerseits müssen die politischen und wirtschaftlichen Entscheidungsträger von der Bevölkerung und den Interessengruppen für gesundheitliche Anliegen überzeugt werden, andererseits braucht es gesetzliche Grundlagen, die diese Entwicklung unterstützen.

Angesichts der zahlreichen Aktivitäten und der Aufsplitterung der Verantwortlichkeiten scheint es naheliegend, dass eine verstärkte gemeinsame Orientierung angestrebt wird. Das Projekt Nationale Gesundheitspolitik soll eine Wirkung in diese Richtung entfalten.

Auch auf Bundesebene wäre die gemeinsame Fokussierung auf die Gesundheit mit einer geeigneten Plattform (z.B. interdepartementale Arbeitsgruppe) ein wichtiger Schritt.

EIN INTEGRIERTER GESUNDHEITSSEKTOR

Bis zum Jahr 2010 sollten die Menschen in der Region einen wesentlich besseren Zugang zu einer familienorientierten und gemeindenahen primären Gesundheitsversorgung haben, unterstützt durch ein flexibles und reaktionsschnelles Krankenhaussystem.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

15.1 Mindestens 90% aller Länder sollten über umfassende primäre Gesundheitsversorgungsdienste verfügen und durch effiziente und kostengünstige Systeme zur Überweisung von Patienten an spezialisierte und Krankenhausdienste mit entsprechendem Feedback die Kontinuität der Versorgung sicherstellen.

15.2 In mindestens 90% aller Länder sollten Hausärzte und Pflegekräfte den Kern dieses integrierten primären Gesundheitsversorgungssystems bilden, das auf dem Einsatz multidisziplinärer Teams aus dem Gesundheits- und Sozialwesen sowie aus anderen Sektoren basiert und auch die örtliche Bevölkerung mit einbindet.

15.3 Mindestens 90% aller Länder sollten ein Gesundheitswesen haben, das eine Beteiligung des einzelnen sicherstellt, und Menschen, die andere im häuslichen Umfeld gesundheitlich versorgen, anerkennen und unterstützen.

Problemlage

Die steigenden Gesundheitskosten haben in der Schweiz ein zunehmendes Interesse an alternativen Organisationen des Gesundheitswesens in Form von Gesundheitsnetzwerken hervorgerufen. Solche Netzwerke haben das Potenzial, Zahl und Qualität der Leistungserbringer in Grenzen zu halten. Angesichts des Überangebotes sind vor allem die Verwalter des Gesundheitswesens und die Kostenträger daran interessiert. Häufig wird die Qualitätssteigerung der Behandlungen, für die Einrichtung solcher Netze, als Argument benutzt. Dabei darf allerdings nicht vergessen werden, dass vor der Kostenexplosion im Gesundheitswesen und der ökonomischen Rezession der Neunziger Jahre die Qualität nicht unbedingt zu den Hauptsorgen der verantwortlichen Organisation und der Finanzierer der Leistungserbringung gehörten. Sie haben kaum Energie in eine kritische Betrachtung der Behandlungspraxis investiert. Auch fehlt der Schweiz Forschung über den Zusammenhang zwischen Behandlungsqualität sowie der Art und Weise der Verteilung. Dies zeigt sich auch in der Schwäche des schweizerischen Gesundheitsinformationssystems, in welchem Indikatoren für die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens praktisch fehlen. Integrierte Gesundheitsdienste und Qualität sind aber eine wichtige Voraussetzung für die Behandlungsqualität, insbesondere

in einem Land wie die Schweiz, wo die Lebenserwartung zunimmt und die demographische Alterung der Bevölkerung dazu führt, dass chronische Krankheiten die öffentliche Gesundheit dominieren. Chronische Krankheiten verlangen eine Behandlungskontinuität, welche durch den Familienarzt oder die Familienärztin gesichert werden kann. Einerseits als Verbindungsglied zwischen Notfallstationen und Spezialistinnen und Spezialisten, andererseits zwischen ambulanten Diensten und Spitalaufenthalten oder zwischen Rehabilitation und teilstationären Einrichtungen. Die Qualität der Behandlung chronischer Krankheiten verlangt unter anderem einen hohen Grad an Koordination zwischen den ärztlichen Handlungen und weiteren Akteuren im medizinischen und sozialen Bereich. Chronische Krankheiten mit Funktionsstörungen erfordern den Einsatz von Pflegepersonal, Grundpflege, Spitexdiensten, Haushalthilfen und manchmal auch von Sozialhilfe. Aus diesen Gründen muss sich das Gesundheitswesen in Richtung integrierter Leistungen entwickeln. Das Einrichten von Netzwerken wird unabhängig von ökonomischen

Betrachtungsweisen zur Notwendigkeit.

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) fördert die Bildung von Behandlungsnetzwerken. Ein erstes Netzwerk dieser Art wurde im Jahr 1990 von Krankenkassen ins Leben gerufen im Bestreben, die Zahl möglicher Leistungserbringer einzuschränken. Allerdings gelang es diesem Versicherungsmodell nicht, mehr als 98'400 Personen bis zum Jahr 1998 einzuschliessen. Die teils durch Ärzte gegründeten Netzwerke „Hausarztmedizin“ entwickeln sich seit 1994. 1998 deckten sie 351'000 Versicherte ab. Grössere regionale Netzwerke bilden sich zurzeit, teilweise auf Initiative der Kantone, die darin eine Möglichkeit sehen, Budgetkontrollen und Rahmenbudgets einzuführen.

Integrierte Gesundheitsleistungen sind ein Mittel, um der komplexen Versorgungsproblematik einer alternativen Bevölkerung gerecht zu werden. Theoretisch eröffnen sie die Möglichkeit (aus ökonomischer Sicht), die Kostenwirksamkeit zu verbessern.

Zur Förderung der Behandlungs- und

Versorgungsqualität müssen Gesundheitsnetzwerke die Leistungserbringer auf drei Ebenen integrieren:

- Hierarchisch (vertikale Integration): Gesundheitsdienste müssen regional organisiert werden. Dies benötigt genügend personelle Ressourcen im primären Gesundheitsbereich (Hausärzte und Pflegepersonal als erste Anlaufstelle), spezialisierte Strukturen (Akutspitäler, Fachärzte und Fachkliniken) und teilstationäre Einrichtungen, welche auf Wiedereingliederung, subakute Behandlungen und auf die Unterstützung der primären Gesundheitsdienste eingerichtet sind. Eine solche Integration verlangt aber auch Orientierungs- und Koordinationsprozesse zwischen den verschiedenen Angebotsstufen.
- Interprofessionell (horizontale Integration): die Koordination zwischen ärztlichen Leistungen und denjenigen weiterer Leistungserbringenden im Gesundheitswesen muss verstärkt werden.
- Intersektoriell: Gesundheitsdienste und Sozialdienste können nicht getrennt betrachtet werden. Dies gilt vor allem bei der Betreuung von Personen mit chronischen Krankheiten. Die gesundheitlichen Auswirkungen sozialer Vernachlässigung oder die sozialen Auswirkungen ungenügender Gesundheitsversorgung können kaum unterschätzt werden.

Ziele

- Bis zum Jahr 2010 werden in mindestens zwei Dritteln der Kantone Gesundheitsnetzwerkmodelle getestet, welche eine kontinuierliche Pflege garantieren und die integrierte Gesundheitsleistung erbringen.
- Krankenversicherer und kantonale Gesundheitsbehörden verstärken das System der Gesundheitsnetzwerkbildung durch geeignete Massnahmen und durch begleitende Evaluationen.
- Bei der Integration verschiedener Leistungserbringer in einem Netzwerk wird vor allem auf die hierar-

chische, interprofessionelle und intersektorische Integration geachtet.

Massnahmen

Die oben beschriebenen integrierten Gesundheitssysteme müssen bei ihrer Verwirklichung durch eine umfassende Evaluation begleitet werden. Diese Evaluation soll genaue Auskunft über die anfallenden Koordinationskosten geben, die Wirkung messen und Mechanismen definieren, welche die bestmögliche Zusammenarbeit zwischen allen Partnern fördert, insbesondere im Hinblick auf die gesundheitlichen Zielsetzungen, auf die Zufriedenheit der Leistungsbenutzer und auch aus ökonomischer Sicht.

Viele Faktoren verhindern in unserem Land bisher die Einführung leistungsfähiger Behandlungsnetzwerke. Einer davon ist die zunehmende Abwertung des Pflegepersonals. Erhebliche Mittel, sowohl medizinische als auch pflegerische, werden im Laufe der nächsten 30 Jahre nötig sein, um das Funktionieren der Behandlungsnetze in einer alternden Bevölkerung sicherzustellen, denn die Leistungen bestehen zu einem grossen Teil aus einer anspruchsvollen Beziehungsarbeit. Auf Grund fehlender Mittel und ungenügender Anreize besteht die Gefahr, dass sich die in ungenügender Zahl vorhandenen Pflegenden auf bestimmte Gebiete konzentrieren. In diesem Fall wären die Bemühungen zur rationalen Planung der Mitteleinsätze für die Patienten, welche die Pflege am nötigsten hätten, zum Scheitern verurteilt. (Für mögliche Gegenstrategien sei auf Ziel 18 verwiesen.)

Datenschutz

Integrierte Gesundheitsdienste verlangen auch die Klärung der Fragen im Zusammenhang mit dem Datenschutz und der vertraulichen Behandlung von Personendaten. Weitergabe von Informationen ist notwendig, um die Koordination der verschiedenen Interventionen durch verschiedenste Leistungserbringer sicherzustellen.

Die Folge sind grosse Datenbanken, die einen strengen Schutz notwendig machen. Methoden zur Sicherstellung dieses Datenschutzes müssen entwickelt werden. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass die Behandlungsqualität in den einzelnen Netzwerken durch die öffentliche Hand überwacht werden kann. Auch sollte es möglich sein, dass Forscher die Funktionsfähigkeit der Organisation untersuchen können, um damit die Behandlungsqualität und die Leistungsfähigkeit zu verbessern.

Patientenautonomie

Vernetzung der Leistungserbringer birgt nicht zuletzt ein Risiko für die Autonomie der Patienten. Es ist einfacher für Patientinnen und Patienten eine Wahl zu treffen, wenn die Möglichkeit besteht, eine professionelle Zweitmeinung einzuholen. Andererseits wird sich das Risiko, dass in einem multidisziplinären Team die Wahlmöglichkeit eingeschränkt wird, im Netzwerk kaum verhindern lassen. Aus diesem Grunde sind Massnahmen zum Schutz der Patientinnen und Patienten in dieser Hinsicht notwendig. In den nächsten Jahren wird es in der Schweiz unter dem zunehmenden Kostendruck im Gesundheitswesen zur Weiterentwicklung spontaner Netzwerke kommen. Aus Sicht der öffentlichen Gesundheit muss diese Entwicklung durch eine kritische Analyse der Aktivitäten und eine systematische Evaluation der Wirkung begleitet sein. Oberstes Ziel dabei muss Chancengleichheit im Zugang zu qualitativ hochstehenden wirksamen Gesundheitsleistungen sein. Sie darf nicht durch die Veränderungen im Kräftespiel zwischen Leistungserbringern und Systemverwaltern verloren gehen.

QUALITÄTSBEWUSSTES MANAGEMENT DER VERSORGUNG

Bis zum Jahr 2010 sollten die Mitgliedstaaten dafür sorgen, daß sich das Management in allen Bereichen des Gesundheitswesens – angefangen bei bevölkerungsorientierten Gesundheitsprogrammen bis hin zur klinischen Versorgung einzelner Patienten – an den Ergebnissen gesundheitlicher Massnahmen orientiert.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 16.1 Die Wirksamkeit zentraler Strategien im Bereich der öffentlichen Gesundheit sollte an den Ergebnissen solcher Massnahmen gemessen werden, und Entscheidungen über alternative Strategien zur Lösung spezifischer Gesundheitsprobleme sollten zunehmend auf Vergleichen der Ergebnisse gesundheitlicher Massnahmen mit deren Wirtschaftlichkeit basieren.**
- 16.2 In allen Mitgliedstaaten sollte landesweit ein Mechanismus zur kontinuierlichen Überwachung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität in Bezug auf mindestens zehn wichtige Krankheitsbilder geschaffen werden, einschliesslich einer Messung der gesundheitlichen Folgen, der Wirtschaftlichkeit, der Versorgung und der Patientenzufriedenheit.**
- 16.3 Die Resultate gesundheitlicher Massnahmen sollten mindestens bei fünf der oben erwähnten Krankheitsbilder auf eine signifikante Besserung hinweisen, und aus Erhebungen sollte hervorgehen, dass die Patienten mit der Qualität der erhaltenen Leistungen zufriedener sind und dass man ihre Rechte stärker achtet.**

Problemlage

Ein zentrales Problem der Organisation des schweizerischen Gesundheitswesens ist das Fehlen systematischer Wirkungsanalysen von gesundheitspolitischen, präventiven, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen. Die Folge ist ein Mangel an Informationen über Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Interventionen, der Präventionsdiagnose und Behandlung von Erkrankungen. Als Beispiele seien Herzkreislauferkrankungen, Depressionen oder Allergien genannt. Dieses Wissensdefizit nährt Zweifel am tatsächlichen Nutzen medizinischer Leistungen. Die wenigen Studien zur Wirksamkeitsmessung medizinischer Leistungen oder zur Messung der Wirkung von Entscheidungen im öffentlichen Gesundheitswesen wurden zudem meist unter experimentellen Bedingungen durchgeführt, also weit entfernt von der täglichen Praxis. So ist dank Anstrengungen der internationalen Cochrane Collaboration, an welcher sich die Schweiz bislang nur marginal beteiligt hat, eine bedeutende Zahl experimenteller Studien zur Messung der Wirksamkeit von Leistungen im Gesundheitswesen zusammengetragen worden. Die so gewonnenen systematischen Übersichten sind eine Hilfe, wenn es zu entscheiden gilt, welche Massnahmen als besonders wirksam angesehen werden können. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass Interventionen, die unter idealen

Bedingungen als wirksam gelten, es unter Feldbedingungen nicht unbedingt mehr sind. Die Erhebung von Routinedaten über die Wirkung häufiger und für die Gesundheit der Bevölkerung wichtiger medizinischer Leistungen würde entscheidende Informationen zur Verbesserung der Versorgungsqualität liefern und auch Entscheidungen für eine angemessene Gesundheitspolitik erleichtern.

