

Synapse

Die Synapse finden Sie unter:

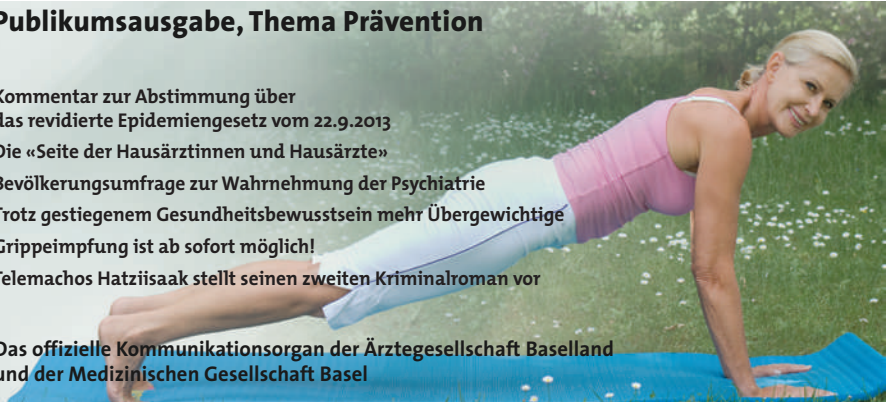
www.synapse-online.ch

- 5 Die Geschichte des Präventionsgesetzes
- 7 Vorsorgeuntersuchungen sind eine Kernaufgabe von Kinder- und Jugendärzten
- 8 Gesundheitscoaching KHM: neuer Wind bei der Gesundheitsberatung in der Arztpraxis!
- 10 Sexualerziehung: auch ein ärztliches Thema?
- 15 Sexuell übertragene Krankheiten – Symptome beim Mann
- 16 Alkoholprävention tut not

Publikumsausgabe, Thema Prävention

- 18 Kommentar zur Abstimmung über das revidierte Epidemiengesetz vom 22.9.2013
- 19 Die «Seite der Hausärztinnen und Hausärzte»
- 20 Bevölkerungsumfrage zur Wahrnehmung der Psychiatrie
- 21 Trotz gestiegenem Gesundheitsbewusstsein mehr Übergewichtige
- 22 Grippeimpfung ist ab sofort möglich!
- 22 Telemachos Hatzisaak stellt seinen zweiten Kriminalroman vor

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel



Editorial

Leitartikel / Prävention



Menschen motivieren und stärken, gesund zu leben

Bei der Prävention geht es nicht nur um Massnahmen, das Auftreten von Krankheiten vorzubeugen, sondern auch darum, Krankheitsfolgen zu minimieren und ein Fortschreiten der Krankheit einzudämmen. Ganz wesentlich zum Erfolg von Präventionsmassnahmen tragen unser Lebensstil und unser persönliches Gesundheitsverhalten bei.

Liebe Leserinnen und Leser

Die erste historisch belegte Äusserung zum Thema Prävention stammt vom griechischen Arzt Hypokrates, welcher um 400 vor Christus auf der Insel Kos den Satz «Vorbeugen ist besser als heilen» geprägt hat. Im Laufe der Entwicklungsgeschichte der Medizin verlagerte sich die ärztliche Tätigkeit allmählich von der reinen Symptombekämpfung zur Forschung nach den Ursachen von Erkrankungen und damit in Richtung vorbeugende Massnahmen zum Verhindern von Krankheiten.

Die moderne Medizin kann mit immer feineren Messmethoden schon sehr früh Risiken für spätere Erkrankungen aufzeigen. Dies spricht für Präventionsuntersuchungen.

Ein einfacher Vergleich mag motivierend sein für die Prävention:

Ein Segelschiff, welches vom Kurs abkommt, kann bei früher Kontrolle mit einer kleinen Korrektur wieder auf Kurs kommen. Merkt man die Kursabweichung zu spät, so ist eine Rückkehr oft aufwendig und schwierig.

Was schliesst Prävention alles mit ein? Vorbeugen heisst manchmal auch verhindern. Doch die Antworten auf die Frage, was genau verhindert werden soll, sind umstritten. Die Schaffung solider, wissenschaftlicher Entscheidungsgrundlagen ist komplex. Bei der konkreten Umsetzung kommt es meist zu wertebasierten, politischen Diskussionen. Fazit: Die Gesundheit stellt nicht für alle das höchste Gut dar.

Wirtschaftliche Partikularinteressen, die Würde und Freiheit des Einzelnen, inklusive des Rechts auf Selbstschädigung, führen oft zu widersprüchlichen Massnahmen. So sind dieses Jahr die Voten und Beschlüsse des eidgenössischen Parlaments hinsichtlich der Totalrevision des Alkoholgesetzes von 1932 aus präventivmedizinischer Sicht inkonsistent, inkonsequent und schlussendlich unwirksam. Denn sie sehen gleichzeitig einen Abbau verhältnispräventiver und eine Verschärfung verhaltenspräventiver Massnahmen vor. Verhaltensprävention ist beliebt, ausser bei der Gruppe, die es betrifft. Je kleiner diese Gruppe, desto mehr Personen können mit dem Finger auf sie zeigen und Sanktionen politisch durchsetzen. Bei der Verhältnisprävention sind weitere Kreise betroffen, oft auch wenige Personen, die an einem eigentlich unerwünschten Verhalten grösserer Minderheiten ordentlich verdienen und aufgrund ihrer Finanz-

→ Fortsetzung Seite 3

Diese Entwicklung der Frühdiagnose von Krankheitsrisiken bringt aber auch eine Ethik-Diskussion mit sich. Auf keinen Fall dürfen Menschen, welche zu Risikogruppen gehören, durch dieses Wissen im Berufsleben oder versicherungstechnisch benachteiligt werden.

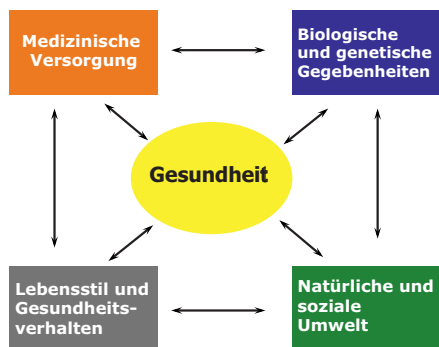
Letztlich bleibt das urteilsfähige Indivi-

duum selbst verantwortlich für seine Gesundheit. Die Prävention soll transparent aufklären und dadurch die Menschen motivieren, zu ihrer oder zu der Gesundheit von ihnen anvertrauten Personen Sorge zu tragen.

Dr. med. Felix W. Eymann, Basel

kraft entsprechendes politisches Gewicht haben. Die Folgen tragen die Individuen, die Folgekosten werden, im Rahmen der Reparaturwerkstatt «Gesundheitswesen», sozialisiert – die Gewinne privatisiert.

Bei Prävention geht es gemäss der Weltgesundheitsorganisation nicht nur darum, Massnahmen zu treffen, die ein Auftreten von Krankheiten vorbeugen, sondern auch um Massnahmen, die Krankheitsfolgen minimieren und ein Fortschreiten der Krankheit eindämmen. Präventive Massnahmen zielen entweder auf das Verhalten von Individuen oder auf die Verhältnisse ab, in welchen diese Individuen leben. In letzterem Zusammenhang ist oft auch von struktureller Prävention die Rede. Unsere Gesundheit wird nur zum Teil durch das Gesundheitswesen, d.h. die medizinische Versorgung, beeinflusst. Biologische und genetische Gegebenheiten spielen neben der natürlichen und sozialen Umwelt eine grosse Rolle. Lebensstil und Gesundheitsverhalten tragen massgeblich zu unserer Gesundheit bei (*Abbildung*). Seit langem werden 3 Arten präventiver Massnahmen in zeitlichem Zusammenhang mit einer Erkrankung unterschieden. In den letzten Jahren kam noch eine Vierte hinzu.



Primärprävention

Bei der Primärprävention handelt es sich um Massnahmen, die gesunde Personen betreffen, welche weder erkrankt sind noch Beschwerden verspüren. Die Krankheit soll durch diese Massnahmen gar nicht erst auftreten oder wenn, dann zu einem späteren Zeitpunkt. Typisches Beispiel sind Impfungen. Mit einer Hepatitis-B-Impfung wird eine chronische Leberentzündung, verursacht durch ein Virus, verhindert und in der Folge auch Leberkrebs. Die Impfung erfolgt heute im Kindes- oder Jugendalter. Da es sich um eine über Blut übertragbare hochansteckende Erkrankung handelt, lassen sich alle Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind, seit langem impfen. Die generelle Impfung kam erst später, da bei guter Verträglichkeit nachgewiesen werden konnte, dass neben allem vermiedenen menschlichen Leid auch die anfallenden ökonomischen Kosten

der Impfung viel geringer ausfallen als die aufwendigen und jahrelangen Behandlungen der Leberentzündung und von Leberkrebs.

Sekundärprävention

Bei der Sekundärprävention handelt es sich um Massnahmen, die Personen betreffen, die bereits erkrankt sind, aber noch keine Beschwerden verspüren. Durch diese Massnahmen soll eine Erkrankung in einem früheren, noch besser behandelbaren Stadium entdeckt werden. Oft wird auch von Screening- oder Filteruntersuchungen gesprochen. Hierunter fallen die ganzen Krebsvorsorgeuntersuchungen: Mammographie und ergänzend bei Bedarf Ultraschall bei Brustkrebs, die PSA-Untersuchung bei Prostatakrebs, die Darmspiegelung bei Darmkrebs und der Gebärmutterhalsabstrich beim Gebärmutterhalskrebs. Aktuell dreht sich die Diskussion darum, ob wir beim Screening

nicht auch Krebsarten entdecken, die extrem langsam fortschreiten. So langsam, dass die Patientin/der Patient zeitlebens nie mit Beschwerden zu rechnen haben wird und die Nebenwirkungen einer allfälligen Behandlung zu grösseren Lebensqualitätseinbussen führen könnten als die Erkrankung selbst. Abgehandelt wird die Thematik, etwas verwirrend, unter dem Stichwort «Überdiagnose». Fachlich vorzuziehen wäre der Begriff «Length Bias».

Tertiärprävention

Bei der Tertiärprävention handelt es sich um Massnahmen, die erkrankte Personen betreffen, die ein Vollbild einer Erkrankung aufweisen und unter Beschwerden leiden oder gelitten haben. Tertiärprävention soll dazu führen, dass der Patient oder die Patientin nicht innert kürzester Zeit beispielsweise weitere Herzinfarkte oder Schlaganfälle erleidet. Oft erfolgen diese Massnahmen in ambulanten Rehabilitationsprogrammen oder stationär in Rehabilitationskliniken. Bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind ein Rauchstopp (effektivste Einzelmassnahme), eine Ernährungsumstellung und gesteigerte körperliche Aktivität, ebenso die Kontrolle der Blutdruck-, Cholesterin- und Blutzuckerwerte, üblicherweise Bestandteil solcher Programme.

