

spectra

119



Chancengleichheit

2-3 **Ungleiche Gesundheitschancen bekämpfen**

Unser Gesundheitssystem beruht auf dem Prinzip der Offenheit und Solidarität: Alle Bevölkerungsgruppen sollen die gleichen Möglichkeiten zur Entwicklung, zur Erhaltung und wenn nötig zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit haben. Das heisst, dass oft besondere Anstrengungen nötig sind, um auch Benachteiligte zu erreichen. Nach Abschluss des Nationalen Programms Migration und Gesundheit (2002–2017) wird sich das BAG weiterhin zugunsten der Chancengleichheit engagieren. Da gesundheitliche Unterschiede vor allem zwischen Personen mit unterschiedlichem sozioökonomischem Hintergrund bestehen, werden in Zukunft nicht nur Migranten und Migrantinnen im Fokus stehen, sondern insgesamt sozial benachteiligte Personen.

8 **Verstehen und verstanden werden**

Was interkulturell Dolmetschende leisten, wird in der Gesundheitsversorgung heute zu oft unterschätzt – und nicht finanziert. Wenn Verständigungsschwierigkeiten nicht ernst genommen werden, kann dies jedoch gravierende Folgen haben. Es bestehen erhebliche Risiken von Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen. Dolmetschende übersetzen beidseitig, vollständig und sinngemäss. Sie helfen auch beim Klären und Verstehen von Metaphern, Bildern oder Redewendungen. Das erleichtert Fremdsprachigen den Zugang zu unserem Gesundheitssystem. spectra berichtet, wo sich das BAG heute und in Zukunft in diesem Bereich engagiert, und gibt Carola Smolenski, der therapeutischen Leiterin des Ambulatoriums für Folter- und Kriegsveteranen des SRK, das Wort.

9 **Migesmedia – Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung**

Migrantinnen und Migranten mit Informationen zu erreichen, ist für viele Organisationen eine Herausforderung. Das SRK hat im Auftrag des BAG ein Kompetenzzentrum zur Vermittlung von Gesundheitsinformationen an schwer erreichbare Zielgruppen aufgebaut. Es heisst Migesmedia und ist eine Plattform von Medien und Medienschaffenden in Sprachen der in der Schweiz lebenden Migranten und Migrantinnen. Wie die Zusammenarbeit des BAG mit Migesmedia funktioniert, zeigt spectra anhand der SmokeFree-Kampagne auf.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Soziale Benachteiligung erzeugt ungleiche Gesundheitschancen

Gesundheitliche Chancengleichheit. Unser Gesundheitssystem beruht auf dem Grundprinzip der Offenheit und Solidarität: Es muss den Bedürfnissen aller Bevölkerungsgruppen gerecht werden – unabhängig von ihrer Sprache, ihrer Herkunft, ihrem sozialen Status und ihrem Bildungsniveau. Das heisst, es sind oft besondere Anstrengungen nötig, um auch Benachteiligte mit Grundversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention zu erreichen.

Die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit und des chancengleichen Zugangs zur Gesundheitsversorgung sind Leitmotive der Schweizer Gesundheitspolitik. Alle sollen die gleichen Möglichkeiten zur Entwicklung, zur Erhaltung und wenn nötig zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit haben, lautet das Ziel. Der Bundesrat will mit seiner Strategie Gesundheit2020 Krankheiten und damit verbundenes Leid durch eine wirksame Vorbeugung, Früherkennung und Langzeitversorgung bekämpfen. Auch soll die Kompetenz der Bevölkerung in Gesundheitsfragen erhöht, unnötige Behandlungen und Komplikationen vermieden und die Effizienz des Gesundheitssystems gesteigert werden. Dies kann nur gelingen, wenn wir alle Bevölkerungsgruppen miteinbeziehen und ein besonderes Augenmerk auf Benachteiligte legen. Denn die Schweizer Bevölkerung ist heterogen, und es gibt verschiedene Gruppen, die nicht leicht Zugang zu unserem Gesundheitssystem und zu wichtigen Gesundheitsinformationen finden. Der Zugang zum Gesundheitssystem ist dank der obligatorischen Krankenpflegeversicherung grundsätzlich gesichert. Dennoch nehmen bestimmte Bevölkerungsgruppen notwendige Versorgungsleistungen nicht genügend oder nicht zielgerecht in Anspruch. Wir stehen vor der Herausforderung, ihre Gesundheitschancen zu verbessern, indem wir für alle einen leichten Zugang zu Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung schaffen und die Kluft zwischen Privilegierten und Benachteiligten verringern.