Ein klares Konzept zur Mittelzuweisung in Institutionen und im Gesundheitswesen allgemein könnte eine hohe Versorgungsqualität zu einem günstigeren Preis ermöglichen. Ein solcher Rahmen könnte Innovationen in den Organisationen des Gesundheitswesens unterstützen sowie zu neuen Interventionen ermutigen und diese gleichzeitig kontrollieren. Einige Studien oder auch Register (Krebsregister) wurden in der Schweiz erstellt, um die Inanspruchnahme und gelegentlich auch den Nutzen hoch entwickelter und besonders kostspieliger medizinischer Technologien zu evaluieren. Diese Initiativen benötigen vermehrte Unterstützung, damit die zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens notwendigen Daten verfügbar sind.

Gesundheitsindikatoren

Ein leistungsfähiges Informationssystem bildet die Voraussetzung für die Entwicklung eines Steuerungsinstrumentes für den Einsatz der Mittel im Gesundheitswesen. Bevölkerungsbezogene Gesundheitsindikatoren, welche auf europäischer Ebene anerkannt und benutzt werden, könnten eine Evaluation der Vor- und Nachteile von Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie von medizinischer Diagnostik, Therapie und Rehabilitation ermöglichen.

Die Indikatoren sowie die Datenbasis „Gesundheit für alle“ sind nützliche Instrumente zur Evaluation und zum Vergleich der Erfolge, die in jedem der 51 europäischen Länder bei der Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung und bei der Erreichung regionaler Ziele von „Gesundheit für alle“ erzielt wurden. Die Indikatoren sollten in die Datenerhebungssysteme aller Mitgliedsstaaten aufgenommen werden. In der Schweiz haben die Beteiligten im Gesundheitswesen im Rahmen von Art. 28 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und Art. 77 der Ver-

ordnung zum KVG zahlreiche Gesundheitsindikatoren entwickelt. Obwohl die Benutzung dieser Indikatoren zunimmt, ist sicherzustellen, dass ihre Auswahl und die Voraussetzung für die Erhebung wirklich dazu dienen, die Leistungen des Gesundheitssystems und die Qualität der Versorgung zu verbessern. Vergleiche zwischen stationären Einrichtungen sollen mit der aktiven Unterstützung der Beteiligten im Interesse einer Verbesserung der Versorgung erfolgen und nicht ein Klima des Misstrauens zwischen Kontrollorganen und Institutionen schaffen.

Zu den wünschbaren Indikatoren, die routinemässig zur Verfügung stehen sollten, zählen bevölkerungsbezogene Gesundheitsindikatoren. Untersuchungen, die auf nationaler und kantonaler Ebene durchgeführt werden (schweizerische Gesundheitsbefragung, kantonale Untersuchung, Befragungen zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Untersuchungen über gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie Missbrauch von Tabak, Alkohol und anderer Substanzen, Ernährung, körperliche Aktivität), liefern nützliche Elemente, die aber noch zu ergänzen wären. Weitere Indikatoren (Mortalität in Folge Spitalaktivität, inadäquate Spitalwiedereintritte, medizinische Kunstfehler, Krankenhausinfektionen, Meinungen und Zufriedenheit der Patienten, usw.) sind zum Teil vorhanden, sollten aber verbessert und validiert werden. Ein Teil dieser Indikatoren kann den Daten der medizinischen Spitalstatistik des Bundesamtes für Statistik entnommen werden. Schliesslich sei auch an die Rolle des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums erinnert, welches verstärkt und unterstützt werden muss, damit die zur Verbesserung der Versorgungsqualität und der gesundheitspolitischen Entscheidungen notwendigen Indikatoren regelmässig und auf neustem Stand zur Verfügung zu stehen.

Programme zur Versorgungsqualität

Projekte und Programme zur Verbesserung der Versorgungsqualität sind

in den letzten Jahren vorwiegend im stationären Bereich entstanden. Sie betreffen vor allem die Verwaltung. Systeme des „Qualitätsmanagements“ in verschiedenen Behandlungsinstitutionen (Akutspitäler, Einrichtungen zur Behandlung chronisch Kranker, sozialmedizinische Dienste) können hier als Beispiel gelten. Diese aus der Industrie oder anderen Dienstleistungssektoren übernommenen Systeme müssen jedoch den speziellen Anforderungen des Gesundheitswesens angepasst werden. Ebenso kann die Erteilung von Zertifikaten für bestimmte Sektoren des Gesundheitswesens (Labors, Lebensmittel, etc.) und auch für Dienste oder Einrichtungen (oft nur um den Anforderungen der schweizerischen Gesetzgebung zu genügen) zur Verbesserung der Qualität beitragen, vorausgesetzt, die Massnahmen wurden sinnvoll eingesetzt. Dennoch sind in der Schweiz wie anderswo noch grosse Anstrengungen nötig, um die Verbesserung der Versorgungsqualität auf die Grundlage gültiger und an die lokalen Bedürfnisse angepasster Indikatoren zu stellen.

Indikatoren zur Versorgungsqualität

Ein weiteres grundlegendes Problem besteht in den grossen Unterschieden zwischen Ländern und Regionen, zwischen Spitälern und andern Anbietern im Gesundheitswesen. Diese Erkenntnis ist nicht neu. Dennoch erstaunt es, wie markant diese Unterschiede trotz Vereinheitlichung der zur Verfügung stehenden materiellen, finanziellen und menschlichen Ressourcen bleiben. Wenn auch erkannt, wurde der Grossteil der Variationen in den meisten Versorgungsbereichen bis heute aber kaum untersucht.

Die Messung der Resultate, die im klinischen Bereich erzielt werden, ist unverzichtbar, um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern. Solche Daten sollten in Datenbanken gesammelt werden, welche die langfristige Beobachtung und Vergleiche zwischen Anbietern, Spitälern, Regionen und Ländern ermöglichen. Die

Messung der Wirkung der Behandlung ist der erste Schritt zur praxisrationalen auf Wirksamkeitsnachweise gestützten Medizin. Dadurch lässt sich auch der Einsatz medizinischer Technologien evaluieren und Interventionen im Gesundheitswesen auswählen, die wirksam auf die Bedürfnisse der Bevölkerung eingehen und zudem innerhalb der verfügbaren finanziellen Ressourcen realisierbar sind. Insbesondere liessen sich die zu häufigen nicht angemessenen Behandlungen reduzieren sowie gleichzeitig die Anwendung notwendiger, derzeit unterbenutzten Behandlungsmethoden erhöhen. Mit einem solchen rationellen Einsatz der verfügbaren Mittel könnte es möglich werden, die wachsende Nachfrage im Gesundheitswesen zu befriedigen, trotz zunehmendem Alter der Bevölkerung und trotz der kontinuierlichen Einführung neuer und kostspieliger medizinischer Technologien.

Die Indikatoren der Versorgungsqualität basieren generell auf der Messung von Resultaten. Solche Messungen sind oft schwierig und teuer. Eine Alternative besteht in der Messung der Prozessverläufe der Behandlungen. Diese Methode ersetzt zwar die Ergebnisevaluation nicht, erlaubt jedoch direkt eine Neuorientierung zur Verbesserung des Behandlungsprozesses.

Ziele

- Bis zum Jahr 2010 stehen in der Schweiz Indikatoren und Resultate zur Verfügung, die erlauben, Prioritäten im Gesundheitswesen so zu setzen, dass bevölkerungsbezogene Programme genau so integriert werden wie die klinische Behandlung.
- Die Wirksamkeit der Strategien der öffentlichen Gesundheit wird auf der Basis der nachhaltigen Wirkung hinsichtlich der Gesundheit evaluiert. Dies gilt sowohl für die allgemeine Wirksamkeit wie für die Wirtschaftlichkeit der durchgeführten Massnahmen.

- Bis zum Jahr 2010 verfügt die Schweiz auf nationaler Ebene über einen Mechanismus zur Überwachung und zur Verbesserung der Versorgungsqualität für mindestens zehn wichtige Krankheiten. Dieses Monitoringsystem sollte die Wirksamkeit hinsichtlich der allgemeinen Gesundheit des Kosten/Nutzen-Verhältnisses und der Zufriedenheit der Patienten erfassen.
 - Für mindestens fünf der oben genannten Krankheiten sollten die Resultate eine bedeutende Verbesserung zeigen, inklusive einer erhöhten Patientenzufriedenheit hinsichtlich der Leistungen und der Berücksichtigung ihrer Rechte.
- Technologien inklusive der Verteilung / Verschreibung von Medikamenten überwacht und evaluiert werden, insbesondere hinsichtlich ihrer gesamtgesundheitlichen Auswirkungen.
- Wenn ein Monitoringsystem der Resultate der Gesundheitsversorgung eingerichtet wird, welches die Leistungen registriert, überwacht und verbessert, und wenn diese Information den Leistungsanbietenden weitergegeben wird.
 - Wenn allen Leistungsanbietenden im Gesundheitswesen Informationen über wissenschaftlich nachgewiesene wirksame und bewährte Methoden leicht zugänglich gemacht werden.

Massnahmen

Diese Ziele können erreicht werden:

- Wenn alle Einrichtungen des Gesundheitswesens sowohl ihre Routineaktivitäten als auch ihre neu eingeführten Leistungen auf wissenschaftlich abgesicherte Basis stellen, wenn die Indikatoren zur Versorgungsqualität unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Klinik definiert werden und die Überwachung der Qualität integraler Bestandteil der Aufgabe jeder Behandlungseinrichtung wird.
- Wenn die Schweiz Politikmassnahmen und –mechanismen entwickelt, welche die Patientenrechte hinsichtlich der moralischen, kulturellen, religiösen und philosophischen Werte garantieren. Zudem sollte eine öffentliche Debatte über die ethischen Aspekte der Gesundheitspolitik und der Gerechtigkeit in der gesundheitlichen Versorgung stattfinden.
- Wenn in der Aus-/Weiter- und Fortbildung aller Gesundheitsberufe die Kompetenz vermittelt wird, professionelle Praxis auf Evidenz abzustützen und sich für Ergebnisse der Arbeit verantwortlich zu fühlen.
- Wenn die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit neuer und älterer

FINANZIERUNG DES GESUNDHEITSWESENS UND RESSOURCENZUWEISUNG

Bis zum Jahr 2010 sollten alle Mitgliedstaaten auf der Grundlage des chancengleichen Zugangs, der Wirtschaftlichkeit, der Solidarität und der optimalen Qualität belastbare Finanzierungs- und Ressourcenzuweisungsverfahren für Gesundheitsversorgungssysteme entwickeln.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 17.1 Die Ausgaben für das Gesundheitswesen sollten angemessen sein und dabei den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung entsprechen.**
- 17.2 Die Mittel sollten unter Berücksichtigung von Gesundheitsverträglichkeit, Wirtschaftlichkeitsaspekten und verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen zwischen Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz, Behandlung und Pflege aufgeteilt werden.**
- 17.3 Die Finanzierungssysteme für die Gesundheitsversorgung sollten eine allgemeine Versorgung, Solidarität und Tragfähigkeit sicherstellen.**

Problemlage

Dank der wirtschaftlichen Prosperität der letzten Jahrzehnte haben in der Schweiz die Mittel, die für den Gesundheitssektor zur Verfügung stehen, kontinuierlich zugenommen. 1998 betragen gemäss dem Bundesamt für Statistik die Gesundheitsausgaben in der Schweiz 39.77 Milliarden Franken, dies entspricht 10.5% des Bruttosozialproduktes. Die Schweiz steht damit im europäischen und internationalen Vergleich in der Spitzengruppe.