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
Schweiz. Ärzteverlag EMH
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Mail: synapse@emh.ch

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Tobias Eichenberger, Facharzt für Urologie FMH
med. pract. Katja Heller, Fachärztin für Kinder und Jugendliche FMH
Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Dr. med. Alexandra Prünke, Fachärztin für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie FMH
Dr. med. Carlos Quinto MPH, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern,
Ruedi Bienz, Vorsitzender GL, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Verantwortlicher Fortbildungskalender

Dr. med. Julian Mettler, Mail: julian.mettler@hin.ch

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 55, Fax 061 467 85 56
E-Mail: verlag@emh.ch
www.emh.ch

Layout, Satz und Druck

Schwabe AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise

erscheint sechsmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inserate

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Nadja Huber, Assistentin Inserateregie
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 88, Fax 061 467 85 56
nhuber@emh.ch

«Synapse» im Internet: www.synapse-online.ch



Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland

Lic. iur. Friedrich Schwab, Rechtsanwalt
Renggenweg 1, CH-4450 Sissach
Tel. 061 976 98 08, Fax 061 976 98 01
E-Mail: fschwab@hin.ch



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

Dr. Jennifer Langlosh-Wetterwald
Marktgasse 5, CH-4051 Basel
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 18. 11. 2013

Quarternäre Prävention

Bei der quarternären Prävention handelt es sich um Massnahmen, die Personen betreffen, die nicht erkrankt sind, aber Beschwerden verspüren. Es geht nach sorgfältiger Abklärung darum, weitere potentiell schädigende diagnostische Untersuchungen und ineffektive, möglicherweise schädigende Behandlungen zu vermeiden.

Gesundheitsförderung

Da Verbote meist nicht attraktiv sind, kam es 1986 in Ottawa zu einem Paradigmenwechsel. Statt zu verbieten soll gefördert werden: «Gesundheitsförderung». Gesundheitsförderung wird in der Schweiz über einen winzigen Bruch-

teil der Krankenkassenprämien finanziert.

Gesundheitsförderung schliesst eine Beteiligung betroffener Personen in den Entwicklungsprozess der Massnahmen mit ein (Partizipation, «bottom up» statt «top down»). Die Personen sollen gestärkt werden (Empowerment), selbst Verhaltensänderungen vorzunehmen. Auch handelt es sich meistens um Massnahmen, die nicht nur im Gesundheitswesen, sondern auch in anderen Politikbereichen erfolgen müssen, z.B. in der Raum- und Verkehrsplanung.

Fazit

Mit Verhaltensänderungen respektive den entsprechenden Präventions- und

Gesundheitsförderungsprogrammen lässt sich ganz viel erreichen. Wer auf eine ausgewogene, nicht zu energiereiche Nahrung achtet, sich regelmässig körperlich bewegt (eine halbe Stunde mittlerer Intensität pro Tag genügt), mit Mass Alkohol trinkt und nicht raucht, gewinnt im Schnitt 15 Jahre in guter Lebensqualität. Ich kenne keine Tablette, die das schafft. Falls Sie Unterstützung brauchen und etwas verändern wollen, melden Sie sich bei Ihrem Arzt oder Apotheker, und Sie müssen keine Packungsbeilage lesen.

Dr. med. Carlos Quinto MPH, Basel

Die Geschichte des Präventionsgesetzes

Nach mehrjähriger Arbeit am Präventionsgesetz scheiterte die Vorlage am 27. September 2012 im Ständerat. Am Ende fehlten zwei Stimmen. Ein Rückblick.

Nichtübertragbare Krankheiten wie Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf- und Atemwegs-Erkrankungen, aber auch psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen sind das Problem Nr. 1 der öffentlichen Gesundheit. Sie sind für frühzeitige Todesfälle, chronisches Leiden und verminderte Lebensqualität verantwortlich und verursachen hohe volkswirtschaftliche Kosten. Der Lebensstil ist eine der Hauptursachen von nichtübertragbaren Krankheiten – sie wären in der Folge weitgehend vermeidbar. Der individuelle Lebensstil ist jedoch immer eingebettet in soziale, wirtschaftliche und kulturelle Rahmenbedingungen, diese prägen auch das politische Umfeld.

1. Etappe: Vorarbeiten

Der erste Versuch des Bundes, ein «Präventivgesetz» zu erlassen, scheiterte im Jahre 1982 am Widerstand der Kantone und der Wirtschaftsverbände. In der Folge galt das Augenmerk der Gesundheitspolitik vornehmlich der kurativen Medizin und der Finanzierung der Versorgungssysteme.

Erst im Jahre 2004 wurde vom damaligen Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI), Bundesrat Pascal Couchepin ein neuer Anstoss für ein «Präventionsgesetz» gegeben. Dies in der Überzeugung, dass der vergleichsweise gute Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Schweiz längerfristig nur erhalten werden kann, wenn auch im Bereich der Krankheitsverhütung und der Gesundheitsförderung neue gesund-

heitspolitische Schwerpunkte gesetzt werden.

In der Folge setzte das EDI am 5. September 2005 die Fachkommission «Prävention + Gesundheitsförderung» (Fachkommission PGF2010) ein und beauftragte sie damit, die inhaltlichen und fachlichen Voraussetzungen sowie die politische Machbarkeit einer rechtlichen Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung zu prüfen. Die Fachkommission PGF2010 unterbreitete dem EDI im Juni 2006 einen Bericht zur Zukunft von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Dieser Bericht ortet Handlungsbedarf und enthält verschiedene Empfehlungen zu Massnahmen zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung. Gleichzeitig zeigt er auf, dass – im Gegensatz zum Jahre 1982 – der Vorschlag einer gesetzlichen Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung auch bei den Kantonen Zustimmung findet, der Widerstand bzw. die Skepsis der Wirtschaftsverbände gleichzeitig ungebrochen ist.

Der Bundesrat folgt den Empfehlungen der Fachkommission PGF2010 und erteilte dem EDI am 28. September 2007 den Auftrag, bis zum Herbst 2008 einen Vorentwurf der notwendigen rechtlichen Grundlagen zu erarbeiten.

2. Etappe: Erarbeitung des Bundesgesetzes über Prävention und Gesundheitsförderung

Ausgehend von den Empfehlungen der Fachkommission PGF2010 wurde in der Folge ein Gesetzesvorentwurf ausgearbeitet, zu dem der Bundesrat zwischen Juni und Oktober 2008 ein Vernehmlassungsverfahren durchführte.

Annähernd drei Viertel der Vernehmlassungsteilnehmenden begrüsst den

Vorschlag des Bundesrats, den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung durch neue bundgesetzliche Grundlagen auf eine solide rechtliche Basis zu stellen. Dazu zählten eine überwiegende Mehrheit der Kantone (19 von 26), 5 Parteien (CSP, EVP, FDP, GPS, SP) sowie die wichtigsten gesundheitspolitischen Akteure. Die übrigen Stellungnehmenden forderten entweder eine grundlegende Überarbeitung der Vorlage oder lehnten diese im Grundsatz ab, da für eine sinnvolle und angemessene Präventionspolitik die bestehenden gesetzlichen Grundlagen ausreichend seien. Zu den Gegnern der Vorlage zählten insbesondere 2 Parteien (SVP, EDU) und 23 Wirtschaftsverbände (u.a. der Schweizerische Arbeitgeberverband, der Schweizerische Gewerbeverband und die «Allianz der Wirtschaft für eine massvolle Präventionspolitik»).

Trotz des Widerstands der Wirtschaftsverbände sprach sich der Bundesrat am 25. Februar 2009 dafür aus, die Arbeiten weiterzuführen. In der Folge überwies er am 30. September 2009 den Entwurf des Bundesgesetzes über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz) an die eidgenössischen Räte. Die vorgeschlagene Regelung soll einerseits die auf Bundesebene bestehende gesetzliche Lücke im Bereich der Prävention und Früherkennung nichtübertragbarer und psychischer Krankheiten schliessen. Andererseits soll sie die für eine Stärkung von Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung notwendige Verbesserung von Steuerung, Koordination und Effizienz der verschiedenen Massnahmen und die Optimierung der strategischen Führung der Verwaltung der Präventionsabgaben (Tabakpräventionsabgabe und KVG-Prämienzuschlag) ermöglichen. Weitere Ziele der Vorlage

sind die Klärung der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen unter Berücksichtigung des Subsidiaritätsprinzips, die Gewährleistung der Autonomie der Kantone für die Durchführung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen bei gleichzeitiger Formulierung gewisser Vorgaben an die inhaltliche Ausrichtung der kantonalen Angebote, die rechtliche Verankerung von Finanzhilfen an gemeinnützige Organisationen sowie die Schaffung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt (Schweizerisches Institut für Prävention und Gesundheitsförderung) als eigenständigen und sichtbaren Kompetenzzentrums für Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung auf Bundesebene.

3. Etappe: Parlamentarische Beratung des Präventionsgesetzes

Im April 2011 wurde die Vorlage nach langer Diskussion in der vorberatenden Kommission vom Nationalrat mit 97 zu 71 Stimmen angenommen. Er entschied dabei, auf die Schaffung eines schweizerischen Instituts für Prävention und Gesundheitsförderung zu verzichten und stattdessen eine Neupositionierung der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz vorzusehen. Diese sollte in Zukunft im Auftrag des Bundes die nationalen Präventionsprogramme umsetzen und beide Präventionsabgaben (KVG-Prämienzuschlag und Tabakpräventionsabgabe) verwalten.

Die vorberatende Kommission des Ständerates folgte im Anschluss daran weitgehend dem Nationalrat, entschied sich aber, die bereits vom Nationalrat gesenkte Obergrenze für den KVG-Prämienzuschlag nochmals zu reduzieren und bei 0,075 Prozent der durchschnittlichen Jahresprämie der Grundversicherung festzulegen (entspricht in etwa dem heute erhobenen Beitrag von 2.40 Franken pro versicherte Person und Jahr – der

Vorschlag des Bundesrates lag bei 0,125 Prozent). Der Ständerat selbst folgte dem Antrag seiner Kommission nicht und beschloss am 8. Dezember 2011 mit 20 zu 19 Stimmen, nicht auf die Vorlage einzutreten.

Nachdem der Nationalrat in der Frühlingssession 2012 mit 106 zu 79 Stimmen an seiner Zustimmung zur Vorlage festgehalten hatte, trat der Ständerat am 1. Juni 2012 nur äusserst knapp – mit Stichentscheid des Ratspräsidenten – auf die Vorlage ein und verabschiedete diese mit 20 zu 16 Stimmen. Allerdings wurde das für das Lösen der Ausgabenbremse notwendige qualifizierte Mehr von 24 Stimmen nicht erreicht.