Ungleiche Ressourcen, komplexe Wirkung

Wer aber sind die Benachteiligten und welche Massnahmen können ihre Situation konkret verbessern? Die Auseinandersetzung mit gesundheitlicher Chancengleichheit führt uns unweigerlich über den engeren Gesundheitsbereich hinaus. Es stellt sich die grundsätzliche Frage nach der Verteilung von Ressourcen, Lebenschancen und Handlungsmöglichkeiten in unserer Gesellschaft. Denn soziale Ungleichheit, also die ungleiche Verteilung materieller und immaterieller Ressourcen, hat einen grossen Einfluss auf die Gesundheit. In der wissenschaftlichen Literatur wird der Zugang zu Ressourcen meist entlang von Unterschieden im sozioökonomischen Status (d.h. Unterschiede

den hinsichtlich der Bildung, des beruflichen Status und des Einkommens) beschrieben. Soziale Benachteiligung erzeugt ungleiche Gesundheitschancen. Durch schlechtere Lebensbedingungen und riskanteres Gesundheitsverhalten sind sozial Benachteiligte oft schon von Geburt an gesundheitlich stärker belastet. Als weitere Bestimmungsfaktoren sozialer Ungleichheit werden Geschlechtsidentität, Alter, Migrationshintergrund, Behinderung oder Wohnregion genannt. Einzelne oder mehrere dieser Faktoren können die gesundheitliche Situation einer Person beeinflussen und ungleiche Gesundheitschancen bewirken. Allerdings beeinflussen sie die Gesundheit nur selten direkt. Ein höheres Einkommen macht einen zum Beispiel nicht automatisch gesünder. Diese Faktoren wirken vielmehr in komplexer Weise auf unser Verhalten und unseren Lebensstil und damit auch auf unsere Gesundheit.

Gesundheitsrisiken der Benachteiligten

In der Schweiz können sich nicht alle gleichermassen einer bestmöglichen Gesundheit erfreuen: Personen mit wenig Bildung, tieferer beruflicher Stellung oder niedrigem Einkommen haben eine