Finanzierung des Gesundheitswesens

Die Finanzierung des Gesundheitswesens stellt ein Mischsystem dar. Es teilen sich in die Finanzierung: die privaten Haushalte (über direkte Ausgaben, über Prämien an die seit 1996 obligatorische Krankenversicherung, über Selbstbeteiligung an den Versicherungsleistungen und über freiwillige Zusatzversicherungen), die Kantone (als Träger und Teilfinanzierer der Spitäler, über Aufgaben der öffentlichen Gesundheit und Prämienverbilligungen), die Wirtschaft (über Lohnprozente für die Unfallversicherung), und der Bund (Prämienverbilligungen, Aufgaben des Gesundheitsschutzes und ausgewählte Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens). Sämtliche Träger haben zunehmend Mühe, die finanziellen Mittel für das Gesundheitswesen aufzubringen. Auf

allen Stufen - vom Privathaushalt bis zum Bund - werden in unterschiedlicher Art und Ausprägung Prioritäten gesetzt, um mit den begrenzten finanziellen Ressourcen den theoretisch unbegrenzten Bedürfnissen und Möglichkeiten gerecht zu werden.

Das Krankenversicherungsgesetz

Mit dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 sind die Strukturen und Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen neu festgelegt worden. Dabei wurden grösstenteils die Entwicklungen der letzten Jahrzehnte bekräftigt. Ein radikaler Systemwechsel (was teilweise gefordert wurde) wurde nicht vollzogen. Das KVG regelt direkt (Leistungen der Krankenkassen) und indirekt (Mitfinanzierung der Spitalleistungen durch die Kantone) den grössten Teil der Gesundheitsausgaben. Die Krankenversicherer finanzieren sich durch einkommensunabhängige Prämien. Ein System der individuellen Prämienverbilligung vermindert die finanzielle Belastung für einkommensschwache Versicherte. Leistungserbringer sind im ambulanten Sektor selbstständige Ärzte und frei-

praktizierende Angehörige anderer Gesundheitsberufe, im stationären Sektor staatliche, gemischtwirtschaftliche oder private Spitäler mit einer gemischten Finanzierung (Betriebskosten zur Hälfte zu Lasten der Kantone und der Versicherer). Das Gesetz verpflichtet die Kantone zur Spitalplanung. Die wesentlichsten Neuerungen sind das Versicherungsobligatorium sowie die begleitenden Regelungen, die die Chancengleichheit und Solidarität unter den Versicherten sicherstellen sollen. So können Versicherte unter Versicherern frei wählen, die Versicherer sind zur Aufnahme ohne Vorbehalte verpflichtet. Der Leistungskatalog der Grundversicherung ist umfassend und für alle Versicherer verbindlich, er darf durch die einzelnen Versicherer weder eingeschränkt noch erweitert werden. Die Versicherer haben die Möglichkeit, Verträge mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer und günstigeren Prämien anzubieten. Ein Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern egalisiert auf kantonaler Ebene die Faktoren Alter und Geschlecht. Die beiden letztgenannten Elemente sollen sicherstellen, dass die Konkurrenz unter den Versicherern positive Effek-

te im Sinne der Innovation im Gesundheitswesen und keine negativen im Sinne der Risikoselektion hat.

Die Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Die Auswirkungen des neuen Gesetzes sind Gegenstand einer Wirkungsevaluation, aus deren Ergebnisse sich bereits einige Schlüsse ziehen lassen.

Die obligatorische Krankenversicherung umfasst heute weitgehend die wesentlichen Leistungen. Die wichtigsten Ausnahmen sind Zahnbehandlungen und die Haushalthilfe, beides Leistungen, welche teilweise im Ausland, nicht aber in der Schweiz solidarisch finanziert werden. Die Mittelknappheit vieler Kantone und die steigende Tendenz der Ausgaben der Versicherer verbieten heute eine wesentliche Erweiterung des Leistungsspektrums. Anpassungen (d.h. Aufnahme von medizinischen Innovationen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erwiesen ist, und Streichen von Leistungen, die diese Kriterien nicht erfüllen) sind aber möglich und erfolgen kontinuierlich.

Durch die Wahlmöglichkeit der Versicherten bei gegebenem Versicherungsumfang müssen die Versicherer nebst kundenfreundlichem Service in erster Linie tiefe Prämien anbieten können, um im Markt bestehen zu können. Die Versicherer können über verschiedene Wege tiefe Prämien anbieten: über verdeckte Risikoselektion, strenge Kostenkontrolle gegenüber den Leistungserbringern und Innovation wie beispielsweise im Angebot von Managed Care Modellen (wo die Versicherten die tieferen Kosten in Form von Prämienrabatten den Versicherten weitergeben dürfen). Vorerst scheinen die Versicherer nach wie vor primär die Risikoselektion zu verfolgen, während gute Managed Care Modelle, welche eine Kostenersparnis in der Grössenordnung von 20-30% erreichen können, erst eine bescheidene Rolle spielen.

Das KVG schreibt die Art der Finanzierung der medizinischen Leistungen

nicht vor, sondern sieht Einzelleistungsvergütungen, Zeittarife oder Einzel- und Gruppenpauschalen vor. Im ambulanten Sektor kommt praktisch ausschliesslich die Einzelleistungsvergütung oder der Zeittarif zur Anwendung, während die Abrechnung mit Pauschalen auf die wenigen HMOs beschränkt ist. Für die ärztlichen Leistungen ist in jahrelangen Arbeiten ein gesamtschweizerischer Einzelleistungstarif auf betriebswirtschaftlichen Grundlagen erarbeitet worden. Es ist absehbar, dass dieser Tarif auf Jahre hinaus die Basis für die Entschädigung der ambulanten ärztlichen Leistungen abgeben wird.

Spitäler

Im stationären Sektor, der zur Hälfte durch die Kantone finanziert wird, sind folgende Tendenzen feststellbar: Die Mehrheit der Spitäler wird nach dem System der Defizitdeckung bzw. mit Betriebsbeiträgen finanziert; einige Kantone haben aber, mindestens in Pilotprojekten, bereits neue Finanzierungsmodelle eingeführt (Leistungsaufträge für definierte Leistungspakete, Fallpauschalen, Abteilungs- und Spitalpauschalen).

Die Kantone kommen der Pflicht zur Spitalplanung in unterschiedlichem Masse und auf verschiedene Arten nach. Etliche Kantone haben Spitalabteilungen und ganze Spitäler geschlossen. Erste Ansätze der kantonsübergreifenden Planung sind sichtbar (etwa zwischen den Universitätsspitalern Lausanne und Genf). Einige Kantone kennen ein Globalbudget oder globalbudget-ähnliche Vorgaben für ihre Spitäler. Etliche Kommentatoren kommen aber zum Schluss, dass kantonale Spitalplanung ihre Ziele weitgehend verfehlt hat. Sie schlagen Spitalregionen mit 1-1.5 Mio Einwohner vor und rufen nach einer zentralen Planung der Spitzentechnologie. Gemäss Aussagen von Ärzten, dem Pflegepersonal und andern Angehörigen von Gesundheitsberufen haben die Budgetkürzungen und Spitalplanungsentscheidungen dazu geführt, dass in einigen Bereichen nicht mehr allen Patienten die nötige Behandlung und Betreuung

zukommen kann – mit der Konsequenz der verdeckten Rationierung. Diese Eindrücke sind aber bisher durch empirische Studien weder belegt noch widerlegt.

Ziele

Die Finanzierungsart des Gesundheitswesens hat Auswirkungen darauf, wie sich die Dienste organisieren und – als entscheidender Punkt – auf die Effizienz und Gerechtigkeit, wie die Dienstleistungen erbracht werden. Das Rahmenkonzept gibt in diesem Zusammenhang folgendes Ziel bzw. folgende Teilziele vor:

- Bis zum Jahr 2010 entwickelt die Schweiz ein Finanzierungs- und Ressourcenzuweisungsverfahren, welches den chancengleichen Zugang, die Wirtschaftlichkeit, die Solidarität und die optimale Qualität für die Gesundheitsversorgung sicherstellt.
- In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:
Die Ausgaben für das Gesundheitswesen sollten angemessen sein und dabei den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung entsprechen.
Die Mittel sollten unter Berücksichtigung von Gesundheitsverträglichkeit, Wirtschaftlichkeit und verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen zwischen Gesundheitsförderung, Behandlung und Pflege aufgeteilt werden.
Finanzierungssysteme für die Gesundheitsversorgung sollten eine allgemeine Versorgung, Solidarität und Tragfähigkeit sicherstellen.

Die Finanzierungs- und Ressourcenzuweisungsverfahren sollen eine nachhaltige und gerechte Finanzierung des Gesundheitswesens sicherstellen und gleichzeitig Anreize für einen effizienten Einsatz der Mittel mit dem Ziel des grössten Gesundheitsgewinns bieten. Sie basieren auf den folgenden Grundsätzen:

- Das Finanzierungsniveau wird langfristig bei 12% des Bruttosozialproduktes gehalten, mit einem über die Zeit ansteigenden Anteil der

Mittel, welche für die Prävention und die Grundversorgung aufgewendet werden sollen

- Marktmechanismen sind wichtig, um Anreize für Effizienz und Qualität zu schaffen, dürfen die Solidarität aber nicht unterminieren und die allgemeine Zugänglichkeit nicht gefährden: bis zum Jahr 2010 bestehen Erhebungen, die erlauben, die Einhaltung dieser Ziele zu überprüfen.
- Die Prioritätensetzung und Ressourcenzuweisung erfolgt unter Einbezug der Betroffenen.

Gemäss den internationalen, v.a. europäischen Erfahrungen schaffen folgende Vergütungssysteme die meisten Anreize für eine den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechende Versorgung: im Bereich der Grundversorgung gemischte Systeme, bestehend aus Einzelleistungsentschädigung, und einem prospektiven, auf Kopfpauschalen basierenden Teil.

Massnahmen

Es ist absehbar, wenn nicht sogar notwendig, dass in Zukunft auf verschiedenen Ebenen vermehrt Entscheidungen über organisatorische Massnahmen und Investitionen getroffen werden, die die eigentliche Allokationsentscheidung darstellen. Damit diese keine negativen Auswirkungen im Sinne der WHO-Ziele haben, müssen einige Voraussetzungen gegeben sein, die gegenwärtig erst teilweise erfüllt sind.

Gesundheitsstatistik: Hier fehlt es vor allem noch an einer Leistungsstatistik, aber auch an integrierenden Indikatoren, die eine Beurteilung der gesundheitlichen Wirkung der Massnahmen erlauben.

Forschung: Es gilt, die Gesundheitssystemforschung bzw. Versorgungsforschung gezielt zu fördern. Spezielle Beachtung muss hier die Frage der sozialen Unterschiede in der Nutzung bzw. dem Zugang zum Gesundheitssystem finden. Im weiteren sind die Krankenversicherer gefordert, mehr als bisher in die Entwicklung von neu-

en Versorgungsmodellen zu investieren.

Health Technology Assessment: Diejenigen, welche Allokationsentscheidungen treffen, müssen in der Bewertung von medizinischen Verfahren in Bezug auf deren Nutzen, Risiken und Kosten geschult werden. Sie müssen im weiteren Zugang zu entsprechenden relevanten Informationen haben, bzw. diese beibringen, wo sie fehlen.

Kostenrechnung in den Spitälern: Noch ist diese wichtige Voraussetzung für den Wechsel von der Betriebs- zur Leistungsfinanzierung nicht flächendeckend gegeben, auch prospektive Finanzierungsmodelle sind deshalb erst beschränkt möglich.

Die Einführung des gesamtschweizerischen Arzttarifs (Einzelleistungstarif) verhindert nicht a priori die Einführung von Teil- oder Vollpauschalen im ambulanten Bereich. Vielmehr stehen damit betriebswirtschaftlich gültige Grundlagen zur Verfügung, die (in Kombination mit Guidelines bzw. Standards) eine realistische Berechnung von Pauschalen erlauben. Entsprechende Studien sind nach Einführung möglichst rasch zu beginnen.

Insgesamt entspricht aber das heutige Finanzierungssystem in weiten Teilen, wenn auch nicht vollständig dem WHO-Rahmenkonzept. Am problematischsten ist wohl die Tatsache, dass das Gesundheitswesen zu einem grossen Teil über Kopfprämien und nicht über Lohnprozente oder gar progressive Steuern finanziert wird. Zwar findet ein teilweiser Ausgleich über die individuelle Prämienverbilligung (finanziert aus Steuern) statt, allerdings in regional unterschiedlichem Ausmass. Die geltende Ordnung kann aber – dies ist das Ziel der laufenden Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes - im Sinne der übrigen Punkte des Rahmenkonzeptes weiterentwickelt werden. Als Alternative werden derzeit radikale Änderungen in verschiedene Richtungen vorgeschlagen (Finanzierung über Lohnprozente; Versicherungsobligatorium nur noch für Spitalleis-

tungen etc.). Jegliche Umgestaltung des Finanzierungssystems - sei es im Rahmen des bisherigen Gesetzes oder durch einen weitergehenden Umbau - ist an den Grundsätzen "chancengleicher Zugang", "Wirtschaftlichkeit", "Solidarität" und "optimale Qualität" zu bewerten.