Im Differenzbereinigungsverfahren folgte der Nationalrat den Vorschlägen des Ständerates und sprach sich ebenfalls dafür aus, die Bestimmung über die Gesundheitsfolgenabschätzung, welche es dem Bundesrat erlaubt hätte, die Auswirkungen von ausgewählten öffentlichen Projekten auf die Gesundheit der Bevölkerung zu analysieren, aus der Vorlage zu streichen.

Da im Ständerat bis zuletzt kein qualifiziertes Mehr für das Lösen der Ausgabenbremse zustande kam, wurde die Vorlage am 27. September 2012 abgeschrieben – am Ende fehlten 2 Stimmen. Dabei wurde das Lösen der Ausgabenbremse nicht aus Kostengründen verweigert, sondern aufgrund prinzipieller Vorbehalte gegenüber der Vorlage.

Fazit

Trotz der während des gesamten Prozesses ungebrochenen Unterstützung durch die Kantone scheiterte die Vorlage im Ständerat. Dies ist wohl hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass die präventionskritische Haltung der meisten Wirtschaftsverbände unverändert blieb. Zudem verlagerte sich die Debatte schon früh im Verlaufe der Beratungen auf eine ideologische Ebene. Es wurde nicht dar-

über diskutiert, welche Massnahmen zur Koordination der Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen geeignet wären und wie der Mitteleinsatz effizienter ausgestaltet werden könnte, sondern über überbordenden Staatsinterventionismus und die Beschneidung der individuellen Freiheit.

Ausblick

Die Förderung der Prävention von nicht-übertragbaren Krankheiten stellt weiterhin ein gesundheitspolitisches Ziel des Bundesrates dar. So hält er in seinen gesundheitspolitischen Prioritäten «Gesundheit 2020» vom 23. Januar 2013 im Ziel 1.3 «Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren» fest, dass öffentliche und private Akteure ihre Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung von Krankheiten koordinieren und verstärken sollen. Dabei solle die Eigenverantwortung der Menschen gestärkt, aber auch eingefordert werden. Zudem sollen neue Wege beschritten werden, indem beispielsweise die Angebote der Krankheitsvorbeugung und der Gesundheitsförderung stärker in die medizinische Versorgung integriert werden. In der Folge hat der Dialog Nationale Gesundheitspolitik im April 2013 dem Bundesamt für Gesundheit und der GDK den Auftrag erteilt, gemeinsam mit der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz Vorarbeiten für die Erarbeitung einer «Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten» an die Hand zu nehmen. Erste Ergebnisse hierzu sollten im November 2013 vorliegen.

Dr. pharm. Salome von Greyerz

.....
Dr. pharm. Salome von Greyerz ist Leiterin Abteilung Gesundheitsstrategien und stellvertretende Leiterin des Direktionsbereiches Gesundheitspolitik im Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Bern.
.....

Vorsorgeuntersuchungen sind eine Kernaufgabe von Kinder- und Jugendärzten

Zusammenfassung eines Gesprächs zwischen dem Kinderarzt Dr. med. Ramon Möller (Muttentz) und der Kinderärztin Katja Heller (Kleinhüningen).

Am Empfang der Kinderarztpraxis von Katja Heller und Catherine Szente steht eine Trittleiter. Dort klettert Luca hoch und blickt neugierig über den Tresen. Heute geht er zur Vorsorgeuntersuchung. Vor gut zwei Jahren, bei der ersten Vorsorgeuntersuchung, haben seine Eltern mit der Kinderärztin nach einem Hüftultraschall Fragen rund ums Stillen und Schlafen besprochen. Die folgenden Untersuchungen drehten sich um Lucas Wachstum und Bewegungsverhalten, um Impfungen und Augenkontrollen. Heute geht es um seine Sprachentwicklung. Wenn er das nächste Mal zur Untersuchung kommt, steht er kurz vor dem Eintritt in den Kindergarten. Dann werden Augen und Gehör, seine Geschicklichkeit und sein Spielverhalten untersucht. Ein nächster wichtiger Schritt ist die Schulreife. Mit fünfzehn ist Luca längst viel grösser als die Trittleiter, auf die er früher gerne geklettert ist. Das schnelle Wachstum stellt seinen Körper vor Herausforderungen. Darum werden bei der letzten Vorsorgeuntersuchung die Wirbelsäule und die Gelenke untersucht. Und es gibt Zeit für ein Gespräch über Dinge, die Luca beschäftigen. Ist es normal, dass er so häufig Kopfschmerzen hat? Soll er eine Berufslehre beginnen oder doch noch ein Jahr länger zur Schule gehen? Die Kinderärztin hat Gelegenheit, Themen wie Sport, Sucht oder Sexualität anzusprechen.

Kontinuität schafft Vertrauen

Im Laufe seiner Kindheit und Jugend war Luca insgesamt elf Mal in der Vorsorge-

untersuchung. Eine solche Kontinuität ist für den Kinderarzt Ramon Möller ein wichtiger Bestandteil der Vorsorge: «Zur Beziehungsarbeit gehören auch die guten Zeiten, in denen es dem Kind gut geht und man sich über seine Stärken freuen kann. Das schafft die Grundlage für Vertrauen und eine tragfähige Beziehung, die vor allem dann zum Tragen kommt, wenn es Probleme gibt.» Durch die langjährige Begleitung erhält der Kinderarzt einen Längsschnitt, parallel dazu aber auch einen Querschnitt, indem er viele gleichaltrige Kinder sieht und die Familie des Kindes kennenlernt. Das ermöglicht eine vorausschauende und einfühlsame Beratung, bei der viele Spannungen vorausgeahnt und rechtzeitig Entlastungen ermöglicht werden können.

Eine solche antizipatorische Beratung, die in den Vorsorgeuntersuchungen stattfindet, reduziert laut Studien das Unfallrisiko für Kinder signifikant. Sie hat einen langfristigen positiven Einfluss auf die Ernährungsgewohnheiten und kann zu einem verbesserten Schlafverhalten führen. Es wurde nachgewiesen, dass durch die Aufklärung über die Wichtigkeit von Büchern und des Vorlesens die Häufigkeit des Lesens um 40% stieg, was eine generelle Verbesserung der Sprachentwicklung nach sich zog. Die Vorsorgeuntersuchungen ermöglichen zudem eine frühzeitige Erkennung auffälliger Entwicklungsverläufe, was effektive Frühinterventionen erlaubt. Studien zeigen, dass die Vorsorgeuntersuchungen in den ersten Lebensjahren gut genutzt werden. Wer zur Vorsorgeuntersuchung geht, sucht um 60% weniger häufig eine Notfallstation auf. Wenn die Kinder älter werden, sinkt der Bedarf an Vorsorgeuntersuchungen.

Prävention statt aufwendige Therapie

Katja Heller hat beobachtet, dass viele Jugendliche mit der Untersuchung durch die Schulärzte im neunten Schuljahr die Vorsorgeuntersuchungen als erledigt betrachten. Sie bedauert, dass die Jugendlichen dann oft nicht mehr bei den Kinderärzten erscheinen. Denn gerade mit vierzehn oder fünfzehn Jahren gibt es viel zu besprechen: «Wenn man die Jugendlichen kennt, kann man mit ihnen auch über Sexualität reden. Das mache ich regelmässig, und es ergeben sich oft Gespräche, von denen ich überzeugt bin, dass sie viel bringen. Die Vertrauensbasis und das Arztgeheimnis ermöglichen eine differenzierte individuelle Beratung.»

Doch nicht nur die psychische und soziale, auch die körperliche Entwicklung ist in der Pubertät wegen des schnellen Wachstums ein Thema der Vorsorge. So kann sich zum Beispiel eine Verkrümmung der Wirbelsäule (Skoliose) innerhalb weniger Monate entwickeln. Eine frühzeitige Therapie verhindert hier meist eine Operation. Dass durch Vorsorge aufwendige Therapien umgangen werden können, war schon den Gründern von kinderärztlichen Gesellschaften im frühen zwanzigsten Jahrhundert bewusst. In einer Zeit, in der man Krankheiten, wie zum Beispiel Tuberkulose, allenfalls vermeiden, oft aber nicht behandeln konnte, war Vorsorge umso wichtiger. Deshalb waren die Vorsorgeuntersuchungen schon zu Beginn der Formierung der Kinderheilkunde als eigenständigen Gebiets ein Hauptanliegen der Ärzte. Und sollen es auch in Zukunft bleiben.

Mirjam Laager

Gesundheitscoaching KHM: neuer Wind bei der Gesundheitsberatung in der Arztpraxis!

Eine Gruppe von Ärzten des Kollegiums für Hausarztmedizin hat ein praxistaugliches, umfassendes neues Programm («Gesundheitscoaching KHM») für die Hausarztpraxis entwickelt, das im Wesentlichen auf drei Kernelementen aufbaut: auf einem Rollenwechsel, auf einem mehrdimensionalen Themenangebot und auf einer Kommunikation mit zeitgemässer Technik.

In den letzten Jahren machte sich Unmut unter der Hausärzten breit, sobald es um Gesundheitsförderung und Prävention in der Praxis ging: Im Jahresrhythmus gingen Kampagnen zum Rauchen, zum Alkohol, zur Bewegung und weiteren potentiell gesundheitsschädigenden Themen über die Bühne. Die Bevölkerung war sensibilisiert, die Beratung, wie man es schafft, sich gesünder zu verhalten, jedoch den HausärztInnen überlassen. Solche Beratungen konkurrieren mit den vielen Aufgaben der medizinischen Grundversorgung. Obwohl ein verbessertes Gesundheitsverhalten von Ärzten wie Patienten als wichtig angesehen wird und das Potential hat, viel Krankheit und Leid zu vermindern, fehlt für die diesbezügliche Beratung in der Arztpraxis oft die Zeit. Ausserdem halten mangelnde Vergütung, nicht optimales eigen-

es Gesundheitsverhalten und fehlendes Vertrauen in die kommunikativen Fähigkeiten viele Ärzte davon ab, ihre Sprechstunde mit Beratung für verbessertes Gesundheitsverhalten anzureichern [1]. Aus dieser Not, und aus diesem unausgeschöpften Potenzial heraus, setzte sich eine Gruppe engagierter Ärzte des Kollegiums für Hausarztmedizin ab 2006 zusammen und entwickelte ein praxistaugliches, umfassendes neues Programm mit dem Namen «Gesundheitscoaching KHM». Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, das Bundesamt für Gesundheit, die Krebsliga Schweiz und der Tabakpräventionsfonds sind die Hauptfinanzierer.

Worum geht es bei diesem Programm?