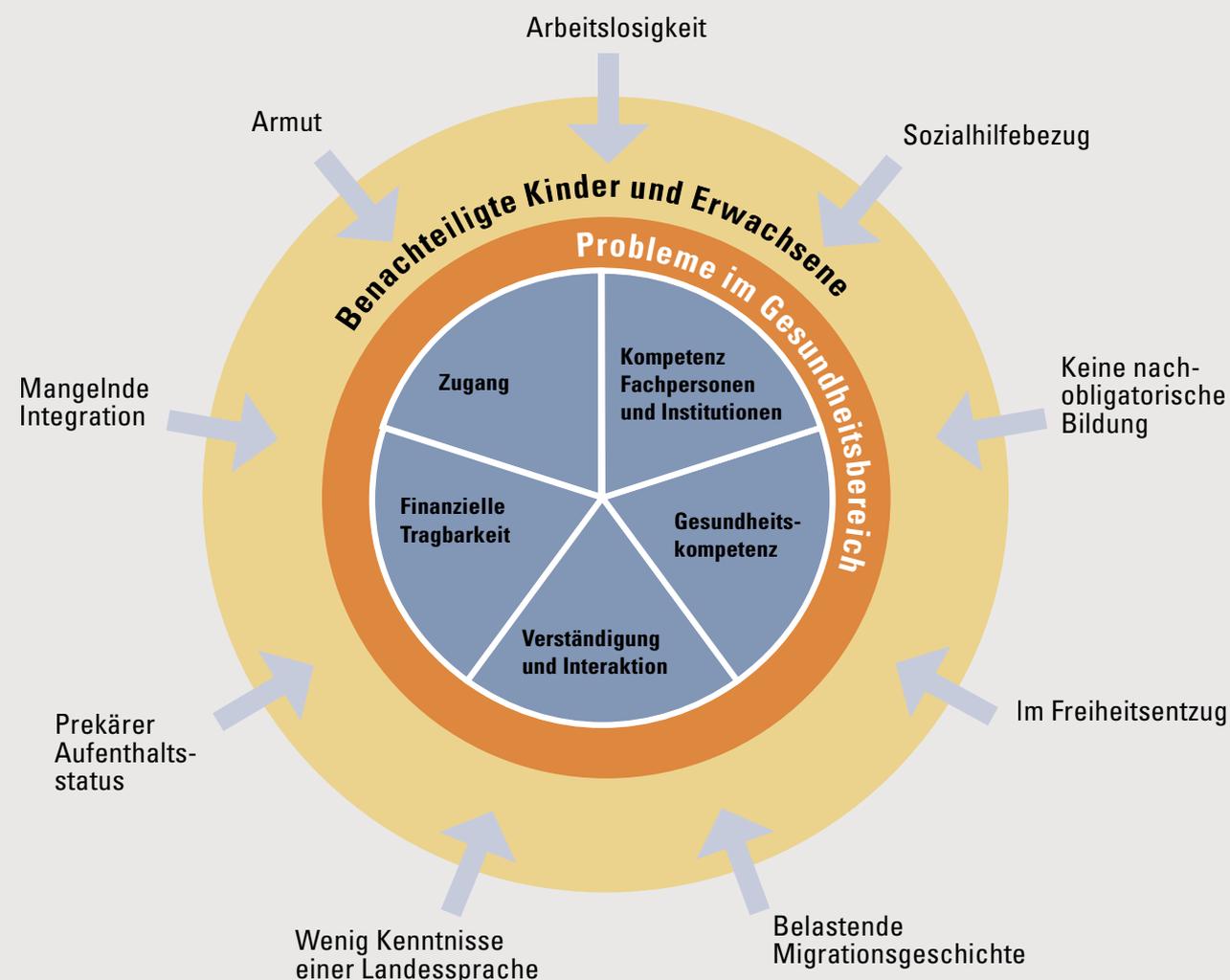
deutlich geringere Lebenserwartung. Zudem leiden sie häufiger an gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Von ungleichen Gesundheitschancen sind insbesondere auch sozioökonomisch benachteiligte Migrantinnen und Migranten betroffen. Studien belegen, dass ihr körperlicher und psychischer Gesundheitszustand oftmals weniger gut ist als jener der Einheimischen.

Die Massnahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit (2002–2017) waren hauptsächlich auf Migrantinnen und Migranten mit niederem sozialem Status, geringer Gesundheitskompetenz und den entsprechenden gesundheitlichen Problemen ausgerichtet.

Sie sind grösseren Gesundheitsrisiken ausgesetzt – beispielsweise durch körperlich belastende Arbeit oder eine psychisch belastende Migrationsgeschichte – und finden weniger leicht Zugang zu unserem Gesundheitssystem. Ihr Wissen

über gesundheitsförderliches Verhalten ist oft unzureichend und es bestehen Verständigungsschwierigkeiten im Kontakt mit Gesundheitsinstitutionen. Aus gesundheits- und integrationspolitischer Sicht ist gesundheitliche Ungleichheit dann als problematisch einzustufen, wenn Gesundheitsrisiken ganze Bevölkerungsgruppen betreffen und ein besserer Gesundheitszustand nicht allein mit einem selbstverantwortlichen gesunden Lebensstil erreicht werden kann. Das Bundesamt für Gesundheit engagiert sich daher bereits seit Anfang der 1990er Jahre im Themenbereich Migration und Gesundheit. Die Massnahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit (2002–2017) waren hauptsächlich auf Migrantinnen und Migranten mit niederem sozialem Status, geringer Gesundheitskompetenz und den entsprechenden gesundheitlichen Problemen ausgerichtet. Das Programm bezweckte aber auch, die Kompetenz der Gesundheitsfachpersonen im Umgang mit Migrantinnen und Migranten zu verbessern, und stellte ihnen hierzu Hilfsmittel zur Verfügung. Um Wissenslücken zu schliessen und gezielte Massnahmen ergreifen zu können, wurden auch Forschungsarbeiten durchgeführt.

GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT: EINFLUSSFAKTOREN UND PROBLEMFELDER





Unterstützungsangebote für Gesundheitsfachleute

Im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit hat das BAG gemeinsam mit Partnerorganisationen zahlreiche Angebote entwickelt und gefördert, welche die Gesundheit besonders verletzlichster Bevölkerungsgruppen verbessern und das Gesundheitspersonal im Umgang mit Migrantinnen und Migranten unterstützen können. Zur Verfügung stehen heute zum Beispiel:

- Dolmetschende in mehr als 50 Sprachen (die bei Konsultationen persönlich anwesend sind oder via Telefondolmetschdienst beigezogen werden können);
- Gesundheitsinformationen in verschiedenen Sprachen (auf der Plattform migesplus.ch) und eine Plattform für vielsprachige Medienkooperationen (migesmedia.ch);
- eine Online-Fortbildung für Gesundheitsfachleute zum Thema Verständigung mit Migrantinnen und Migranten (E-Learning «Interaktion und Qualität»);
- Know-how des Spitalnetzwerks Swiss Hospitals for Equity (Kompetenzzentren für die Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten);
- ein Netzwerk zur Prävention weiblicher Genitalverstümmelung;
- Forschungsergebnisse wie das zweimal durchgeführte Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz (2004 und 2010) sowie Studien zur Mutter-Kind-Gesundheit und zur gesundheitlichen Situation von Sans-Papiers.

Erfahrungen aus einigen dieser Projekte werden in dieser *spectra*-Ausgabe beschrieben.

Neue Zielgruppen im Fokus des BAG

Das Nationale Programm Migration und Gesundheit wurde Ende 2017 abge-

schlossen. Seine Hauptmassnahmen werden in die Strategien und Daueraufgaben des Bundes integriert. Die wichtigsten Aktivitäten in den Bereichen Gesundheitskompetenz und Gesundheitsinformationen werden weitergeführt (z.B. migesplus.ch; siehe Seite 9 in dieser *spectra*-Ausgabe). Dasselbe gilt für die Stärkung der Kompetenz von Gesundheitsfachleuten im Umgang mit Migrantinnen und Migranten und die Förderung des interkulturellen Dolmetschens (siehe Seite 8). Das BAG wird also weiterhin seinen Beitrag zur nationalen Integrationspolitik leisten.

Das BAG hat die Zielgruppen bestimmt, die in den nächsten Jahren im Fokus stehen: insbesondere Armutsbetroffene, Asylsuchende und Personen im Freiheitsentzug.

Da gesundheitliche Unterschiede nicht nur zwischen Einheimischen und Migranten bzw. Migrantinnen bestehen, sondern vor allem auch zwischen Personen mit unterschiedlichem sozioökonomischem Hintergrund, sollen bei zukünftigen Massnahmen auch benachteiligte Einheimische miteinbezogen werden. Das BAG hat die Zielgruppen bestimmt, die in den nächsten Jahren im Fokus stehen werden: insbesondere Armutsbetroffene, Asylsuchende und Personen im Freiheitsentzug. Dies aufgrund von Einflussfaktoren, die einzeln oder kumuliert zu einer Benachteiligung im Gesundheitsbereich führen (siehe Grafik).

Diese Grafik zeigt nicht sämtliche Faktoren, die zu einer Benachteiligung und damit verbundenen Problemen im Gesundheitsbereich führen können. Sie veranschaulicht vielmehr die Schwerpunktsetzung des BAG für die nächsten Jahre. Die nicht genannten Aspekte Gen-