QUALIFIZIERUNG VON FACHKRÄFTEN FÜR GESUNDHEITLICHE AUFGABEN

Bis zum Jahr 2010 sollten alle Mitgliedstaaten dafür sorgen, dass sich Fachkräfte im Gesundheitswesen und in anderen Sektoren die zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit erforderlichen Kenntnisse, Einstellungen und Kompetenzen aneignen.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 18.1 Die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften sollte auf den Grundsätzen der GFA basieren und die Fachkräfte darauf vorbereiten, hochwertige Leistungen im Bereich Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Heilung und Rehabilitation zu erbringen, und dabei helfen, zwischen klinischer Praxis und praktischer Public-Health-Arbeit eine Brücke zu schlagen.**
- 18.2 Es sollten Planungssysteme geschaffen werden, die gewährleisten, dass die Zahl der ausgebildeten Gesundheitsfachkräfte und die Zusammensetzung ihrer Qualifikationen dem gegenwärtigen und zukünftigen Bedarf im Gesundheitswesen entsprechen.**
- 18.3 Alle Mitgliedstaaten sollten genügend Ausbildungskapazität für gesundheitswissenschaftliche Diplomstudiengänge haben, deren Absolventen imstande sein müssen, im Public-Health-Bereich Führungs- und Managementaufgaben zu übernehmen und in der Praxis zu arbeiten.**
- 18.4 Auch bei der Ausbildung von Fachkräften in anderen Sektoren sollten die Grundprinzipien der GFA vermittelt werden, vor allem aber auch das Wissen darüber, wie sie durch ihre Arbeit die Determinanten von Gesundheit beeinflussen können.**

Problemlage

In der Schweiz liegt die Kompetenz zur Reglementierung und Kontrolle der nicht universitären beruflichen Ausbildung im Gesundheitswesen bei den Kantonen. Dies gilt jedenfalls so lange bis das neue Berufsbildungsgesetz in Kraft tritt. Die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK), das Koordinationsorgan der 26 Verantwortlichen für das Gesundheitswesen aus den Kantonsregierungen, legt verbindliche rechtliche Normen für die Ausbildung im Gesundheitsbereich fest. In anderen Bereichen haben die Entscheide der SDK lediglich beratenden Charakter. Mit der Umsetzung der politischen Leitlinien zur Ausbildung hat die SDK das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) beauftragt. Dessen Abteilung für Berufsbildung obliegt die zentrale Aufsicht der Ausbildungsprogramme, die Anerkennung ausländischer Diplome sowie die Information über Gesundheitsberufe.

Nach Annahme der neuen Bundesverfassung wurde entschieden, künftig dem Bund die Verantwortung für die Ausbildung aller Gesundheitsberufe zu übertragen. Bisher regelte er nur die ärztliche, tierärztliche und pharmazeutische Ausbildung. Zur Vorbereitung der Kompetenzübertragung haben Bund und Kantone eine gemeinsame Organisation geschaffen. Wichtigster Partner der SDK in dieser Übergangsphase für den Ausbildungsbereich ist das Bundesamt

für Berufsbildung und Technologie (BBT). In zahlreichen Kantonen wechselt die Zuständigkeit für die Gesundheitsberufe vom Gesundheitsdepartement zum Erziehungsdepartement. Diese Entwicklung wird zu einer Intensivierung der bereits sehr engen Kontakte zwischen der beruflichen Ausbildung innerhalb der SDK und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK) führen.

Die neuen Ausbildungsrichtlinien

Der Entscheid über die neuen Ausbildungsrichtlinien aus dem Jahr 1992 hat im Bereich der beruflichen Ausbildung ein wichtiges Zeichen gesetzt. Er hat die umfangreichen Reformen der Achtziger Jahre in der Ausbildung der Pflegeberufe zum Ende geführt. Diese neuen Richtlinien spiegeln ein neues Berufsverständnis wider, welches sich an einem so genannten „Gesamtangebot der Pflege“ orientiert. Fünf sich gegenseitig ergänzen-

de Funktionen beschreiben den Pflegeberuf umfassend und verständlich. Mit den Funktionen vier und fünf werden wichtige pflegerische Handlungen explizit genannt, die vielen Berufsangehörigen vorher kaum bewusst waren. Entsprechend wurden die dazu benötigten Kompetenzen (Kenntnisse und Fähigkeiten) vor der Reform kaum gezielt gefördert. Dazu gehören Kenntnisse und Fähigkeiten in der Verhütung von Krankheiten und Unfällen, in der Gesundheitsförderung in der Funktion 4 und in Public Health (inklusive Mitwirkung von Forschungsprojekten) in der 5. Funktion.

Die mit den Ausbildungsbestimmungen eingeleiteten Veränderungen waren auch struktureller und pädagogischer Natur. Die spezialisierten Ausbildungsgänge (wie Psychiatriepflege, Mutter- und Kindpflege oder allgemeine Pflege) sind zu Gunsten einer umfassenden Ausbildung aufgehoben worden. So sind zwei Diplomstu-

diengänge geschaffen worden: Diplom I (drei Jahre Studiendauer) und Diplom II (vier Jahre Studiendauer). Beide Studiengänge sind ab dem 18. Altersjahr zugänglich. Die entsprechenden Ausbildungsvorschriften sind 1992 mit einer zehnjährigen Übergangsphase in Kraft getreten. Sie entsprechen auch den neuen pädagogischen Tendenzen, in dem sie sich an zu erreichenden Lernzielen orientieren und lediglich ein Minimum struktureller Anforderungen vorgeben. Mit dieser neuen Philosophie der Ausbildung sind die Bedingungen für eine gründlichere Form der Ausbildungsinhalte im Sinne einer Ausbildung „von unten nach oben“ geschaffen worden. So sind Gesundheitsförderungs- und Qualitätsmanagement heute bedeutend wichtiger als noch vor 1992.

Die neue Bildungssystematik

Eine weitere Etappe ist im Mai 1999 erreicht worden, als die Vollversammlung der Sanitätsdirektorenkonferenz eine als historisch zu bezeichnende Entscheidung traf. Sie stimmte einem neuen nationalen Ausbildungssystem mit folgenden Rahmenbedingungen zu:

- Alle Diplomausbildungen sind neu auf der Tertiärstufe anzusiedeln.
- Auf der Sekundärstufe II ist künftig ein Berufsbildungslehrgang vorgesehen (Lehre/spezialisierte Berufsschule mit Fähigkeitszeugnis). Damit ist eine niedrigere Ausbildungsstufe geschaffen worden, die Personen mit abgeschlossener obligatorischer Schulbildung den Zugang zu den Diplomausbildungen ermöglicht, ohne dass die Zeit vor der Ausbildung auf unvorteilhafte Weise überbrückt werden muss. Neben der berufsbildenden Schiene ist der Diplomstudiengang nach wie vor über die schulische Schiene (Diplommittelschule/Matura) möglich.
- Die gegenwärtigen Diplome behalten ihre Gültigkeit.

Im Anschluss daran wurde im November 2000 das neue Fachhochschul-

profil „Gesundheit“ verabschiedet, welches den Anforderungen der Erziehungsdirektorenkonferenz und den Bundesrichtlinien entspricht (zwei Studiengänge, einerseits ein integrierter beruflicher Ausbildungsgang andererseits eine Ausbildung mit bereits abgeschlossener Berufsausbildung).

Die Arbeiten der SDK und des SRK, an denen das BBT und die EDK beteiligt sind, zielen darauf ab, die neue Bildungssystematik umzusetzen und gleichzeitig die laufenden Ausbildungsprogramme den neuen Anforderungen anzupassen. Zurzeit sind die neuen Richtlinien in Vernehmlassung. All diese Erneuerungen und Restrukturierungen bewirken hauptsächlich eine bessere Integration der Pflegeausbildung in das gesamte Bildungssystem der Schweiz, aber auch in Europa, und der Erhaltung und Verbesserung der Ausbildungsqualität.

Situation des Personals

Immer wieder ist in den vergangenen Jahren in der Öffentlichkeit auf die geringe Attraktivität der Gesundheitsberufe hingewiesen worden. Die SDK hat verschiedene Vorstösse zur Verbesserung des Ansehens dieser Berufe gemacht. Das Bundesamt für Bildung und Technologie unterstützt die SDK bei einer Informationskampagne über die Berufsmöglichkeiten in den Gesundheitsberufen. Der Personalmangel ist in einigen Sektoren alarmierend, gemäss einer Umfrage bei den Kantonen insbesondere in der Intensivpflege und beim Operationspersonal.

Seit längerem und immer wieder stösst die Rekrutierung von Pflegepersonal auf Probleme. Dies ist keineswegs nur in unserem Land so, sondern in ganz Europa und weltweit. Die Ursachen dieser Personalknappheit sind vielfältig. Sie sind Teil eines komplexen Systems, das durch gesellschaftliche Vorstellungen und Werte, die Anerkennung der Berufsangehörigen durch andere Fachleute und eine breitere Öffentlichkeit, die Arbeitsbedingungen, die geschlechtsspezifischen

Rollenverteilungen usw. bestimmt wird. Es besteht kein einheitliches Bild für die Vielfalt der Gesundheitsberufe. Zudem ist ein solches nur wenig dokumentiert. Dennoch sind verschiedene Untersuchungen zu folgenden Erkenntnissen gekommen: die Gesundheitsberufe und ihre Ausbildungsgänge haben bei der Bevölkerung und bei jungen Menschen vor der Berufswahl ein positives Image. Dieses verschlechterte sich jedoch im Laufe der Jahre. Letztlich sind die Probleme besonders hinsichtlich der Arbeitsbedingungen seit 25 Jahren dieselben:

- Weitgehend durch Frauen ausgeübte Berufe
- Eher kurze Phase der Berufsausübung
- Mangelnde Infrastruktur im Hinblick auf die Vereinbarung von Beruf und Familie
- Wenig soziale Anerkennung und schlechte Entlohnung
- Unregelmässige Arbeitszeiten
- Wenig Autonomie bei der Berufsausübung

Zum heutigen Zeitpunkt kommen folgende erschwerende Faktoren dazu:

- Unsicherheit der finanziellen Voraussetzungen in der Ausbildung und weniger Arbeitskräfte aus dem Ausland
- Entwicklung der neuen Ausbildungsprogramme (Stufe I und II, Fachhochschule)
- Erhöhung der Komplexität der Fälle
- Umkehrung der Alterspyramide und niedrige Geburtenraten
- Verkürzung der Aufenthaltsdauer im Spital
- Ökonomische Entwicklung der Behandlungssysteme
- Modifizierung der Vergütung während der Ausbildung

Ziele

Langfristiges Ziel ist eine verbesserte Anerkennung der Gesundheitsberufe, damit eine ausreichende Zahl von Berufsangehörigen gewährleistet werden kann. Dies einerseits um eine qualitativ hochwertige medizinische

Versorgung zu garantieren, andererseits aber auch um gut ausgebildete Leute auf allen Stufen des Gesundheitswesens zu haben.

- Bis zum Jahr 2010 sind die Reformen in den Berufsschulen und Fachhochschulen im Gesundheitswesen durchgeführt, und alle Lehr- und Studiengänge sind für junge Menschen attraktiv.
- Bis zum Jahr 2010 erhöht sich die Zahl der Bewerbungen an Schulen und Fachhochschulen im Gesundheitswesen, so dass genügend junge Leute ausgebildet werden, um den Bedarf zu decken.
- Bis zum Jahr 2010 sind die Möglichkeiten beruflicher Mobilität und Weiterbildung soweit ausgebaut, dass junge Menschen einen Lebensweg und Karrierechancen in Gesundheitsberufen für sich erkennen.
- Bis zum Jahr 2010 wird die durchschnittliche Berufsausübungszeit der Gesundheitsberufe gegenüber dem Jahr 2000 verdoppelt.