Die drei Kernelemente von «Gesundheitscoaching KHM»

Die drei innovativen und zentralen Elemente des Programms sind:

1. Der Rollenwechsel: Patient im Zentrum
2. Mehrdimensionales Themenangebot
3. Multiple Methoden der Kommunikation.

Rollenwechsel

Erster entscheidender Schritt ist die Neuverteilung der Rollen von Arzt und Patient: Der Arzt übergibt einen Teil der Ver-

antwortung dem Patienten, der selbst zum Akteur für sein persönliches Projekt wird. Der Arzt wird zum unterstützenden Coach, Arzt und Patient zum Team mit dem gemeinsamen Ziel, das Verhalten des Patienten in einem selbstgewählten Ziel zu verbessern. Dieser Rollenwechsel ist für Arzt und Patient ungewohnt und bedarf eines Trainings, das das Programm «Gesundheitscoaching KHM» als integralen Bestandteil anbietet.

Multidimensionales Themenangebot mit Wahlfreiheit

In der Sprechstunde ist nun also nicht mehr von der Krankheit, sondern von der Gesundheit und ihrer Erhaltung (Salutogenese) die Rede. Der Patient wählt ein Ziel der Verhaltensänderung aus sechs angebotenen, für die Gesundheit wichtigen Themen oder aber ein ganz anderes, das für ihn persönlich wichtig ist (Abb. 1). Es heisst also nicht mehr «du sollst ...», sondern «ich will ...»!

Kommunikation mit zeitgemässer Technik und innovativen Instrumenten

Der Arzt hilft dem Patienten unter Anwendung einer speziellen Gesprächstechnik (dem sogenannten *motivational interviewing*), Motivation und Zuversicht zu generieren, um sein eigenes Gesundheitsprojekt umzusetzen. Natürlich geht es im Verlauf der mehrstufigen Beratung auch darum, frühere Erfahrungen, Hindernisse und Unterstützungsmöglichkeiten auszuloten und möglichst konkret zu vereinbaren, wann man wohin gelangen möchte. Begleiter ist dabei das visuelle Instrument aus Abbildung 1, das Veränderungen (oder auch einmal eine Stagnation) sichtbar macht, wenn es wiederholt benutzt wird.

Funktioniert «Gesundheitscoaching KHM» bei Ärzten und Patienten?

Die Entwicklung der Prozesse, Instrumente und Abläufe im Programm benötigten mehrere Jahre, bis die Praxisreife erreicht schien und ein Feldtest angezeigt war: 2010/11 absolvierten zwanzig im Kanton St. Gallen praktizierende Hausärzte Trainingskurse in Kommunikation und Beratung gemäss dem «Gesundheitscoaching KHM»-Programm. 1045 Patienten wurden im Zeitraum von 12 Monaten im Rahmen des Programms

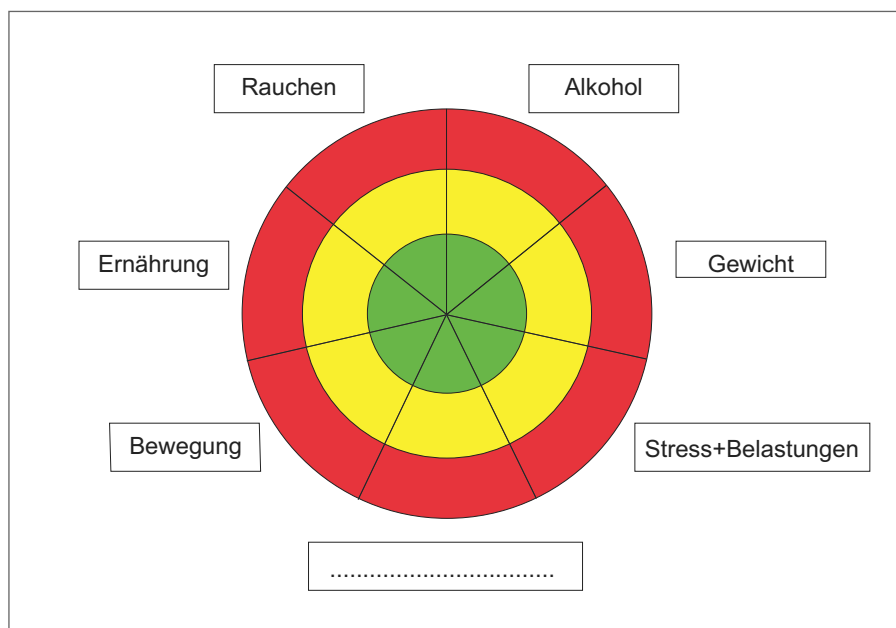


Abb. 1

Das visuelle Tool im «Gesundheitscoaching KHM»: farbcodierter Kreis mit sechs gesundheitsrelevanten Themen plus eine Option für ein eigenes Thema.

Farblgende: rot = ungünstig, gelb = mittelmässig, grün = günstig für Ihre Gesundheit.

Teilnehmer schätzen sich selbst in den Themen ein, setzen eine Markierung und wählen ihr Ziel aus.

angesprochen. Die Strukturen, Prozesse, Materialien und die Auswirkungen des Programms auf Patienten und Ärzte wurden sorgfältig evaluiert [2]. Die Resultate: Erstaunliche 91% aller angesprochenen Patienten (n = 954) stiegen ins Programm ein, und 37% davon (n = 350) durchliefen den gesamten vierteiligen Beratungsprozess. Eine Beratungssitzung dauerte zwischen 5 und 30 Minuten. Mit der Annahme von 40 Arbeitswochen im Jahr entspricht der Zeitaufwand für Beratungen auf verschiedenen Programmstufen 47,2 Minuten pro Arzt und Arbeitswoche.

Die Mehrheit der Patienten war sehr bereit für eine Veränderung und zuversichtlich, ihr Ziel zu erreichen: Das Ansprechen auf das Gesundheitsverhalten trifft offenbar ein Bedürfnis – möglicherweise weil viele Menschen schon einen oder mehrere Anläufe zur Verhaltensänderung hinter sich haben, aber dabei nicht erfolgreich waren.

Im gewählten Ziel lagen 46% der Einschätzungen zum Gesundheitsverhalten vor der Beratung (n = 403) im «ungünstigen» (roten) Bereich, nach der Beratung (n = 303) war dies noch bei 21% der Fall (Abb. 2). In den Bewertungen des Gesundheitsverhaltens der Patienten, die das ganze Programm durchlaufen haben (n = 303), zeigte sich bei 50% eine Verbesserung um eine oder zwei Kategorien im dreifarbigem Kreis, bei 43% keine Kategorienveränderung, und bei 7% eine Verschlechterung; je nach Zielwahl differieren diese Anteile etwas. Unter den Patienten ohne Verbesserung (50%) äusserte die Mehrheit, dennoch von der Beratung profitiert zu haben: «Es ist mir bewusst geworden, dass nur ich etwas ändern kann, um Erfolg zu haben.» – «Ich erinnere mich oft an die im Projekt besprochenen Punkte.»

Akzeptanz und Machbarkeit von GC-KHM im Praxisalltag wurden sowohl von den Patienten als auch von den Praxisteams durchwegs gut bis sogar bereichernd bewertet: Es ermögliche einen neuen, entspannteren Zugang zum Patienten, und die Arbeitszufriedenheit steige. Indem die Patienten selbst mehr Verantwortung übernahmen, fühlten sich die Pilotärzte entlastet. Der modulare Aufbau des Trainings mit Grund- und Aufbauomodulen hat sich laut Rückmeldungen der Ärzte sehr bewährt.

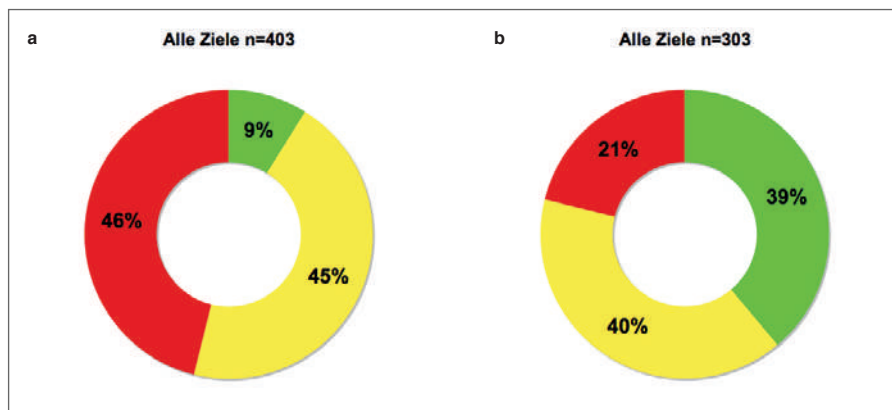


Abb. 2 Anteil der selbsteingeschätzten Kategorien des Gesundheitsverhaltens im gewählten Themenbereich, a: vor der Beratung, b: nach der Beratung.

Das Verhältnis von Nutzen zu Aufwand ist ausgezeichnet und braucht den Vergleich zu anderen präventiven Interventionen keineswegs zu scheuen: Damit ein Patient sein Verhalten zu seinem Vorteil ändert, müssen nur sechs Patienten angesprochen werden (jeder dritte Angesprochene absolviert die ganze Beratung, jeder zweite Absolvent ändert sein Verhalten positiv). Die erwähnten positiven Effekte bei den TN ohne deklarierte Veränderung und die positiven Effekte bei den TN, die nicht alle Beratungsschritte durchlaufen haben, sind darin noch nicht einkalkuliert und verbessern das Nutzen-Aufwand-Verhältnis weiter. Nicht ganz unerwartet wurde das Programm «Gesundheitscoaching KHM» für seinen innovativen Ansatz und seinen professionellen Aufbau mit mehreren Preisen ausgezeichnet.

Wie weiter?

Für die Weiterverbreitung von «Gesundheitscoaching KHM» oder analoger Programme gilt es, die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen zu verbessern, insbesondere die Vergütungsfrage für die beratenden Ärzte oder ihre dafür mandatierten Mitarbeiterinnen. Neben dem politischen Verhandlungsweg führt der Weg zur Dissemination über die Durchführung von randomisiert-kontrollierten Wirksamkeitsstudien mit messbaren, kostenrelevanten Endpunkten. Ausserdem spielt der Einbezug von speziell trainierten Praxisangestellten («skill mix» in der Praxis), die den Arzt bei der Beratung entlasten können, eine immer grö-

sere Rolle. Und letztlich ist es wichtig, dass nicht (wie bisher) jede Organisation oder jedes Amt in ihrem Spezialgebiet etwas bastelt, sondern dass grosse Projekte und Aktionen gemeinsam unternommen werden. Gespräche in diese Richtung sind im Gange. Ebenso werden im Moment intensive Verhandlungen geführt, das Programm für die nächsten Jahre auf eine solide finanzielle und personelle Basis zu stellen. Momentan bieten vor allem Gesundheitsämter Trainingskurse (Übungen mit Schauspielerpatienten) an, ausserdem sind an den meisten Hausärztekongressen Sensibilisierungs-Workshops geplant. Interessierten Ärzten, hoffentlich auch in der Region Basel, können wir bald konkrete Angebote machen, wie sie sich das Know-how des «Gesundheitscoachings KHM» aneignen und erfolgreich in ihrer Sprechstunde anwenden können.