der und Lebensalter sollen bei den ausgewählten Zielgruppen ebenfalls berücksichtigt werden. Die Förderung der Chancengleichheit ist eine Aufgabe, zu der heute verschiedene Stellen im BAG beitragen. Zum Beispiel im Bereich Krankenpflegeversicherung (sozialer Ausgleich via Prämienverbilligungen), im Bereich HIV/STI-Prävention sowie in den Bereichen Prävention nicht übertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) und psychische Gesundheit (siehe separate Beiträge in dieser *spectra*-Ausgabe). Chancengleichheit ist grundsätzlich ein Aspekt, den es immer zu berücksichtigen gilt, um Gesundheitsförderung und Prävention zielführend umzusetzen und eine gute Gesundheitsversorgung für alle zu gewährleisten. Es gilt, Zielgruppen, die von ungleichen Gesundheitschancen besonders betroffen sind, zu eruieren und zu prüfen, ob sie mit bestehenden Angeboten erreicht werden können. Wenn nicht, müssen sie (in spezifischen Settings) mit leicht zugänglichen Angeboten angesprochen werden. Letztlich können dadurch auch Überversorgung, Unterversorgung oder Fehlversorgung vermindert werden.

Link:

www.miges.admin.ch

Kontakt:

Karin Gasser / Serge Houmard,
Co-Leitung Sektion Gesundheitliche
Chancengleichheit,
karin.gasser-GP@bag.admin.ch
serge.houmard@bag.admin.ch

Die Bevölkerung in der Schweiz hat eine hohe Lebenserwartung und erfreut sich generell einer guten Gesundheit. Zu den Stärken unseres Gesundheitssystems gehören die hohe Qualität der Versorgung und das breite Spektrum der durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckten Leistungen. Dennoch gibt es deutliche gesundheitliche Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen – Unterschiede, die wir beeinflussen können und deshalb nicht als gegeben akzeptieren wollen. Unsere Strategien sollen hierzu einen Beitrag leisten, damit wir auch die Schwächsten in unserer Gesellschaft erreichen.

In diesem Zusammenhang möchte ich vor allem folgende Punkte hervorheben: Die Leistungen unseres Gesundheitssystems müssen auch für fremdsprachige, bildungsferne oder von Armut betroffene Personen zugänglich und bezahlbar sein. Unser Gesundheitspersonal braucht die nötigen Kompetenzen und Hilfsmittel, um sich mit Personen unterschiedlichster Herkunft zu verständigen. Und Gesundheitsinformationen sollten so vermittelt werden, dass alle sie verstehen und damit ihre Gesundheitskompetenz verbessern können.

Bei der Umsetzung des Nationalen Programms Migration und Gesundheit haben wir in diesen Bereichen nach Lösungen gesucht. Wir haben zahlreiche Projekte realisiert, die sich bis heute bewähren und die gerade heute – im Umfeld zunehmender Skepsis gegenüber Zuwandern und Schutzbedürftigen – wichtig sind. Die meisten dieser Projekte sind durch das BAG unter Einbezug externer Partner (insbesondere des Staatssekretariats für Migration, der Kantone sowie zahlreicher Dachverbände und NGOs) konzipiert und lanciert worden. Ich danke unseren Partnern herzlich für die engagierte Zusammenarbeit und hoffe, dass sie uns auch in Zukunft mit ihrer Erfahrung und ihrem Wissen bei der Erreichung unserer Ziele unterstützen werden.

Das BAG wird sich weiterhin für gesundheitliche Chancengleichheit engagieren. Wir wissen, dass wesentliche Faktoren für eine gute Gesundheit ausserhalb des engeren Gesundheitsbereichs liegen – zum Beispiel in der Wirtschafts-, Bildungs-, Sozial- und Integrationspolitik. Gesundheitliche Chancengleichheit ist deshalb ein Ziel, das wir nur mit vereinten Kräften erreichen können.



Pascal Strupler
Direktor
Bundesamt für Gesundheit

Zahlen, Fakten, Hintergründe

Gesundheitliche Chancen(un)gleichheit. Das Prinzip der Chancengleichheit ist in der schweizerischen Bundesverfassung verankert.

Wissenschaftliche Studien zeigen jedoch, dass die Chancen auf ein gesundes Leben sogar innerhalb der gleichen Stadt ungleich verteilt sein können.