Massnahmen

- Bessere Entlohnung der Pflegenden
- Anerkennung und Förderung der positiven Seiten der Berufsausbildung bei den Beschäftigten
- Aufwertung der Berufe bei der Bevölkerung
- Einrichtung von Krippen für Kleinkinder in grossen Spitälern
- Entwicklung von Berufsstrategien für Erwachsene, besonders für die über 50-jährigen
- Verbesserungen der Arbeitsbedingungen

Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten

Neben den oben genannten Reformen in der gesamten Ausbildung des Pflegepersonals sind insbesondere auch Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten zu schaffen, welche die Bereiche Public Health sowie Führungs- und Managementfunktionen beinhalten und sich an den Zielen der Gesundheit für alle orientieren. Diese werden zum Teil im Bereich der Fach-

hochschulen in Lehrgängen für Personen aus den Gesundheitsberufen angeboten. Die Weiterbildung im Gesundheitswesen wird mit den oben genannten Reformen durchlässiger. Die bereits bestehenden universitären Nachdiplomstudien (Master of Public Health in Genf, Zürich, Basel und Bern) stehen nicht nur Akademikern offen, sondern nehmen auch eine beschränkte Zahl von nicht Hochschulabgängerinnen und -abgängern auf, die über entsprechende Qualifikationen verfügen. Das System ist modular aufgebaut, die erworbenen Diplome haben eine internationale Anerkennung.

Im Pflegebereich wurde ein Bericht zur „Fortbildung im Gesundheitsbereich“ im November 1999 veröffentlicht. Er sieht drei Weiterbildungsbeiräte vor (Vertiefung der allgemeinen Kenntnisse, Ausbildung und Verwaltung). In diesem Bereich fehlt im Moment noch eine Public Health-Ausbildung. Eine solche wäre in die bestehenden Programme zu integrieren. Die Kommission Weiterbildung der SDK hat sich für eine Kompromisslösung ausgesprochen, in der die Weiterbildung auf der Quartärstufe (vergleichbar mit einer Weiterbildung nach einer Fachhochschule) angesiedelt wird. Auf diese Art würde bei der Weiterbildung ein einziges Niveau geschaffen, welches den vorhergehenden Arbeiten entspricht. Dabei handelt es sich um eine Globallösung, welche alle betroffenen Akteure berücksichtigt und die Qualität sowie die Aufsicht der Ausbildung garantiert, wie dies bereits auf der Sekundärstufe II und der Tertiärstufe vorgesehen wurde. Der Bericht sieht zwei Anerkennungsstellen für die Weiterbildung vor (beide auf Bundesebene, eine für die Weiterbildung nach Abschluss einer höheren Fachschule und eine nach Fachhochschulabschluss, aber nur eine reglementierte Ebene). Diese Lösung ist pragmatisch entwicklungsfähig und entspricht den Bundesvorschriften, da sie allenfalls auch die Erarbeitung von Weiterbildung im Anschluss an die Sekundärstufe II vorsieht. In der Zwischenphase wird es darum gehen, Nachdiplomkurse und Nachdiplomstudiengänge

zu entwickeln, die den Bundesvorschriften und den europäischen Richtlinien entsprechen.

Schlussfolgerungen

Die Einführung der neuen Bildungssystematik, die Integration der Gesundheitsförderung, die Förderung des Ansehens der Gesundheitsberufe sowie der Ausbau der Weiterbildung sind vielversprechend für die Zukunft. Diese Entwicklung ermöglicht eine horizontale und vertikale Durchlässigkeit des Systems und offene Karrierestrukturen. Dies geschieht besonders auch durch die Einführung von Weiterbildungsmodulen. Qualifikationswerkzeuge und Zertifikate sind ausgearbeitet, etwa das schweizerische „Qualifikationsprogramm zur Berufslaufbahn“ sowie die Grundlage zur Bewertung der Erfahrungsqualifikationen. Der weitere Ausbau dieser Fortschritte soll erlauben, die von der WHO formulierten Ziele für die Gesundheitspolitik in diesem Bereich zu erreichen.

FORSCHUNG UND WISSEN ZUR FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT

Bis zum Jahr 2005 sollten in allen Mitgliedstaaten Gesundheitsforschungs-, Informations- und Kommunikationssysteme zur Verfügung stehen, die den Erwerb sowie die effektive Nutzung und Verbreitung von Wissen zur Unterstützung der „Gesundheit für alle“ (GFA) fördern.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 19.1 Die in den einzelnen Mitgliedstaaten verfolgte Forschungspolitik sollte sich an den Prioritäten des jeweiligen langfristigen GFA-Konzepts orientieren.
- 19.2 In allen Ländern sollten Mechanismen vorhanden sein, die eine wissenschaftlich fundierte Bereitstellung und Entwicklung von Gesundheitsdiensten ermöglichen.
- 19.3 Gesundheitsinformationen sollten so aufbereitet werden, dass sie für Politiker, Manager und Fachkräfte im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen sowie für die Allgemeinheit nützlich und leicht zugänglich sind.
- 19.4 Alle Länder sollten durch Formulierung einer Kommunikationspolitik und einschlägiger Programme im Gesundheitsbereich das GFA-Konzept unterstützen und den Zugang zu diesbezüglichen Informationen erleichtern.

Problemlage

Forschung

In der Schweiz gibt es keine eigenständige Behörde oder Institution, welche die Forschung für die Gesundheit fördert: Die entsprechenden Forschungsprojekte werden von der Abteilung 3 (Biologie und Medizin) des Nationalfonds beurteilt und allenfalls finanziert. Im Jahre 2000 sind von 113 Millionen Franken, welche die Abteilung 3 vergeben hat, Fr. 180'000.-- für „die Gesundheit und ihre Infrastruktur“ ausgegeben worden. Für die Gebiete Präventivmedizin und Sozialmedizin insgesamt (inklusive Epidemiologie, Früherfassung und Vorbeugung) wurden 5,6 Millionen Franken, d.h. 4,9% der Beiträge bewilligt. Das Ziel eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Grundlagenforschung und angewandter Forschung ist immer noch in weiter Ferne.

Gesamtschweizerische Gesundheitsstatistik

In der gesamtschweizerischen Gesundheitsstatistik hat sich die schweizerische Gesundheitsbefragung mit einer dritten geplanten Runde für das Jahr 2002 ihren festen Platz erkämpft. Nicht alle Kantone verstehen aber die Wichtigkeit dieser Daten, so ist auch das geplante schweizerische „Gesundheitsobservatorium“ auf drei Gebiete eingeschränkt worden. Die medizinische Spitalstatistik wurde

im Jahr 1998 obligatorisch eingeführt, im Jahre 2001 wurden erstmals Daten publiziert. Sie zeigen eine sehr heterogene Qualität der Datenerhebung, insbesondere zeigt sich eine grosse Diskrepanz zwischen den Deutschschweizer und den Welschschweizer Kantonen. Es lässt sich jedoch eine rasche Verbesserung dieser Qualität feststellen.

Kommunikation und Kooperation Wissenschaft und Entscheidungsträger

Die Schweiz verfügt über keine nationalen Gesundheitsforschungszentren; dennoch gibt es bereits einige besonders gut unterstützte Programme wie zum Beispiel die gesamtschweizerische AIDS-Forschung. Interdisziplinäre Forschung, die den Einfluss von Umweltfaktoren auf die Gesundheit und den Umweltschutz untersucht, wurde im nationalen Forschungsprogramm 26 gefördert: Die Folgestudien jedoch kämpfen ums Überleben.

Ein Mechanismus, mit welchem jedes

Jahr systematisch aufgezeigt wird, welche internationalen und nationalen Forschungserkenntnisse für neue erfolgreiche Behandlungs- und Diagnostikmethoden vorliegen, ist in unserem Land noch nicht etabliert. Der Aufbau einer gesamtschweizerischen Cochrane Collaboration (Zusammenschluss der bestehenden Zentren) müsste ein Ziel für die nächsten Jahre sein.

Gesundheitsinformationssysteme

Gesundheitsinformationssysteme sind in der Schweiz wenig entwickelt. Oben sind die Spitalstatistiken und die Gesundheitsbefragung genannt. Solche Systeme sind die Voraussetzung für die Entwicklung und Verlaufsbeobachtung einer effizienten und gerechten Gesundheitspolitik. Diese Instrumente sind in der Schweiz weiter zu entwickeln. Ziel ist, die Vorschläge dieses Dokumentes politisch zu unterstützen und zu evaluieren. Derzeit fehlt in den meisten Fällen ein kontinuierliches Monitoring, das eine solche Zielerreichungsprüfung erlauben würde. Eine gute gesundheitsför-

derliche Gesamtpolitik, welche auf Transparenz und Rechenschaftspflicht beruht, fehlt bei gesundheitsförderlichen Projekten noch weitgehend. Diese müsste vorangetrieben werden. Gefordert sind die Bundesämter, aber auch und vor allem die Kantone. Der Bund gibt Evaluationsaufträge für alle grösseren Programme, häufig fehlen aber die Basiszahlen, um diesen Evaluationsaufträgen völlig gerecht zu werden.

Ziele

- Die Schweiz verfügt bis zum Jahre 2010 über ein System des Gesundheitsmonitoring, das sowohl die stationären wie die ambulanten Sektoren berücksichtigt. Besonders wichtige, häufige oder bedrohliche Krankheiten (u.a. AIDS, Krebs, Allergien, Asthma, Herzinfarkt) werden mit speziellen Programmen überwacht und ihre Entwicklung beobachtet. Solche Programme sind langfristig angelegt (z.B. Krebsregister) und gesamtschweizerisch verankert.
- Die Schweiz verfügt bis zum Jahr 2010 über eine nationale Stelle, welche sich der Evaluation neuer Methoden und Massnahmen im Gesundheitswesen widmet. Diese Stelle wird aus der Krankenversicherung und von den Herstellern finanziert und vergibt Aufträge nach wissenschaftlichen Kriterien.
- Bis zum Jahr 2020 verfügt die Schweiz über ein vernetztes kantonales und gesamtschweizerisches Gesundheitsinformationssystem, welches allen Beteiligten die Politikevaluation erlaubt und erleichtert.

MOBILISIERUNG VON PARTNERN FÜR GESUNDHEITLICHE BELANGE

Bis zum Jahr 2005 sollten zur Umsetzung der GFA-Konzepte Allianzen und Partnerschaften gebildet werden, die Einzelne und Gruppen sowie Organisationen aus allen Bereichen des öffentlichen und des privaten Sektors und nicht zuletzt die zivile Gesellschaft insgesamt in die Verfolgung gesundheitlicher Belange einbinden.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

20.1 Der Gesundheitssektor sollte gesundheitliche Belange aktiv fördern und für gesundheitliche Interessen eintreten und dabei andere Sektoren dazu ermutigen, sich an sektorübergreifenden Aktivitäten zu beteiligen, gemeinsame Ziele zu verfolgen und die verfügbaren Ressourcen miteinander zu teilen.

20.2 Auf internationaler, nationaler, regionaler und lokaler Ebene sollten Strukturen und Prozesse vorhanden sein, die eine harmonische Zusammenarbeit aller Akteure und Sektoren bei der gesundheitspolitischen Entwicklung erleichtern.

Problemlage

Fehlende Nationale Gesundheitspolitik

Weil die Schweiz noch über keine Nationale Gesundheitspolitik (NGP) verfügt, fehlt die Brücke zwischen diesen internationalen Ansätzen und unseren lokalen und regionalen Akteuren respektive der Bevölkerung. Übergeordnete internationale Initiativen wie z.B. die WHO-Strategie „Gesundheit für alle“ (GFA) oder die entsprechenden Richtlinien der EU sind bis anhin stets schlecht kommuniziert worden.

Damit fehlt für das Ziel 20 die Basis: Es mangelt an Sensibilisierung, Bewusstsein und den notwendigen Kenntnissen, um sicherzustellen, dass die Nationale Gesundheitspolitik auch Elemente der Basis miteinbezieht.

Kommunikationsproblem „Gesundheit“

„Gesundheit“ steht sich als Begriff selbst im Weg und behindert den Durchbruch moderner Public Health-Vorstellungen und der Gesundheitsförderung. Definitionen wie die der WHO von 1948 haben die irriige Vorstellung aufkommen lassen, dass nur gesund ist, wer frei von allen Beschwerden und Problemen ist. Eine solche Sichtweise ist ein optimaler Motor für ein auf die Beseitigung von Krankheit und Unfallfolgen ausge-

richtetes Gesundheitswesen. Offizielle Messgrößen für Gesundheit fokussieren denn auch primär auf Mortalität und Morbidität und geben kein realistisches Abbild des subjektiven Gesundheitsempfindens. Selbst dort, wo dieses erfragt wird, sind die Resultate oft nicht zuverlässig, weil der Gesundheitsbegriff medikalisiert worden ist.

Gesundheit wird meist nur individuell wahrgenommen und nicht über die Determinanten der Gesundheit, d.h. den Verhältnissen, in denen jemand seinen Alltag verbringt. Dass auch die subjektive Gesundheit v.a. durch Beeinflussung dieser Umgebungsfaktoren verbessert werden kann, ist zwar für alle nachvollziehbar, bisher aber kaum aktives und handlungsrelevantes Gedankengut. Zusammenfassend muss demnach festgestellt werden, dass das Grundverständnis für Gesundheit in einem umfassenden Sinn und als positives Konzept (z.B. gutes Bewältigen der Gegenwart, Vorbereiten der Zukunft für Einzelne sowie soziale Gruppen) noch nicht vorhanden ist. Damit fehlt eine Grundvoraussetzung für das Ziel 20.