Dr. med. Stefan Neuner-Jehle MPH (KHM)

Referenzen:

- 1 Geense W, van de Glind I, Visscher T, van Achterberg T: Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study. *BMC Family Practice* 2013, 14:20.
- 2 Neuner-Jehle S, Schmid M, Grüninger U: The “Health Coaching” programme: a new patient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care. *BMC Fam Pract* 2013, 14:100.

Sexualerziehung: auch ein ärztliches Thema?

Gut tausend Basler Jugendliche wurden im Rahmen der schulärztlichen Vorsorgeuntersuchung zu gesundheitlichen Themen befragt. Zum ersten Mal wurden auch Fragen zum Thema Gesundheit und Sexualität gestellt. Die Befragung dient als Grundlage, um gezielte Präventionsmassnahmen zu entwickeln. Die Synapse hat sich dazu mit dem Kantonsarzt Thomas Steffen unterhalten, der die Abteilung Prävention im Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt leitet.

Synapse: 87 Prozent der befragten Jugendlichen geben an, sie seien gut informiert, was das Thema Sexualität betrifft. Erstaunt Sie diese hohe Zahl?

Thomas Steffen: Das ist tatsächlich überraschend. In der klassischen Präventionsliteratur heisst es, Jugendliche seien an



Thomas Steffen

Gesundheitsthemen gar nicht interessiert. Unsere Befragungen zeigen aber, dass es entscheidend ist, ob Aufklärung jugendgerecht ist, also ob Jugendliche in ihrer Welt angesprochen werden.

Kommt man erwachsen und sachbezogen daher, wundert es nicht, dass es nicht ankommt. Über Facebook, Fanpages oder Videos erreicht man Jugendliche aber sehr gut.

Trotz der Angabe, gut informiert zu sein, haben Sie bei den Basler Jugendlichen Wissenslücken festgestellt. So gehen 30 Prozent der Jugendlichen davon aus, dass es einen Impfschutz gegen HIV/Aids gibt, und 38 Prozent wissen nicht, dass man sich gegen Gebärmutterhalskrebs impfen kann. Bei der Frage zur Syphilis meinten 79 Prozent, es gäbe einen Impfschutz dagegen. Weshalb diese Fehlinformationen? Wir sind eher am Anfang als am Schluss des Lernprozesses, wie wir die Jungen erreichen. Was wir sehen, ist eine Medienwelt, die übererotisiert ist. Daraus entsteht der Trugschluss, die Jugendlichen seien aufgeklärt, und sowohl die Jugendlichen wie auch die Erwachsenen bemerken die Lücken in Sachen Aufklärung nicht. Im Kontakt mit ihnen wird aber

schnell klar, dass ihre Probleme oft praktischer Art sind. Bei den Mädchen: Wie funktioniert der Zyklus? Wie komme ich zur Pille danach? Bei den Jungs: Wie gelange ich an Kondome, ohne dass es an der Ladenkasse peinlich wird? Die reale Welt ist völlig anders als in den Medien vorgegaukelt wird.

Dennoch: Wieso ist bei den Jugendlichen einfaches Basiswissen, wie dass es gegen HIV/Aids keine Impfung gibt, nicht vorhanden?

Das sollten sich Fachleute genauer ansehen. Wenn es in populären Onlinemedien heisst, es werde in fünf, zehn Jahren eine bessere Aidstherapie geben, wird das häufig schon im Titel verkürzt dargestellt wie: «Jetzt stehen wir vor dem Durchbruch.» Oder: «Wir werden eine Aids-Impfung haben.» Wenn etwas haften bleibt, sind es solche Schlagzeilen. Dadurch werden klare Botschaften verwässert. Wir hatten in den letzten Jahren noch weitere Themen, beispielsweise: Braucht es noch Kondome, wenn jemand das Aids-Virus hat, sich aber behandelt? Bei der HPV-Impfung, also dem Gebärmutterhalskrebs, gibt es Namensverwechslungen mit HIV. Bei den Jugendlichen ist zwar viel Wissen da, es richtig einzuordnen ist aber nicht so einfach.

Sie nehmen nun die Medien ins Blickfeld. Im Jugendgesundheitsbericht aber geben die Jugendlichen an, mit 32 Prozent hauptsächlich in der Schule aufgeklärt zu werden. Was könnte denn die Schule noch besser machen?

Die Schule macht vieles richtig. Wir hatten in den letzten Jahren hitzige Diskussionen darüber, ob die Schule überhaupt aufklären soll. Das kann ich nur schwer nachvollziehen. Die Aufklärungspädagogik ist eine der grossen Erfolgsgeschichten an den Schulen, zum Beispiel bei der Bekämpfung von Aids, beim Schutz der Kinder vor sexuellem Missbrauch oder bei der Verhinderung von Schwangerschaften bei Jugendlichen.

Weshalb sehen das nicht alle Eltern so?

Die Eltern meinen nicht selten, ein so vertrauensvolles Verhältnis auch zu ihren älteren Kindern zu haben, dass jederzeit ein offenes Gespräch zu Aufklärungsthemen möglich ist. Die Jugendlichen aber sehen das anders. Sie besprechen The-

men wie Sexualität nicht wahnsinnig gern mit den Eltern. Das gehört zum Ablösungsprozess. Hier schliesst die Schule die Lücke. Deshalb ist es wichtig, ihr den Rücken zu stärken. Sexualpädagogik an der Schule ist ja nur eines von vielen Themen, die dort behandelt werden. Es wird dem Thema kein Gefallen getan, wenn die Schule dafür angegriffen wird. Die gesellschaftliche Haltung sollte sein: Es ist sehr wertvoll und wichtig, dass die Schule das macht.

Zu welchem Schluss kommen Sie nach der Studie? Soll noch mehr aufgeklärt werden? Oder anders?

Wichtig ist, dass die Aufklärung erst einmal flächendeckend geschieht in der Schweiz. Das ist heute noch nicht der Fall. Uns muss klar sein, dass jede Generation wieder bei null anfängt. Wir wurden vielleicht mit der Aids-Kampagne gross. Einer neuen Generation sagt das kaum etwas. Ich denke, dass wir in Basel mit unserer Kampagne «Mix your life», die eng mit der schulärztlichen Arbeit verbunden ist, einen wichtigen, ersten Schritt gemacht haben. Mehr dazu findet man unter www.mixyourlife.ch und www.gesundheit.bs.ch.

Laut der Studie haben 91 Prozent der Gymnasiasten und 82 Prozent der WBS-Schüler Aufklärungsunterricht gehabt. Das müssten doch 100 Prozent sein.

Die Basler Zahlen sind im schweizerischen Vergleich wohl recht gut. Aufklärung ist zwar im Lehrplan enthalten, aber weil es ein heikles Thema ist und doch viele Themen immer wieder auf die Schule zukommen, kann es im Einzelfall doch untergehen. Ziel muss aber klar sein, dass alle Kinder in Basel Aufklärungsunterricht haben und sich später auch noch daran erinnern können.

Welche Pläne verfolgen Sie weiter mit der Präventionsarbeit für Jugendliche?

Wir versuchen zusammen mit der Aids-Hilfe, die Schule noch mehr zu unterstützen. Das ist die eine Linie. Damit der relativ belastete Kommunikationskanal der Schule aber nicht der einzige ist, wollen wir uns vermehrt dem Freizeitbereich widmen. Aus dem Ausstellungsmaterial von «Mix your life» haben wir eine Jugendplattform mit Homepage und Fanseite aufgebaut. Wir sind aber auch in

Jugendhäusern und Kulturveranstaltungen präsent. Damit bringen wir Themen wie Sexualität bewusst breiter in den Alltag der Jugendlichen hinein, auch mit Wettbewerben, Jugendmagazinen und Informationsbroschüren. An den Schulen lässt sich zwar viel machen, doch beliebig ausbauen geht auch nicht, die Schulen sind auch noch mit anderen Themen beschäftigt. Die moderne, schulärztliche Arbeit hat heute also viele eng verbundene Dimensionen und ist damit weit entfernt von den früheren «Reihenuntersuchungen». Trotzdem bilden die modernen schulärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und Impfkampagnen immer noch ein ganz wichtiges Kernelement in dieser mehrdimensionalen Präventionsarbeit. Ohne den direkten Kontakt der Schulärzte mit den Schülerinnen und Schülern, den Beratungen und den Vorsorgeuntersuchungen, funktioniert diese moderne, ganzheitliche Form der Prävention nicht.

Auf nationaler Ebene ist Ende September das revidierte Epidemiegesetz mit einem Ja-Stimmen-Anteil von über 60 Prozent angenommen worden. Damit erhält der Bund erstmals die Kompetenz, an den Schulen zu wirken, beispielsweise mit vermehrter Aids-Aufklärung. Aufklärung darf nicht allein ins Private abgeschoben werden. Bei Jugendlichen funktioniert das besonders schlecht.

Wo stehen denn die Hausärzte in der ganzen Aufklärungsarbeit? In der Studie wurden sie von den Jugendlichen als Quelle mit weniger als 1 Prozent angegeben.

Beim Thema rund um den Gebärmutterhalskrebs sind die Ärztinnen und Ärzte beispielsweise insofern daran beteiligt, als sie neben dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst diese Impfung auch in einem kantonalen Programm durchführen. Doch generell besteht hier noch ein grösseres Entwicklungspotential. Es gäbe viele andere Möglichkeiten, gemeinsamer und integrativer Zusammenarbeit zwischen den Schulärzten und den praktizierenden Kolleginnen und Kollegen. So hilft beispielsweise die Abteilung Prävention im Rahmen eines Programms aktiv mit, dass die pädiatrische Vorsorgeuntersuchung von den Eltern besser wahrgenommen wird. Für die Arztpraxen ist diese aktive, die eigene Praxis überschreitende Präventionsarbeit oft aber nicht ganz einfach, weil die Betriebe mit sehr vielen anderen Funktionen typischerweise darauf nicht ausgerichtet sind. Aber gerade auch die neuen Medien bie-

ten der Ärzteschaft ganz neue Möglichkeiten, mit Eltern und Jugendlichen zu kommunizieren.

Aber es geht doch nichts über das persönliche Gespräch mit dem Arzt. Weshalb soll jetzt auch noch der Hausarzt über Facebook kommunizieren?