Daten, die das Gesundheitsverhalten sowie den Gesundheitszustand mit soziodemografischen Faktoren wie Einkommen, Bildung und/oder Unterschieden nach Herkunft in Beziehung setzen, liefern wichtige Informationen zum Grad der gesundheitlichen Chancengleichheit. Einfache Aussagen wie diejenige, dass ein tiefer Bildungsstand mit risikoreichem Gesundheitsverhalten einhergeht, werden der Realität allerdings nicht gerecht. Die Daten zeigen ein komplexeres Bild. So ist zu beobachten, dass ein risikoreicher Alkoholkonsum häufiger bei gut ausgebildeten Bevölkerungsteilen zu beobachten ist (Obsandossier 51). Sie setzen sich damit einem erhöhten Risiko aus, an Speiseröhren- und Kehlkopfkrebs zu erkranken. Hingegen ist das tägliche Rauchen bei Menschen ohne nachobligatorische Schulbildung ausgeprägter. Dieser Beitrag setzt sich mit der gesundheitlichen Chancengleichheit anhand dreier Aspekte exemplarisch auseinander: der Lebenserwartung, des Tabakkonsums und des Verzichts auf medizinische Leistungen.

Bildungsabschluss und Lebenserwartung

Die Schweizer Bevölkerung hat weltweit eine der höchsten Lebenserwartungen. Jedoch sind die Chancen auf ein langes Leben in guter Gesundheit ungleich verteilt. Personen mit einem obligatorischen Schulabschluss sind 10 Prozent häufiger von einer nicht übertragbaren Krankheit, kurz NCD, wie Krebs, Diabetes, Atemwegs- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen als Personen mit

hohem Bildungsabschluss. Entsprechend grösser ist auch ihr Risiko, frühzeitig an einer dieser Krankheiten zu sterben. Besonders eindrücklich zeigt sich dies, wenn man die Lebenserwartung der Quartiere einer Stadt untersucht. Je tiefer der sozioökonomische Status (SES) in einer Gemeinde bzw. in einem Quartier, desto tiefer die Lebenserwartung. In Bern und Lausanne beispielsweise sterben Männer in Quartieren mit einem tiefen SES durchschnittlich 4,5 Jahre früher und Frauen 2,5 Jahre früher als in Quartieren mit einem hohen SES (s. Abb. links).

Einkommen und Tabakkonsum

Zwischen 1997 und 2012 ist der Tabakkonsum in der Schweiz von knapp 34 Prozent auf 28 Prozent zurückgegangen. Auch hier lassen sich schichtspezifische Unterschiede ausmachen. Der stärkste Rückgang fand bei der Bevölkerungsgruppe mit besonders hohem Einkommen statt (minus 8,1 Prozent). Bei der einkommensschwächsten Bevölkerungsgruppe lässt sich dagegen nur eine Abnahme von 4,4 Prozent beobachten (s. Abb. rechts). Daten aus dem Jahr 2016 zeigen, dass 20 Prozent der Personen ohne nachobligatorische Schulbildung täglich rauchen, hingegen nur 11 Prozent der Personen mit hohem Bildungsabschluss (Suchtmonitoring Schweiz).

Verzicht auf medizinische Leistungen

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) gewährt allen Versicherten in der Schweiz den Zugang zu medizinischen Leistungen. Dennoch bestehen gewisse Zugangshürden. Doch wer verzichtet auf Leistungen? Im Jahr 2014 verzichteten Personen mit Migrationshintergrund aus finanziellen Gründen drei bis vier Mal häufiger auf medizinische oder zahnmedizinische Behandlungen als Personen ohne Migrationshintergrund. Wie das BFS im «Statistischen Bericht zur In-

19. Nationale Gesundheitsförderungs-Konferenz / 4. NCD-Stakeholderkonferenz

Am 18. Januar 2018 findet die 19. Nationale Gesundheitsförderungs-Konferenz zum Thema «Gesundheit für alle – neue Erkenntnisse zur Chancengerechtigkeit» in Bern statt. In diesem Rahmen treffen sich auch die NCD-Stakeholder. Das Bundesamt für Gesundheit nimmt das Konferenzthema zum Anlass, eine Broschüre mit Daten und Fakten zur gesundheitlichen Chancengleichheit in der Schweiz herauszugeben. Diese Broschüre ist an der Konferenz erhältlich oder kann im Onlineshop der Bundespublikationen bezogen werden (Art.-Nr. 316.600, in Deutsch, Französisch und Italienisch unter www.bundespublikationen.admin.ch). www.konferenz.gesundheitsfoerderung.ch

tegration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund» (2017) schreibt, sind die Unterschiede in der männlichen Bevölkerung am grössten. Männer mit Migrationshintergrund verzichten mehr als sechs Mal häufiger auf medizinische Leistungen als Männer ohne Migrationshintergrund. Bei zahnmedizinischen Leistungen ist der Verzicht drei Mal so hoch.