Systemdenken gilt heute noch als politisch unattraktiv

Gesundheit als umfassendes Konzept ist zwangsläufig politisch, nicht aber parteipolitisch. Das Schaffen menschengerechter Verhältnisse wird von der Politik als zentrale Aufgabe verstanden, zum Beispiel wenn die Verstärkung des sozialen Zusammenhalts als Ziel formuliert ist. Dass dieser Akt ein wesentlicher Teil des gesundheitsrelevanten Handelns darstellt, ist erst wenigen bewusst.

Wenn die Zusammenhänge aufgedeckt werden, wird die Komplexität der Gesundheit sichtbar, was abschrecken wirken kann. Das Systemdenken steht in Konkurrenz zu Partikulärinteressen und Lobbying, welche die Alltagspolitik stark beeinflussen. Public Health- und Gesundheitsförderungsanliegen müssen deshalb in die Sprache der Politik übersetzt werden, um gehört zu werden.

Wenn es nicht gelingt, modernes Gesundheitsverständnis so zu fördern, dass Gesundheit als zentrales Thema der allgemeinen Politik erfasst und anerkannt wird, ist der politische Wille

für die Umsetzung der GFA-Strategie kaum zu generieren. Dies wäre ebenfalls eine Voraussetzung für das Ziel 20.

Schwierig zu überzeugender Gesundheitssektor

Dem Gesundheitssektor kommt eine wichtige Bedeutung in der Umsetzung der G21-Strategie zu, aber auch bezüglich der Ergreifung der Initiative für das Ziel 20 (vgl. Teilziel 20.1). Nun hat aber gerade dieser Sektor noch kaum auf den geforderten Paradigmenwechsel (Fokussierung auf Gesundheit statt auf Krankheit und Unfall) reagiert. Der Alltag ist von der Diskussion um Partikulärinteressen geprägt. Es gibt für die Akteure kaum einen Anlass, das System grundsätzlich zu hinterfragen, da auch die Anreize nicht auf Gesundheit ausgerichtet sind.

In einem so geprägten Umfeld haben es die Vertreter der neuen Denkrichtung, d.h. insbesondere der Public Health und der Gesundheitsförderung, entsprechend schwer. Sie werden als Aussenseiter, Störenfriede und gesundheitspolitische Leichtgewichte betrachtet und behandelt.

Wie sollen aber, wie es das Ziel 20 fordert, Impulse vom Gesundheitssektor aus kommen, welche alle übrigen Gesellschaftsbereiche einschliessen, wenn die Vision Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert lediglich von einer verschwindenden Minorität getragen wird?

Ein Umschwung ist nur zu erwarten, wenn es gelingt, die Anreize auf Gesundheit auszurichten (eine Aufgabe der Politik, siehe 2.3.). Damit werden die verschiedenen Akteure aufgefordert, sich Gedanken zu machen über ihren möglichen Beitrag an ein reformiertes Gesundheitswesen. Sie werden zu ihrer Überraschung feststellen, dass sie zwar anders, aber eben so gut leben werden können.

Public Health und Gesundheitsförderung bilden keine wirksame Einheit

Man sollte meinen, dass wenigstens die in Public Health und Gesundheits-

förderung engagierten Institutionen und Personen am selben Strick ziehen. Doch das Konkurrenzdenken verhindert nicht selten, dass Visionen und Ziele untereinander abgestimmt werden. Soll das Ziel 20 zum Tragen kommen, muss hier sehr rasch ange setzt werden. Nur über eine gemeinsame Sprache und eine vereinte Stossrichtung wird es gelingen, den Kreis zu öffnen und zu erweitern.

Ziele

Die oben angeführten Überlegungen führen zum Schluss, dass die Ziele der WHO in der Schweiz nicht unverändert übernommen werden können, da sie für unser Land im Moment zu ambitioniert wären.

- Bis zum Jahr 2005 sollen zumindest die Voraussetzungen geschaffen werden, damit das Ziel 20 überhaupt erreichbar wird.
- Fachkräfte im Gesundheitswesen haben sich bis zum Jahr 2005 geeignet und interdisziplinäre funktionelle Strukturen geschaffen.
- Eine Kommunikationsinitiative hat Gesundheit zum Dauerthema in der Politik und in der Bevölkerung gemacht.
- Bis zum Jahr 2010 wird in der Schweiz der politische Wille sichtbar, das Gesundheitswesen auf Gesundheit auszurichten.

Lösungsstrategien

Es gibt drei grundsätzlich verschiedene Vorgehensweisen, um diese Ziele zu erreichen:

- In einem Prozess von oben nach unten wird zuerst eine Nationale Gesundheitspolitik moderner Prägung geschaffen. Die nachfolgenden Ebenen leiten daraus ihre Konsequenzen ab und sorgen für eine weitere Verbreitung.
- Im Rahmen eines Einigungsprozesses werden in einem ersten Schritt möglichst viele an einer Änderung im genannten Sinn interessierte Personen und Institutionen aus allen Bereichen in ein unabhängiges und loses Netzwerk eingebunden.

Dieses kann ohne gesetzliche Vorgaben und Basisdruck erfolgen.

- Im Sinn einer „people centred health promotion“ wird eine Massenbewegung ins Leben gerufen. Für einen solchen Ansatz von unten nach oben braucht es einen Leisendruck und geeignete Strukturen, damit der heikle Prozess nicht entgleist.

Nach Abwägung der Vor- und Nachteile dieser Varianten scheint das networking die Strategie mit den besten Erfolgchancen zu sein. Damit wird ein „Zwischendeck“ gebaut, an das Strömungen in Richtung der andern Varianten jederzeit andocken können.

Mögliche Massnahmen

Neutrale Impulsstelle

Es braucht minimale zusätzliche Ressourcen, z.B. in Form einer unabhängigen und allseits akzeptierten Person/Stelle/Institution, die in der Lage und willens ist, hauptsächlich bestehende Netzwerke zu vernetzen und den Prozess zu beleben. Eine solche Initiative ist mit dem Projekt Nationale Gesundheitspolitik geschaffen worden (siehe Ziel 21).

Übersicht gewinnen

Zusammenstellen und Kontaktieren bestehender Netzwerke und Vernetzen interessierter Institutionen/Personen inner- und ausserhalb des Gesundheitssektors. Argumente für und gegen eine übergeordnete Vernetzung sammeln.

Win-Win-Konzept erstellen

Auf Grund dieser Überlegungen wird ein Netzwerk-Konzept geschaffen und kommuniziert, das allen Beteiligten und der Sache selber überzeugend dient.

Netzwerk-Konferenz

Auf der Grundlage des erarbeiteten Konzepts werden die interessierten Partner im Rahmen einer Konferenz

zusammengeführt. Der Zweck dieser Konferenz ist die Einigung auf eine gemeinsame Basis und die Formulierung von Zielen.

Aktionsplan entwickeln und umsetzen

Auf Grund des Resultats der Konferenz wird in partizipativer Weise ein Aktionsplan erarbeitet und mit der Unterstützung aller Beteiligten umgesetzt.

Dauerhafte Netzwerkstrukturen

Das mit dem Aktionsplan Erreichte muss durch Schaffung geeigneter funktioneller Strukturen, die Bisheriges optimal miteinbeziehen, am Leben erhalten und weiterentwickelt werden.

Netzwerkstrukturen als „Zwischendeck“

Erst die unter 4 erwähnte Andockung ermöglicht ein ganzheitliches und wirkungsvolles Bündeln aller gesellschaftlichen Kräfte auf die „Gesundheit 21 CH“. Damit rückt die Realisierung des WHO-Ziels 20 in greifbare Nähe.



KONZEPTE UND STRATEGIEN ZUR „GESUNDHEIT FÜR ALLE“

Bis zum Jahr 2010 sollten in allen Mitgliedstaaten – unterstützt durch geeignete institutionelle Infrastrukturen, Managementprozesse und innovative Ideen – auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene GFA-Konzepte formuliert und umgesetzt werden.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

21.1 Die auf nationaler Ebene verfolgten GFA-Konzepte sollten motivierend und inspirierend wirken und einen zukunftsgerichteten Rahmen für die Einführung entsprechender Konzepte und Massnahmen auf regionaler, kommunaler und lokaler Ebene sowie in Schulen, am Arbeitsplatz und zu Hause bilden.

21.2 Zur Förderung der gesundheitspolitischen Entwicklung auf nationaler und nachgeordneter Ebene sollten Strukturen und Prozesse geschaffen werden, im Rahmen derer eine Vielzahl unterschiedlicher Schlüsselpartner aus dem öffentlichen wie aus dem privaten Sektor Aufgaben im Bereich der Formulierung, Umsetzung, Überwachung und Beurteilung von Konzepten übernehmen sollten.

21.3 Auf der Grundlage der GFA-Prinzipien sollten kurz-, mittel- und langfristige Ziele, Indikatoren und Prioritäten sowie die zur Umsetzung erforderlichen Strategien formuliert und die erreichten Fortschritte regelmässig kontrolliert und evaluiert werden.

Ist – Analyse

In der Schweiz sind Bund und Kantone gemeinsam für die Gesundheitspolitik und insbesondere die Versorgung der Bevölkerung verantwortlich. Der Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung ist gut, und die Leistungen im Gesundheitswesen sind qualitativ hochstehend. Das schweizerische Gesundheitssystem ist leistungsstark, aber dezentral und stark föderalistisch organisiert.

Der Bund verfügt über diejenige Kompetenzen, die ihm die Bundesverfassung zugesteht. Dies sind unter anderem: Kompetenzen innerhalb des Bundesgesetzes betreffend die Freizügigkeit des Medizinalpersonals (1877), des Giftgesetzes (1969), des Epidemiengesetzes (1970) u.a.m.

Die Kantone haben einen hohen Grad an Selbständigkeit und Verantwortung. Die kantonalen Kompetenzen können in vier Bereiche eingeteilt werden:

Regelung der gesundheitlichen Angelegenheiten (Bewilligung für Leistungserbringer, Interkantonale Vereinbarung zur Kontrolle der Heilmittel von 1971);

Organisation und Planung der Gesundheitsversorgung (Spitalplanung, Zuteilung der Prämienzuschüsse der Krankenversicherung, Notfall, Weiterbildung der akademischen Medizinalberufe),

Gesundheitsförderung und Prävention, Ausführung und Implementierung der Bundesgesetze. Wegen Umfang und Tragweite der zu behandelnden gesundheitspolitischen Themen hat sich die Trennlinie zwischen Bundes- und Kantonskompetenzen verschoben. In den letzten 10 Jahren wurde der Bund mit zahlreichen neuen Aufgaben betraut, namentlich mit der Gentechnologie und Fortpflanzungsmedizin (1992), mit dem Bundesbeschluss über die Kontrolle von Blut, Blutprodukten und Transplantaten (1996), mit der Regelung der Medizinprodukte (1998), mit der Transplantationsmedizin (1999), mit der Ausbildung nicht akademischer Medizinalberufe (2000), mit dem Heilmittelwesen und der Weiterbildung der akademischen Medizinalberufe (ab 2001).

Die verschiedenen Problematiken in der Gesundheitspolitik und damit deren Organisation und Planung sind Gegenstand unterschiedlicher Aktivitäten. So zeugen die vielen parlamentarischen Vorstösse und Initiativen von der Aktualität und Dringlichkeit insbesondere der langfristigen Sicherung der Finanzierung und Pla-

nung (Initiative für eine freie Arzt- und Spitalwahl, eingereicht am 23.6.1997; Gesundheitsinitiative, eingereicht am 21.4.1999; Initiative für tiefere Spitalkosten, eingereicht am 14.10.1998 u.a.m.). Fragen rund um die Gesundheitspolitik sind auch in den Medien sehr aktuell. Namentlich die Frage der Finanzierung des Gesundheitssystems ist immer wieder Gegenstand widersprüchlicher Diskussionen. Am 17. September 2000 verabschiedete der Bundesrat die 2. Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), welche sich auf die Neuordnung der Spitalfinanzierung konzentriert. Demnach sollen sich die soziale Krankenversicherung und die Kantone die Vergütung der nach KVG obligatorischen Leistungen bei einem Spitalaufenthalt je zur Hälfte teilen. Damit entstehen für die Kantone kurzfristig erhebliche Mehrkosten.

Die Verantwortlichen der Schweizer Gesundheitspolitik von Bund und Kantonen stehen in den kommenden Jahren vor grossen Herausforderungen: Fragen der Verteilung medizinischer Leistungen, der Finanzierung und der Strukturen des Systems, aber

auch demographische, wirtschaftliche und gesellschaftliche Veränderungen stellen Bund, Kantone und Gesundheitsinstitutionen vor neue Fragen.

Strategien

Angesichts dieser sehr vielfältigen und oft widersprüchlichen gesundheitspolitischen Landschaft, in der oft nationale Daten für evidenzbasierte Entscheidungen fehlen, hat der Bund 1998 zusammen mit den Kantonen den Prozess zu einer nationalen Gesundheitspolitik und insbesondere zu einem Gesundheitsobservatorium gestartet.