Das Gespräch braucht es auf jeden Fall. Wer aber nur eine Information benötigt, dem reicht das Internet. Ein Jugendlicher ruft heute nicht gerne in einer Arztpraxis an, und vorbeigehen, erst recht, wenn man nicht krank ist, ist schon sehr hochschwellig. Ein Einstieg per Mail hingegen ist einfach. Dennoch ist die persönliche Beratung wichtiger denn je – gerade weil es das Internet gibt. Ein Beispiel: Wer öfters Kopfweg hat und im Internet «Kopfschmerzen» eingibt, landet schnell einmal bei der möglichen Diagnose Hirntumor. Eine solche Angst muss eine ärztliche Fachperson auflösen. Und auch beim heiklen Thema Sexualität müssen wir von Angesicht zu Angesicht den Kontakt suchen. Seriöse, gut gemachte Internetseiten helfen aber mit, dass der Jugendliche zu nützlichen Informationen gelangt, die keine unnötigen Ängste auslösen. Unsere Befragungen zeigen auch, dass hier von den Jugendlichen lokale Internetauftritte bevorzugt werden. Auch im Internet schafft das real Bekannte das nötige Vertrauen.

Wie flächendeckend gehen junge Leute zum Arzt, zum Beispiel Frauen zu Frauenärztinnen?

Bei Gesundheitsthemen sind junge Frauen zugänglicher als Knaben und besser informiert. Beim Besuch der Frauenärztin, die sehr wichtig ist für die Aufklärung, gilt es, den guten Zeitpunkt zu finden. In unserer Umfrage haben wir gemerkt, dass bei den Mädchen die Beziehung zur Freundin und zur Mutter entscheidend ist, ob gegen Gebärmutterhalskrebs geimpft werden soll oder nicht. Dass die Mutter hier eine wichtige Rolle einnimmt, hat mich erstaunt, weil die Beziehung Mutter-Tochter in der Pubertät ja eher schwierig ist. Und obwohl die Mädchen generell besser aufgeklärt sind: Die Aufklärung zum Beispiel zum Schutz vor Gebärmutterhalskrebs liesse sich noch verbessern. Noch mehr Sorgen mache ich mir aber um die Jungs.

Weshalb?

Es ist viel schwieriger, an sie heranzukommen. Für sie gibt es nichts im System. Jungs neigen dazu, cool zu sein. Es gibt



Schulärztin bei Beratung

junge Männer, die noch mit 16 oder 17 Jahren zum Kinderarzt gehen. Doch typisch ist das nicht. Für Jugendliche sind Lehrpersonen oder Lehrmeister wichtig, um über Probleme zu reden oder Fachleute, die neutral wirken – aber kaum Ärzte. Deswegen wäre es für uns wichtig, gemeinsam mit Pädiatern und Frauenärztinnen eine virtuelle Plattform zu errichten, um niederschwellig an Jugendliche zu gelangen. Da findet der erste Kontakt zuerst übers Netz statt. Situativ kann dann abgeklärt werden, ob es sinnvoll ist, persönlich einen Arzt aufzusuchen.

Stossen Sie mit Ihrem Wunsch auf offene Ohren?

Solche Ideen zu einer noch integrativeren Zusammenarbeit von Hausarztpraxen und Präventionsfachstellen wie den Schulärztinnen und Schulärzten sind relativ neu. Möglich werden sie erst, wenn wir gemeinsam unsere jeweilige Arbeit, die sich daraus ergebenden Grenzen und Möglichkeiten besser verstehen und uns aus dieser gemeinsamen Analyse heraus schrittweise weiterentwickeln. Solche organischen Weiterentwicklungen haben denn auch in der Vergangenheit immer wieder zu guten, neuen Lösungen geführt.

Die Fragen stellte Claudia Kocher

Der Jugendgesundheitsbericht 2012 des Kantons Basel-Stadt kann kostenlos bei der Abteilung Prävention bezogen werden (telefonisch 061 267 45 20 oder per E-Mail: abteilung.praevention@bs.ch). Der Bericht kann auch im Internet unter www.gesundheit.bs.ch heruntergeladen werden.

Weitere Auskünfte:

Dr. med. Thomas Steffen, MPH Kantonsarzt
E-Mail: thomas.steffen@bs.ch
Tel. 061 267 45 20

Sexuell übertragene Krankheiten – Symptome beim Mann

In den vergangenen zwei Jahren hat die Häufigkeit von Geschlechtskrankungen deutlich zugenommen, vor allem bei Männern.

Durch die intensiven «Safer Sex»-Massnahmen zu Beginn der AIDS-Epidemie war die Häufigkeit nahezu aller Geschlechtskrankungen in den vergangenen 20 Jahren deutlich rückläufig. Nun erleben wir eine «Renaissance» mit gehäuften Fällen von Geschlechtskrankungen, und zwar sowohl bei homosexuellen als auch bei heterosexuellen Männern. Die Ursachen für die Zunahme werden zurzeit heftig diskutiert. Sicherlich spielt die abnehmende Bereitschaft zu «Safer Sex» aufgrund der (vermeintlich) guten Therapiemöglichkeiten von HIV/AIDS eine Rolle.

Problematisch ist nicht nur die Erhöhung der Anzahl der Geschlechtskrankungen, sondern auch die zunehmende Antibiotikaresistenz verschiedener Keime. Zum Beispiel war früher der Tripper (Gonorrhoe) eine recht einfach zu therapierende Erkrankung. Heutzutage müssen wir mit erheblichen Antibiotikaresistenzen (multiresistenter Keim) rechnen. Die Behandlung wird in diesen Fällen deutlich komplizierter und zum Teil auch langwieriger.

Bei häufig wechselnden Geschlechtspartnern, insbesondere bei ungeschütztem Verkehr, besteht ein erhebliches Risiko, mit einer Geschlechtskrankung angesteckt zu werden. Dies gilt in jeder Altersklasse und sowohl für heterosexuelle als

auch für homosexuelle Kontakte. Je frühzeitiger eine Geschlechtskrankung entdeckt wird, desto einfacher ist in der Regel die Behandlung. Insbesondere kann auch die notwendige Partnerbehandlung einfacher durchgeführt werden.

Die untenstehende Tabelle nennt einige Frühsymptome zu den jeweiligen Erkrankungen. In jedem Fall gelten aber folgende Faustregeln:

1. Jede Art von Symptomen oder Hautveränderungen im Intimbereich, die nicht innerhalb von wenigen Tagen von selbst abheilen, müssen ärztlich abgeklärt werden.
2. Auch bei unsicheren Symptomen ist im Zweifelsfall eine ärztliche Untersuchung angezeigt, insbesondere wenn ein erhöhtes Risiko (wechselnde Geschlechtspartner, ungeschützter Verkehr) vorliegt.

Dr. med. Peter Schiller, Liestal

Die folgende Tabelle fasst die bei uns häufigen sexuell übertragenen Erkrankungen zusammen:

Name der Krankheit	Häufige Krankheitszeichen
Gonorrhoe (Tripper)	Schmerzen beim Wasserlösen, eitriger Ausfluss aus der Harnröhre
Chlamydien-Urethritis (falscher Tripper)	Schmerzen beim Wasserlösen, schleimig trüber Ausfluss aus der Harnröhre
Syphilis (Lues)	Schlecht heilender Knoten oder Geschwür im Genitalbereich, typischerweise schmerzlos. Verschiedene Hautausschläge
Herpes genitalis (genitales «Fieberbläschen»)	Wiederkehrende schmerzhafte und brennende Bläschen im Intimbereich oder am Gesäss
Condylomata acuminata (HP-Virus/Feigwarzen)	Aufschliessen von warzenartigen Hautveränderungen im Intimbereich ohne weitere Symptome
HIV/AIDS	In den Frühstadien häufig keine Krankheitszeichen
Hepatitis A, B, C (virusbedingte Leberentzündung)	Krankheitsgefühl, Gelbsucht
Trichomonaden	Beim Mann häufig keine Symptome. Evtl. schweflig riechender Ausfluss
Pediculosis pubis (Filzläuse)	Juckende und brennende rötliche Hautveränderungen in der Schamgegend (zum Teil auch am Brusthaar, in den Augenbrauen und an den Wimpern)
Scabies (Milben/Krätze)	Intensiver Juckreiz zum Teil am ganzen Körper, insbesondere abends und nachts

Alkoholprävention tut not

Alkohol ist ein Konsumgut, das gesellschaftlich in allen Schichten akzeptiert ist und der Wirtschaft hohe Gewinne einbringt. Alkohol gilt – moderat konsumiert – als Genussmittel und wird auch im Lebensmittelgesetz (LMG) unter diesem Begriff geregelt. Alkohol ist aber gemäss der Weltgesundheitsorganisation WHO auch eine Droge, in der Schweiz nach wie vor die Droge Nummer eins.

Fakten und Hintergründe

Wussten Sie, dass in der Schweiz

- der Pro-Kopf-Konsum 8,5 l Alkohol pro Einwohner ist (2011)?
- über 300 000 Personen alkoholabhängig oder abhängigkeitsgefährdet sind (Schätzungen)?
- jährlich 40 000 Personen wegen Alkoholproblemen in Behandlung sind?
- jedes Jahr 3300 Menschen an den Folgen von Alkohol sterben?
- der Alkoholkonsum bei Verletzungen und Unfällen eine wichtige Rolle spielt? (Selbst- und Fremdverletzungen geschehen zur Hälfte bei Männern und einem Viertel bei Frauen unter Alkoholeinfluss).
- 5–10% aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einem Betrieb ein Alkoholproblem haben?
- jährlich ca. 18 000 Urteile wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand (FIAZ) gefällt werden?
- durch missbräuchlichen Konsum von Alkohol enorme wirtschaftliche Schäden entstehen? (Man rechnet mit 6–10 Milliarden Franken Folgekosten.)

Die Ursache für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit hängt von verschiedenen Faktoren ab. In der Regel geschieht dies schleichend und zieht sich über mehrere Jahre hinweg. Dabei wird der Genuss des Alkohols so übermässig, dass er zuerst zu einem missbräuchlichen Verhalten, dann zur Gewöhnung und im Endeffekt zur Abhängigkeit führen kann. Dieser Prozess kann durch Belastungen im familiären, sozialen und beruflichen Umfeld verstärkt werden.

Wann ist man alkoholgefährdet?

Zur Gruppe der risikoarmen Konsumierenden gehören Sie, wenn Sie weder mit Ihrem durchschnittlichen Konsum noch mit der Anzahl Standardgetränke pro Trinkgelegenheit die empfohlenen Grenzwerte überschreiten. Interessieren Sie Empfehlungen und Grenzwerte zum risikoarmen Konsum? Packen Sie die Gelegenheit und fragen Sie gleich Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, wenn Sie das Untersuchungszimmer betreten!