Gemeinsames Vorgehen von Bund und Kantonen

Um dem föderalistischen System der Schweiz und den Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht zu werden, muss eine nationale Gesundheitspolitik von Bund und Kantonen gemeinsam getragen werden. Eine nationale Gesundheitspolitik orientiert sich inhaltlich an den Bedürfnissen der Bevölkerung und organisiert den Prozess, um deren Gesundheit zu erhalten und kontinuierlich zu verbessern. Massgeblich für die Orientierungsgrundlagen ist ein Konsens über die Grundprinzipien, Ziele, anderweitige Vorgaben und Prioritäten. In einem gemeinsamen Prozess zwischen Bund und Kantonen werden zuerst die Rahmenbedingungen und Entscheidungsgrundlagen erarbeitet, um Lösungen für aktuelle Probleme und Antworten auf politische Fragen zu finden.

Schaffung von Rahmenbedingungen zu einer nationalen Gesundheitspolitik

Die politisch Verantwortlichen von Bund und Kantonen bekundeten nach einer eingehenden Aussprache das Bedürfnis nach einer Plattform, die eine kontinuierliche Kommunikation zwischen Bund und Kantonen gewährleistet. Um die Abstimmung des politischen Entwicklungsprozesses zu unterstützen, werden Verfahren und Infrastrukturen zur Erleichterung

der Zusammenarbeit aller massgeblichen Partner geschaffen.

Unterstützung durch Gesundheitsinformation

Voraussetzung für eine gesamtschweizerische Gesundheitspolitik ist die präzise Kenntnis der aktuellen Verhältnisse im Gesundheitswesen und der möglichen Entwicklungen. Da die Gesundheit statistisch noch nicht genügend auf nationaler Ebene dargestellt werden kann, ist die Schaffung eines Gesundheitsobservatoriums der erste Schritt zu einer nationalen Gesundheitspolitik. Den politisch Verantwortlichen aus Bund, Kantonen und Gemeinden soll es möglich sein, auf Grund nationaler Daten evidenzbasierte Entscheide zu fällen. Das Gesundheitsobservatorium soll die Information der Öffentlichkeit unterstützen und auch privaten Institutionen und Organisationen zu Gute kommen.

Wahl von gesundheitspolitischen Fragen von hoher Aktualität

Die Behandlung künftiger gesundheitspolitischer Fragen bedarf einer Koordination und Kooperation von Bund, Kantonen und den Partnern im Gesundheitswesen. Die politisch Verantwortlichen haben in einem ersten Schritt drei aktuelle Themen ausgewählt. Die themenspezifischen Ziele sollen unter Einbezug aller relevanten Partner erarbeitet werden. Zielvorgaben sind ein wirksames Instrument, um politische Vorgaben spezifischer zu machen, Fortschritte zu messen und die Partner zu motivieren, gesundheitspolitische Entwicklungen aktiv zu unterstützen.

Empowerment der Bevölkerung

Empowerment wird als Kompetenzerweiterung von Individuen, Fachleuten und Gesellschaft zur Bewältigung von Herausforderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen verstanden. Rahmenbedingungen werden erarbeitet, die es erlauben, sich sowohl im individuellen wie auch im gesamtgesellschaftlichen Kontext für gesunde Lebens, Lern- und Arbeitsbedingungen einzusetzen.

Mentale Gesundheit

Mentale Gesundheit wird im Sinne von „psychischem und geistigem Wohlbefinden“ verstanden. Ein theoretisch fundiertes Gesamtbild soll die wesentlichen Aspekte von seelischer Gesundheit im Schweizer Kontext aufzeigen, um gesundheitspolitischen Handlungsbedarf abzuleiten.

Nationale Kriterien der Angebotsplanung, Planung und Koordination der Spitzenmedizin

Aufgrund der beiden schon existierenden Arbeitsgruppen innerhalb der SDK werden nationale Kriterien für beide Bereiche erarbeitet und mit aktuellen Fragen der Hochschul- und Standespolitik verknüpft.

Lebensqualität

Die Gesundheitsförderung Schweiz hat ebenfalls ein Projekt lanciert, um die Wahrnehmung über Lebensqualität und Gesundheitsförderung auf nationaler Ebene zu eruieren, einen allfälligen Handlungsbedarf zu definieren sowie konkrete Handlungsstrategien zu formulieren, die sich in eine nationale oder regionale Gesundheitspolitik einbringen lassen.

Neuorientierung der Medizin

Vor etwas mehr als einem Jahr lancierte die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) das Projekt "Neuorientierung der Medizin", um die Probleme der gegenwärtigen Medizin zu identifizieren und mögliche, wünschenswerte Entwicklungslinien zu skizzieren.

Ziele

- Bis zum Jahr 2008 hat das Projekt „Nationale Gesundheitspolitik“ einen Rahmen geschaffen, in welchem die hier vorgestellten Ziele verwirklicht werden können.
- Bis zum Jahr 2005 ist das Nationale Gesundheitsobservatorium eingeführt; Routinedaten zur Messung der Fortschritte auf dem Weg zur

Erreichung der in diesem Dokument postulierten Ziele sind vorhanden und zugänglich.

- Auf dieser Basis entwickeln alle Beteiligten im Gesundheitswesen bis zum Jahr 2010 eine Gesamtstrategie für „Gesundheit für alle“.

Weitere Massnahmen

Der Diskussion um Inhalt und Rahmenbedingungen einer nationalen Gesundheitspolitik bedarf es noch einiger grundlegender Punkte, die schrittweise, im Konsens angegangen werden müssen:

Bewusstseinsbildung

Der Prozess zu einer nationalen Gesundheitspolitik soll zu einem klareren Bild und besseren Verständnis der Gesundheitsdeterminanten, der Erfahrungen wie auch der gesundheitlichen Ungleichheiten führen. Dazu müssen die Aufgaben der Gesundheitspolitik und insbesondere des Gesundheitsobservatoriums so konzipiert sein, dass sie von Politikern, Partnern, Fachkreisen und auch von der Öffentlichkeit verstanden werden.

Abstimmung des Prozesses

Der politische Entwicklungsprozess muss transparent organisiert werden und die weitestgehende Beteiligung verschiedener Sektoren, Ebenen und Organisationen gewährleisten. Die mit der Durchführung und Umsetzung der Gesundheits- und Entwicklungspolitik Beauftragten müssen auch an der Gestaltung und Evaluierung beteiligt sein.

Legitimierung des Prozesses

Der Prozess der politischen Gestaltung muss durch einen breiten, transparenten Kommunikationsprozess unterstützt werden. Deshalb sind Kommunikationsmittel wie Internet und Mediendienste gezielt einzusetzen. Prozess, Zielerreichung und Konsensverfahren müssen evaluiert werden, damit aus den Erfahrungen gelernt und veränderten Rahmenbe-

dingungen mit den erforderlichen Anpassungen Rechnung getragen werden kann.

Schaffung neuer Bündnisse

Die Formulierung und Umsetzung einer solchen Politik setzt Bündnisse unter verschiedenen Sektoren und zahlreichen involvierten öffentlichen und privaten Partnern voraus. Die Zusammenarbeit zur Definition und Umsetzung gemeinsamer Ziele erfordert neue Strukturen zur Einbeziehung aller Partner. Der Dialog muss offen und gut dokumentiert geführt werden. Es ist wünschenswert, dass der Bund und die Kantone gemeinsam ihre Führungsrolle für die politische Umsetzung übernehmen. Die Weiterentwicklung der Inhalte und Policies muss noch vermehrt Vereinbarungen über Verantwortlichkeiten, Verfahren und Budgets beinhalten.

Umsetzung der Politik und Inhalte

Die zur Umsetzung möglichen Massnahmen sind je nach Zuständigkeits-ebene unterschiedlich wichtig. Es ist ein grosses Engagement aller Partner anzustreben, welche die Ziele und Massnahmen dann in ihrem Zuständigkeitsbereich umsetzen. Die Mechanismen zur Information und Einbeziehung der Öffentlichkeit müssen noch verstärkt werden, denn ein Grossteil des Engagements und der Initiativen kommt von dieser Ebene. Unter diesen Voraussetzungen wird es möglich sein, sich mittel- und langfristig den kommenden gesundheitspolitischen Herausforderungen zu stellen sowie gute und tragfähige Lösungen zu erarbeiten und anzubieten.

- Bundesamt für Statistik. Schweizerische Gesundheitsberichterstattung 1997. (Bundesamt für Statistik, ed.). Bern: Bundesamt für Statistik, 1997.
- Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen. Auswirkungen von Armut und Erwerbslosigkeit auf Familien. Ein Überblick über die Forschungslage in der Schweiz. Bern: EDMZ, 1997.
- Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen. Auswirkungen von Armut und Erwerbslosigkeit auf Familien. Empfehlungen der Eidgenössischen Koordinationskommission für Familienfragen. Bern: EDMZ, 1998.
- Lehmann P, Mamboury C., Minder C. Health and social inequities in Switzerland (Review). *Soc Sci Med* 1990; 31: 369-386.
- Leu R., Burri S. & Aregger P. Lebensqualität und Armut in der Schweiz. Bern: Haupt, 1997.
- Levi F., Negri E., La Vecchia C., Te VC. Socioeconomic groups and cancer risk at death in the Swiss canton of Vaud. *Int. J. Epidemiol* 1988; 17: 711-717.
- Mielck A. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Hans Huber Verlag, 2000.
- Minder CE. Socio-economic factors and mortality in Switzerland. *Soz. Präventivmed.* 1993; 38: 313-328.
- Minder CE, Beer V, Rehmann R. Sterblichkeitsunterschiede nach sozioökonomischen Gruppen in der Schweiz. *Soz. Präventivmed.* 1998; 43: 270-279.
- Office fédéral de la statistique. Annuaire statistique de la Suisse 2000. 107e année. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung; 1999.
- Drack G, Ackermann-Liebrich U, Schindler C. Mortalité infantile en Suisse: tendance toujours à la baisse. 11 septembre 1998, communiqué de presse n° 77/1998.
- Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F, Calame A, et al. Incidence et prévalence des affections chroniques à l'âge de 18 mois dans une cohorte d'enfants vaudois. Rapport EDEN N° 2. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998. Lausanne: Raïsons de santé 15; 1998.
- Chiffres obtenus par M. Erwin Wüest, Service de renseignements dans le domaine de la santé, Office suisse de la statistique, Neuchâtel.
- Aebi A, Dessoulavy D, Scenini R. La politique familiale et son arlésienne: L'assurance-maternité. Genève: Editions I.E.S.; 1994.
- Office Fédéral de la Statistique. L'enquête suisse sur la population active (ESPA). Résultats commentés et tableaux 1999. Série Statistique de la Suisse / Emploi et vie active N°3. Neuchâtel; 1994.
- Loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce.

Ziel 3

- Office fédéral de la statistique. Première expérience sexuelle et contraception. OFS, Recensements fédéraux de la population. L'enquête suisse sur la famille. Neuchâtel; 1998.
- Riolo C. Planning familial. [cited in: Dictionnaire suisse de politique sociale]. Available from: Socialinfo. [cited 2000 Aug 15]. URL: <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=826>.
- Dondénaz M. Avortement, Interruption de grossesse: le cas de la Suisse. Réalités sociales, Lausanne; 1987.
- Dondénaz M, et al. Interruption de grossesse en Suisse 1966-1996. Une baisse des chiffres liée à la contraception. *Méd et Hyg* 1998;56:961-8.
- Bachelard O, Santos-Eggimann B, Paccaud F. Le suivi prénatal des femmes accouchant dans le canton de Vaud: Etude rétrospective de 854 cas. *Soz Präventivmed* 1996; 41: 270-279
- OPAS, Art. 14.
- Office fédéral de la santé publique

IV. Dispositions spéciales de protection. 2. Femmes enceintes et mères qui allaitent. Art. 35a Occupation durant la maternité. Available from: Confoederatio Helvetica. [cited 2000 Aug 15]. URL: http://www.admin.ch/ch/f/rs/822_11/a35a.html

- Richard-De Paolis P, Troutot P-Y, Gaberel P-E, Kaiser C, Meyer G, Pavillard S, et al. Petite enfance en Suisse romande. Enquête sur les institutions, les politiques et les pratiques de la prime éducation. Lausanne: Réalités sociales; 1995.
- La politique familiale en Suisse, rapport présenté au chef du DFI. Berne; 1982. Rapport sur la situation de la famille en Suisse. OFAS, Berne; 1978.
- Idem.

Ziel 5

- Health 21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series; No. 5. Copenhagen, 1998.
- Office fédéral de la statistique. Annuaire statistique de la Suisse 2000. Chapitre 14: Santé, p. 356. Neuchâtel, 2000
- Stuck A E, Minder C E, Peter-Wüest I, Gillmann G, Egli C, Kesselring A, Leu R E, Beck J C. A Randomized Trial of In-Home Visits for Disability Prevention in Community Dwelling Older People at Low and High Risk for Nursing Home Admission. Arch Int Med 160: 977-986, 2000.
- Abelin T, Beer V, Gurtner F (Hrsg.). Gesundheit der Betagten in der Schweiz. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/93. Paul Haupt, Bern 1998.
- Abelin T, Schlettwein-Gsell D. Behinderungen und Bedürfnisse Betagter - eine multifaktorielle epidemiologische Studie unter städtischen Verhältnissen. Schweiz. med. Wschr. 116: 1524-42, 1986.
- Abelin T. Gesundheit, soziale Situation und Hilfsbedarf der Betagten. In: Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997. Statistik in der Schweiz, Reihe 14, Gesundheit. Bundesamt für Statistik, Neuchâtel, 2000.

Ziel 6

- Häfner H., Maurer K., Löffler W., et al. (1993). The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. Br J. psychiatry, 162, 80-86.
- Häfner H., Maurer K., Löffler W., Bustamante S., van der Heiden W., Riecher-Rössler A., Nowotny B., (1995). Onset and early course of schizophrenia. In: Häfner H. & Gataz WF: Search for the causes of schizophrenia, Vol. III. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Johannessen JO (1998). Early intervention and prevention in schizophrenia. Experiences from a study in Sta-vanger, Norway. Psychiatria et Neurologia Japonica 100: 511-522.
- McGlashan Th., Johannessen JO (1996). Early Detection and intervention with schizophrenia: rationale. Schizophr Bull 22, 201-222.
- McGlasahn Th (1999). Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? Biol Psychiatry 46; 899-907.
- McGorry PD, Jackson HJ. The recognition and management of early psychosis: a preventive approach. Cambridge, Cambridge University Press, 1999.
- McGorry PD, McKenzie D, Jackson HJ, Waddell F, Curry C. Can we improve the diagnostic efficiency and predictive power of prodromal symptoms for schizophrenia? Schizophr Res 2000; 42 : 91-100.
- Simon AE, Berger GE, Merlo MCG. Ferrero F. (1999). Diagnose und Behandlung der Frühphase schizophrener Erkrankungen. Teil: Die Bedeutung der Früherkennung. Schweiz. Aerztezeitung 32/33; 1973-1975.
- Yung AR, McGorry PD. The prodrome phase of first-episode psychosis: past and current conceptualisations. Schizophr Bull 1996; 22: 353-70.
- Yung AR, Philips LJ, Drew LT (1999). Promoting access to care in early psychosis. In: The recognition and management of early psychosis: a preventive approach McGorry PD. Jackson JH (eds.). Cambridge University Press, Cambridge/UK, 81-114.

Ziel 7

- Murray JL, Lopez AD, The Global Burden of Disease. A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk factors in 1990 and Projected to 2020. Harvard University Press, 1996.

Ziel 8

- BFS. Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2000. Zürich: NZZ Verlag; 1999.
- Gutzwiller F, Bopp M, Paccaud F. Herz-Kreislauf-Krankheiten. In: Gutzwiller F, Jeanneret O, eds. Sozial- und Präventivmedizin. Public Health. Brn: Hans Huber; 1996.
- Sans S, Kesteloot H, Kromhout D. The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Eur Heart J. 1997; 18:1231-48.
- Schüler G, Levi F. Krebserkrankungen. In: Gutzwiller F, Jeanneret O, eds. Sozial- und Präventivmedizin. Public Health. Bern: Hans Huber; 1996.
- Minder CE. Socio-economic factors and mortality in Switzerland. Soz Präventivmed 1993; 38: 313-328.
- Levi, F, Negri E, La Vecchia C, Te VC. Socioeconomic groups and cancer risk at death in the Swiss canton of Vaud. Int J Epidemiol 1988; 17: 711-717.
- Lehmann P, Mamboury C, Minder C. Health and social inequities in Switzerland (Review). Soc Sci Med 1990; 31 369-386.
- Beer V, Bisig B, Gutzwiller F. Social class gradients in years of potential life lost in Switzerland. Soc Sci Med. 1993;39(8):1011-18.
- Bisig B, Gutzwiller F. Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin Uni Zürich; 1999.
- Bisig B, Bopp M, Minder CM. Sozio-ökonomische Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. In: Mielck A, Bloomfield K, eds. Sozial-Epidemiologie. Weinheim, München: Juventa.2001; p.60-70.
- Witschi A, Junker C, Minder CE. Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. Ergebnisse der

Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB 1992/93. Interner Bericht. Bern: ISPM Bern:2000.

- Bisig B, Paccaud F. Geographische Verteilung wichtiger Todesursachen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Statistik; 1987.
- Schüler G, Bopp M. Atlas der Krebsmortalität in der Schweiz 1970-1990: Krebssterblichkeit, Band C. Basel: Birkhäuser Verlag; 1997.
- Wanner P, Peng F, Cotter S. Mortalität par âge et cause de décès en Suisse: Une analyse des disparités cantonales durant la période 1978/83 à 1988/93. Eur J of Population. 1997;13:381-99.

Ziel 9

- Commission des statistiques de l'assurance-accidents LAA (CSSA): Statistique des accidents LAA, éd. 2000, Lucerne
- Tschumper A., Narring F., Meier C., Michaud PA: Sexual victimization in adolescent girls (age 15-20 years) enrolled in post-mandatory schools of professional training programmes in Switzerland. Acta Paediatrica 1998, 87:212-7
- Office fédéral de la statistique: Annuaire statistique de la Suisse 2000. NZZ Verlag

Ziel 10

- Bundesamt für Statistik, Bundesamt für Umwelt, Wald und Landschaft (Hrsg.). Umwelt in der Schweiz 1997: Daten, Fakten, Perspektiven. Bern. 1997
- Bundesamt für Statistik (Hrsg.). Umweltstatistik Schweiz: Gesundheit (Nr. 10). Bern. 1999
- Bundesamt für Gesundheit, Bundesamt für Umwelt, Wald und Landschaft. Nachhaltige Entwicklung: Aktionsplan Umwelt und Gesundheit. Bern. 1997
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel. Aktionsplan Umwelt und Gesundheit: Die Ausgangslage. Berichte zu den Teilbereichen „Natur und Wohlbefinden“, „Mobilität und Wohlbefinden“ und „Wohnen und Wohlbe-

finden“. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Basel. 2000

Ziel 13

- Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21. November 1986, WHO/HPR/HEP/95.1
- Rio Declaration on Environment and Development. The United Nations Conference on Environment and Development, Rio de Janeiro, 1992
- The Jakarta Declaration on leading Health Promotion into the 21st Century, Fourth International Conference on Health Promotion, Jakarta 21–25 July 1997, WHO/HPR/HEP/41 CHP/BR/97.4

Ziel 14

- Koordinationsgruppe antibiotikaresistente Mikroorganismen. Antibioresistenz der Bakterien in der menschlichen, tierischen und pflanzlichen Welt. Bern, BAG, Dezember 1999.
- NFP 49. Die Antibiotikaresistenz. Piffaretti Jean-Claude, Präsident der Leitungskommission; Lugano (Beginn der Arbeit: 1. Juli 2001).
- E. Lanz: Wellness Tourismus; Marktanalyse und Qualitätsanforderungen für die Hotellerie_Schnittstellen zur Gesundheitsförderung; Reihe Berner Studien zu Freizeit und Tourismus 38, 1999.
- Bundesamt für Wohnungswesen, CD-ROM „Nachhaltigkeit und Wohnen“, November 2000
- PNR 45 „Problèmes de l'Etat social“. Président du comité de direction: Ludwig Gärtner, OFAS (début: novembre 2000).

Ziel 17

- Saltman R.B, Figueras f. European Health Care Reform. Analysis of current strategies. WHO, Regional Office for Europe, 1997
- Bundesamt für Sozialversicherung. Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz. Synthesebericht. Bern 2001. www.osv-admin.ch/aktuell/presse/2001/d/01121701_synthesebericht.pdf

Ziel 18

- CDS, Rapport de la Task force : la formation dans le domaine de la santé, 1998.
- Rapport final du groupe de travail "Formation continue dans le domaine de la santé", 1999.
- Formation professionnelle continue selon le système modulaire, résumé sur la phase pilote, 1996 à 1998
- Les effets des accords bilatéraux entre la Suisse et la Communauté européenne dans les cantons, en particulier en matière de reconnaissance des diplômes de professions de santé, Institut de droit de la santé, Neuchâtel, mars 2000.
- Classification de la formation diplôme dans le domaine de la santé publique au niveau tertiaire : diplôme unique en soins, sages-femmes, Cornelia Oertle Bürki, cheffe du domaine de la formation professionnelle à la CDS, septembre 2000.
- Profil de la formation en santé dans le cadre des hautes écoles spécialisées (HES-santé), novembre 2000.
- Reconnaissance internationale des diplômes, réglementations, pratiques existantes et mesures à prendre, OFFT, février 2001.
- Rapport du groupe de travail n°5 "Image des professions de la santé et recrutement", Conférence de concertation des ressources humaines, mars 2001.
- La responsabilité civile à raison des actes médicaux, notamment des auxiliaires, Corinne Vollenweider, collaboratrice juridique à la CDS, juin 2001.

Ziel 20

- Raeburn John, Rootman Irving, People-centered Health Promotion, Wiley, Chichester, 1998 ISBN/0-471-97137-5
- EC (European Commission) + IUHPE (Internat. Union for Health Promotion and Education)
- The evidence of Health promotion Effectiveness
- ECSC-EC-EAEC, Brussels-1999

Ziel 1:

Ursula Ackermann-Liebrich, Prof. Dr.
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel

Fred Paccaud, Prof. Dr.
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Ziel 2:

Hans Wydler, lic.phil.I
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

Fred Paccaud, Prof. Dr.
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Ziel 3:

Ursula Ackermann-Liebrich, Prof. Dr.
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel

Régine Lauffer Eichenberger, Hebamme
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Brigitte Santos-Eggimann, PD Dr.
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Ziel 4:

Petra Kolip, Prof. Dr.
Universität Bremen, Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin

Hans Wydler, lic.phil.I
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

Pierre-André Michaud, Dr.
V. Addor, **F. Narring**, **S. Stronski**
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Ziel 5:

Theodor Abelin, Prof. Dr.
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern

Brigitte Santos-Eggimann, Dr.
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Ziel 6:

Wulf Rössler, Prof. Dr.
Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich
François Ferrero, Prof. Dr.
Clinique psychiatrique universitaire, Genève

Ziel 7:

Robert Steffen, Prof. Dr.
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

Pierre-Alain Raeber, Dr.
Office fédéral de la santé publique, Berne

Mario Lazzaro, Dott.
Medico cantonale aggiunto, Bellinzona

Ziel 8:

Brigitte Bisig
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

Fred Paccaud, Prof. Dr.
Fabio Levi, Prof. Dr.
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Ziel 9:

Marcel-André Boillat, Prof. Dr.
Institut universitaire romand de santé au travail (IST), Lausanne

Ziel 10:

Sonja Kahlmeier, Dr.
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel

Ursula Ulrich,
Bundesamt für Gesundheit, Bern

Jean Simos, Dr.
Département cantonal de la santé publique, Genève

Charlotte Braun-Fahrländer, PD Dr.
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel

Ziel 11:

Jean-Pierre Gervasoni, Dr.
Jacques Cornuz, PD Dr.
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Ziel 12:

Jacques Cornuz, PD Dr.
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
Jacques Besson, Prof. Dr.
Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA), Lausanne

Ziel 13:

Cornelia Conzelmann, Dr.
Erziehungsdirektion Baselstadt, Basel
Elisabeth Marty-Tschumi, dipl.pharm.
Delegierte für Prävention und Gesund-

heitsförderung für den Kanton Wallis, IUMSP, Lausanne

Ziel 14:

Therese Stutz Steiger, Dr.
Bundesamt für Gesundheit, Bern
Ignazio Cassis, Dott.
Medico cantonale, Bellinzona
Vinciance Frund,
Bundesamt für Gesundheit, Bern

Ziel 15:

Brigitte Santos-Eggimann, PD Dr.
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Ziel 16:

Bernard Burnand, Prof. Dr.
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Ziel 17:

Felix Gurtner, Dr.
Bundesamt für Sozialversicherung, Bern

Ziel 18

Anne-Corinne Vollenweider,
Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK), Bern

Ziel 19:

Ursula Ackermann-Liebrich, Prof. Dr.
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel
Fred Paccaud, Prof. Dr.
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Ziel 20:

Rolf H. Zahnd, Dr.
Wahlendorf
Jean-Luc Baierlé, Dr.
Médecin cantonal, Porrentruy

Ziel 21:

Barbara Fäh
Fachhochschule Nordwestschweiz
Département Gesundheit, Aarau
Franz Wyss, lic.rer.pol.
Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK), Bern
Gerhard Kocher, Dr. rer. pol.
Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP), Muri