Problematischer Konsum

Von «problematischem Alkoholkonsum» wird nach internationalen Standards dann gesprochen, wenn der Konsum von Alkohol die eigene Gesundheit oder diejenige anderer Personen gefährdet und entsprechende Schäden in Kauf genommen oder verursacht werden. Merkmale für den problematischen Konsum sind das Rauschtrinken (5 Standardgetränke oder mehr bei Männern, 4 oder mehr bei Frauen während einer Gelegenheit),

Ein Standardgetränk = 12 g reiner Alkohol entspricht:

- 1 Stange (30 cl) resp. 1 Flasche (33 cl) Bier oder Alcopop
- 1 Glas (10 cl) Rot- oder Weisswein resp. Prosecco
- 1 Glas (4 cl) Spirituose
- 1 Mixgetränk mit 4 cl Spirituose (z.B. Vodka-Orange)

Riskanter Konsum

Ein riskantes Konsummuster liegt vor, wenn die Trinkmenge die Grenzwerte übersteigt, aber noch keine Gesundheitsschädigung eingetreten ist.

Schädlicher Konsum

Ein schädlicher Alkoholkonsum liegt vor, wenn

- Männer täglich mehr als 30 g reinen Alkohol trinken
- Frauen täglich mehr als 20 g reinen Alkohol trinken

Anlauf- und Beratungsstellen im Kanton

Ambulatorien für Abhängigkeits-erkrankungen

Liestal: Tel. 061 553 58 60
Wiedenhubstrasse 55, 4410 Liestal
www.pbl.ch, afa.liestal@pbl.ch

Münchenstein: Tel. 061 553 58 70
Barcelona-Strasse 15, 4142 Münchenstein
www.pbl.ch, afa.muenchenstein@pbl.ch

Kantonalverein Blaues Kreuz
Tel. 061 901 77 66
Bleichmattweg 56, 4410 Liestal

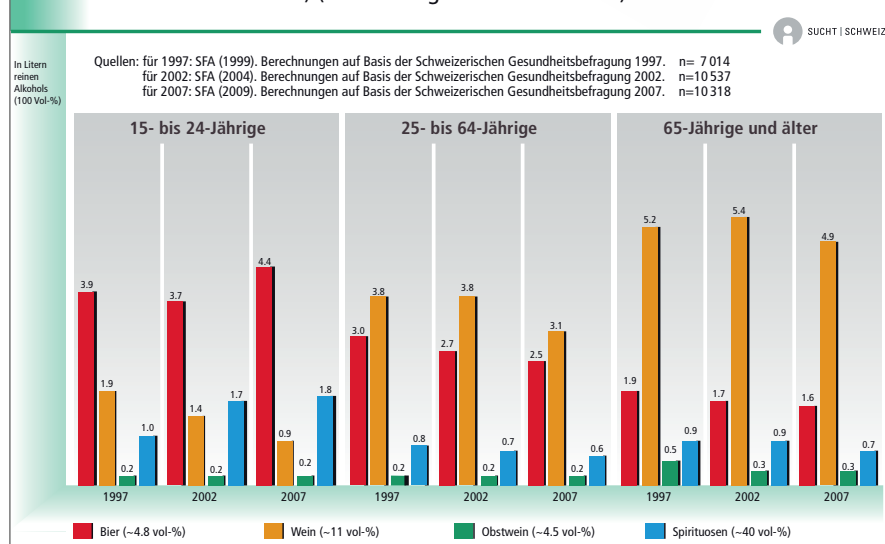
Blaues Kreuz
Beratungsstelle Münchenstein
Tel. 061 411 06 66
Bruckfeldstrasse 3, 4142 Münchenstein
www.bkbl.ch, info@bkbl.ch

Zentrum Selbsthilfe
Vermittlung von Selbsthilfegruppen
Feldbergstrasse 55, 4057 Basel
Tel. 061 689 90 90
www.zentrumselbsthilfe.ch

Allgemeine Informationen zum Alkoholkonsum
www.sucht.ch

(Foto: © Fotolia)

Entwicklung des jährlichen durchschnittlichen Alkoholkonsums (in Litern reinen Alkohols), nach Getränketyp und Altersgruppen (Personen mit einem mindestens wöchentlichen Konsum) (Entwicklung von 1997 bis 2007)



der situationsunangepasste Konsum (am Arbeitsplatz, beim Fahrzeuglenken, während der Schwangerschaft) oder der chronische Konsum (häufiger als 3x pro Woche, mehr als 3 Standardgetränke pro Trinktag).

Selbstreflexion

Nehmen Sie sich doch kurz Zeit, über die nachfolgenden Punkte nachzudenken:

- Hatten Sie schon mal das Gefühl, dass Sie Ihren Alkoholkonsum reduzieren sollten?
- Haben Sie sich schon darüber aufgeregt, wenn andere Leute Ihr Trinkverhalten kritisierten?
- Hatten Sie wegen Ihres Alkoholkonsums schon Gewissensbisse?
- Haben Sie am Morgen nach dem Erwachen schon als erstes Alkohol getrunken, um Ihre Nerven zu beruhigen oder den Kater loszuwerden?

Wenn Sie zwei dieser Fragen mit einem Ja beantworten, wäre die Gelegenheit

günstig, mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt jetzt darüber zu sprechen. Haben Sie Mut und tun Sie es!

Frühintervention und Behandlung

Nur wenige Betroffene wenden sich bei einer Abhängigkeit direkt an eine entsprechende Fachstelle (*siehe Kasten: Anlauf- und Beratungsstellen im Kanton Baselland*). Ein hoher Anteil der Betroffenen wird im Rahmen der Früherkennung über die Arztpraxis erreicht. Ärztinnen und Ärzte tragen so in besonderem Mass zur Reduktion eines problematischen Alkoholkonsums bei, sowohl in der eigenen Praxis als auch auf der Notfallstation im Spital. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt kann Ihnen Möglichkeiten aufzeigen, wie Sie Ihren Konsum reduzieren können, wo Sie Unterstützung für die Begleitung und Beratung erhalten oder welche Schritte nötig sind, um das Ruder wieder selbst in die Hand zu nehmen. Sie oder er wird Ihnen mit Respekt und der nötigen Verschwiegenheit begegnen.

Ziel einer professionellen Beratung ist die Abklärung der Konsummotivation und je nach Situation die Durchführung einer Diagnostik. Daraus ergibt sich ein individuelles Beratungs- und Behandlungsangebot unter Berücksichtigung Ihrer Zielsetzungen. Diese reichen von der Konsumreduktion über das kontrollierte Trinken bis hin zur Abstinenz. Auch Selbsthilfegruppen bieten Unterstützung und zeichnen sich besonders durch ihre Betroffenenkompetenz aus. Dabei stehen die Risikobegrenzung, die Verbesserung der psychischen und körperlichen Gesundheit und vor allem die Steigerung der Lebensqualität im Vordergrund.

Stephan Koller

Stephan Koller leitet die Bereiche Jugend und Suchtprävention in der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Baselland, Liestal, Tel. 061 552 62 18
E-Mail: stephan.koller@bl.ch
www.gesundheitsfoerderung.bl.ch

Kommentar zur Abstimmung über das revidierte Epidemiengesetz vom 22.9.2013

Impfungen gehören zur Primärprävention und sind eigentlich eine Erfolgsgeschichte. Obwohl das revidierte Gesetz ein allfälliges Impfblogatorium situativ, zeitlich und bezüglich betroffener Personen mehr einschränkt als das bisherige, wurde in irreführender Weise mit dem Begriff «Impfzwang» und Ängsten Wahlkampf betrieben. Neben der Tatsache, dass das neue Gesetz die drängenden Probleme der Antibiotikaresistenz allgemein und der multiresistenten Spitalkeime im Speziellen aufgreift, bietet es zusätzlich Chancen für weitere Verbesserungen.

Die Rollenverteilung zwischen Bund und Kantonen wird geklärt, und die Zusammenarbeit soll somit besser koordiniert

und effizienter ablaufen, weshalb das revidierte Gesetz auch von den Kantonsärzten unterstützt wird. Auf diese Verbesserungen hoffe ich als Hausarzt besonders, denn die letzten Jahre waren von Pannen gekennzeichnet: zu frühe Information durch die Behörden. Der Impfstoff war entweder gar nicht vorhanden oder wurde erst Wochen später geliefert. Die Folgen: verängstigte Patientinnen und Patienten, überlastete Telefonleitungen, geforderte medizinische Praxisassistentinnen und Impfstoff-Tourismus, zumindest in den Grenzregionen. Ein neuer, bereits auf dem revidierten Gesetz beruhender Influenza-Pandemieplan wurde zwischenzeitlich ausgearbeitet. Anlässlich der 7. Pandemiekonferenz vom 16.4.2013 in Bern wurde von ärztli-

cher Seite gefordert, dass auch die FMH in der Kerngruppe Kommunikation vertreten sein sollte. Vom BAG wurde diesbezüglich Unterstützung zugesagt. Es besteht somit Anlass zur Hoffnung, dass zukünftig rechtzeitig relevante Informationen vorliegen und Impfstoffe fristgerecht vorhanden sein werden, damit wir unsere Patientinnen und Patienten optimal beraten und behandeln können. In diesem Sinne ein Dankeschön an die Stimmbürgerinnen und -bürger, dass sie uns die Chance gegeben haben, besser werden zu können und zeitgemässer auf Epidemien zu reagieren.

Dr. med. Carlos Quinto MPH, Pfeffingen

Reorganisation Sekretariat

Nach mehreren personellen Wechseln im Sekretariat sah sich der VHBB-Vorstand genötigt, nach einer nachhaltigeren Lösung zu suchen. Eine solche fand sich in Form eines Mandats im Sekretariat der MedGes, welche uns künftig ihr Know-how und Infrastruktur zur Verfügung stellen wird. Dies kostet zwar mehr als das bisherige Sekretariat, ist den Preis aber auch wert.

Direkte Medikamentenabgabe

Nachdem die Zürcher und Schaffhauser die direkte Medikamentenabgabe eingeführt haben, wurde dies im Kanton Aargau durch die Beimengung des Abstimmungs-Toxins «Miteinander statt gegeneinander» (der Gegeninitiative der Apotheker) verhindert. Dies wertet die grenznahen Zürcher, Solothurner und Berner Hausarztpraxen auf. Mit

seinem DMA-Verbot ist der Aargau neben Basel-Stadt nunmehr der einzige Deutschschweizer Kanton, welcher dem Bürger vorschreibt, wo er seine Medikamente zu beziehen hat, und nicht den sonst vielgepriesenen freien Markt spielen lässt. Dieser kennt z.B. bei der Frage nach dem günstigeren Vertriebskanal ja eine klare Antwort ... Zu denken geben muss jedoch der Umstand, dass der Patient = Stimmbürger selbst nicht von den nach unseren (Baselbieter) Erfahrungen sehr geschätzten Vorteilen der DMA profitieren wollte.

Lehrstuhl für Hausarztmedizin / IHAMB

Nachdem bekannt wurde, dass sich keine Hausärzte in der Berufungskommission für den künftigen Lehrstuhlinhaber des Instituts für Hausarztmedizin (IHAMB) befinden, hat sich der Vorstand eingemischt. Allerdings war die Ärztesellschaft BL (noch) schneller, und wir sind zufrieden darüber, dass – schlussendlich

dank dem Engagement der AeGBL – dieser Missstand korrigiert werden konnte. Die VHBB hat ihre Vorstellungen deponiert: Wir möchten, dass die gewählte Person aus der Region Nordwestschweiz stammt bzw. in der Region verwurzelt ist. Sie soll der Organisation der Praxisassistenten hohe Priorität beimessen. Darüber hinaus soll sie fähig und gewillt sein, die Forschung in Hausarztmedizin auch in der Region vorwärtszutreiben. Last but not least favorisieren wir eine Person, welche den Kontakt zu den Hausarztverbänden pflegt und diesen zu institutionalisieren gedenkt.

Neuer Auftritt im Netz

In Zusammenarbeit mit Doc24 hat die VHBB einen neuen Web-Auftritt erarbeitet, welcher funktions- und informationsmässig weiter ausgebaut werden wird. Es lohnt sich, ab und zu mal «reinzuschauen»! (www.vhbb.ch)

*Für den Vorstand VHBB: Christoph Hollenstein
www.vhbb.ch*

Bevölkerungsumfrage zur Wahrnehmung der Psychiatrie

Im Rahmen eines Forschungsprojekts der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) erhalten zufällig ausgewählte Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Basel-Stadt im Oktober 2013 per Post Fragebögen zur ihrer Haltung in Bezug auf psychische Probleme, zu ihrer Meinung zum Fachgebiet Psychiatrie sowie zu den Hilfsangeboten für Menschen mit psychischen Problemen.

Die Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) befragen in Absprache mit dem Gesundheitsdepartement Basel-Stadt die Basler Bevölkerung zum Thema Wahrnehmung der Psychiatrie. Die Befragung erfolgt im Rahmen eines Forschungsprojekts, das unter der Leitung von PD Dr. med. Christian Huber durchgeführt wird. Im Oktober 2013

werden an 10 000 Personen im Kanton Basel-Stadt, die per Zufallsverfahren aus der Einwohnerdatenbank gezogen wurden, postalisch Fragebögen versandt. Die zu beantwortenden Fragen betreffen die gesamte Breite der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangebote in der Region Basel. Zudem wird um eine Einschätzung verschiedener Krankheitsbilder gebeten, die mit Hilfe von Fallvignetten beschrieben werden. Das Konzept der Befragung und der Fragebögen wurden vorgängig dem basel-städtischen Datenschutzbeauftragten vorgelegt. Die Befragung erfolgt anonym und die Teilnahme ist freiwillig. Die Fragebögen werden durch das Institut für Evaluationsforschung Basel ausgewertet. Die Ergebnisse des Projekts werden dem Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

und den UPK Basel helfen, die psychiatrischen Unterstützungs- und Therapieangebote bedarfsgerecht zu gestalten. Die Befragung soll zudem aufzeigen, wie die Einstellung der Bevölkerung zu psychischen Krankheiten und psychisch Erkrankten ist und wo Antistigmaprojekte sinnvoll ansetzen können, um die Akzeptanz von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erhöhen.

Erste Ergebnisse der Befragung werden im Laufe des nächsten Jahres vorliegen und der Öffentlichkeit über die Medien bekannt gemacht.

Ansprechpartner:
PD Dr. med. Christian Huber,
Christian.Huber@upkbs.ch
Julia Sowislo, Julia.Sowislo@upkbs.ch

Trotz gestiegenem Gesundheitsbewusstsein mehr Übergewichtige

Das Fazit der «Schweizerischen Gesundheitsbefragung», die das Bundesamt für Statistik (BFS) 2012 zum fünften Mal durchgeführt hat, ist widersprüchlich: Das Gesundheitsverhalten hat sich zwar verbessert (drei von vier Personen sind heute ausreichend körperlich aktiv, das sind 10 Prozent mehr als noch 2002), andererseits ist der Anteil der übergewichtigen Personen seit 1992 um 11 Prozent gestiegen.

Die Antworten der rund 21500 zu ihrem Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten befragten Personen zeigen auf, dass 41 Prozent der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren übergewichtig oder adipös (fettleibig) waren. Männer waren davon mehr als eineinhalb mal so häufig betroffen wie Frauen (51% gegenüber 32%). Damit haben sich Übergewicht und Adipositas weiter ausgebreitet. Seit 1992 hat sich die Zahl der Adipösen beinahe verdoppelt und lag 2012 bei 10 Prozent.

Immer mehr Diabetes-Fälle

Übergewichtige und fettleibige Personen sind anfälliger für Zuckerkrankheit, Bluthochdruck oder erhöhte Blutfette, was zu Herz-Kreislauf-Krankheiten führen kann: Beispielsweise litten 2012 adipöse Personen achtmal häufiger an Diabetes als jene mit Normalgewicht (16% gegenüber 2%). Weiter trat Diabetes bei Bewegungsmangel doppelt so häufig auf wie bei Personen, die sich in ihrer Freizeit ausreichend bewegten (9% gegenüber 4%). Der Anteil der Personen mit diagnostiziertem Diabetes ist seit 1992 von 3 auf 5 Prozent gestiegen, bei Bluthochdruck seit 1997 von 20 auf 27 Prozent und bei erhöhtem Cholesterinspiegel von 12 auf 17 Prozent. Die Zunahme ist bei den Männern deutlicher als bei den Frauen.

Die Zunahme von Übergewicht und Diabetes betraf alle Gesellschaftsschichten. Personen, die nur die obligatorische Schule abgeschlossen haben, wiesen je-



(Foto: © Fotolia)

doch häufiger Adipositas auf als Personen mit einer höheren Ausbildung (19% gegenüber 8%).

Mehr körperliche Bewegung

56 Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahren trieben 2012 Sport, und 72 Prozent der Bevölkerung erfüllten die aktuellen Bewegungsempfehlungen. Damit ist der Anteil der Personen, welche sich in ihrer Freizeit ausreichend körperlich bewegten, seit 2002 um 10 Prozent gestiegen.

Weniger Belastung mit Passivrauchen

Der Anteil der Nichtraucher, die täglich mindestens eine Stunde dem Tabakrauch von anderen ausgesetzt sind, lag 2012 bei 6 Prozent, während dieser 2002 noch 26 Prozent betrug. 2012 rauchten insgesamt 28 Prozent der Bevölkerung, und nur bei den Männern war in den letzten 20 Jahren eine leichte Abnahme zu beobachten. Verändert haben sich allerdings die Rauchgewohnheiten: Der

Anteil der Personen, die mehr als 20 Zigaretten pro Tag rauchten, hat sich innert zweier Jahrzehnte von 18 auf 9 Prozent halbiert.

Alkoholkonsum weiterhin weit verbreitet

Der Anteil der Abstinente ist etwa gleich geblieben wie 1992, jener der täglich Konsumierenden hat in den letzten 20 Jahren abgenommen (von 20 auf 14%). 14 Prozent der Bevölkerung zeigten 2012 ein riskantes Konsumverhalten. Bei den 15- bis 24-jährigen Männern trat vor allem Rauschtrinken vermehrt auf: 7 Prozent der 15- bis 24-jährigen Männer taten dies wöchentlich und weitere 28 Prozent monatlich. Demgegenüber war der tägliche Alkoholkonsum mit zunehmendem Alter häufiger: 30 Prozent der Personen ab 65 Jahren nahmen täglich Alkohol zu sich.

Quelle: Bundesamt für Statistik

Grippeimpfung ist ab sofort möglich!

Wer sich gegen die saisonale Grippe impfen lassen will, kann dies ab sofort tun. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) empfiehlt die Impfung insbesondere den Risikopersonen. Dazu gehören etwa Personen ab 65 Jahren und Schwangere. Am nationalen Grippeimpftag am 8. November 2013 ist die Impfung zu einem vergünstigten Preis erhältlich.

Wichtig ist der Impfschutz vor allem für Personen mit einem erhöhten Komplikationsrisiko wie Schwangere, chronisch Kranke und Menschen ab 65 Jahren sowie ihre nahen Kontaktpersonen. Hierzu zählen Gesundheitsfachperso-

nen und Familienangehörige. So können sie das Grippe-Virus nicht weiter übertragen. Wichtig ist der Impfschutz auch für Eltern oder Grosseltern von Säuglingen unter 6 Monaten. Wer unsicher ist, ob eine Impfung für einen selbst sinnvoll ist und empfohlen wird, findet unter www.impfengegengrippe.ch nähere Informationen und kann online einen Grippeimpf-Check machen.

Am 8. November findet der nationale Grippeimpftag 2013 statt. An diesem von den Schweizer Hausärztinnen und Hausärzten durchgeführten Tag kann man sich ohne Anmeldung für einen Preis von 30 Franken (empfohlener Pauschalpreis)

gegen die saisonale Grippe impfen lassen. Unter www.kollegium.ch sind Ärztinnen und Ärzte aufgelistet, die sich an dieser Aktion beteiligen. Ausserhalb des nationalen Grippeimpftags kostet die Impfung inklusive Beratung bis 65 Franken.

Die letzte Grippezeit war eine der schwersten der letzten 10 Jahre. Rund 265 000 Personen oder 3 Prozent der Bevölkerung suchten zwischen Anfang Oktober 2012 und Anfang Mai 2013 wegen einer grippeähnlichen Erkrankung einen Arzt auf.

Quelle: BAG

Zynische Geschäfte mit blutigen Folgen: Telemachos Hatzisaak stellt seinen zweiten Kriminalroman vor

Mit «Sabotageakt» hat der Internist Dr. med. Telemachos Hatzisaak einen packenden Roman noir geschrieben, der seinen Ermittler Nikos Pavlides von Thessaloniki nach Zürich führt. 2011 ist von ihm bereits der Pavlides-Krimi «Kalte Allianz» erschienen.

Am **Donnerstag, 7. November 2013, um 19.00 Uhr**, liest der Autor in der Buchhandlung «Das Narrenschiff», **Steinentorstrasse 11, 4010 Basel**, aus seinem aktuellen Roman. Nach der Lesung findet ein mediterraner Apéro mit Signierstunde statt. Der Eintritt ist frei.

Telemachos Hatzisaak
Sabotageakt.
Zweiter Einsatz für Nikos Pavlides
2013. 274 Seiten. Broschiert.
EMH Schweizerischer Ärzteverlag
sFr. 23.– / € (D) 19.50 / € (A) 20.–
ISBN 978-3-03754-074-9