Einfache Aussagen wie diejenige, dass ein tiefer Bildungsstand mit risikoreichem Gesundheitsverhalten einhergeht, werden der Realität nicht gerecht.

Menschen verzichten aber nicht nur aus finanziellen Gründen auf medizinische Leistungen. Vulnerable Personen sind für Einrichtungen wie Praxen oder Spitäler schwerer erreichbar: Weil der Hausarzt in der Regel keine Dolmetscherin zur Verfügung hat, weil die Patientin die Fachsprache nicht versteht oder sie sich mündliche Erläuterungen nicht merken kann (Literaturanalyse Socialdesign). Der Zugang zu medizinischen Leistungen ist somit auch ein wichtiger Indikator für die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund. Die Forschungsergebnisse zu Lebenserwartung, Tabakkonsum und Verzicht auf medizinische Leistungen zeigen,

dass es in der Schweiz gesundheitliche Chancenungleichheit gibt. Um noch gezieltere Massnahmen zur Förderung der Chancengleichheit bei benachteiligten Gruppen umzusetzen, bedarf es einer Erweiterung der aktuell vorhandenen Datenlage zur gesundheitlichen Chancengleichheit in der Schweiz.

Literatur:

Stefan Boes et al. (2016): Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung, Obsandossier 51, nur digital erhältlich.

Bundesamt für Statistik (BFS) (2017): «Statistischer Bericht zur Integration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund».

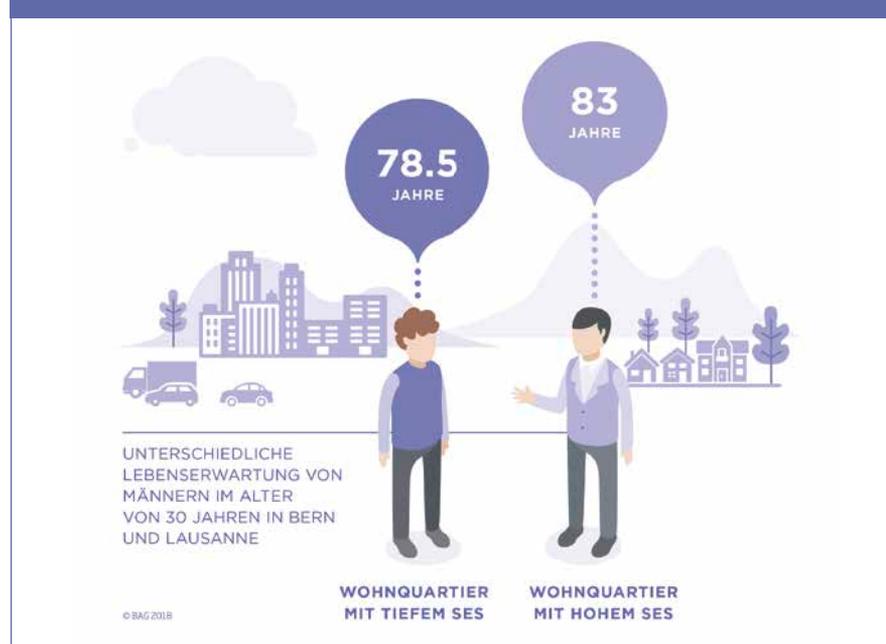
Gmel G., Kuendig H., Notari L., Gmel C. (2017). Schweizer Suchtmonitoring: Alkohol-, Tabak- und illegaler Drogenkonsum in der Schweiz 2016. Sucht Schweiz, Lausanne.

Socialdesign (2014): Literaturanalyse «Gesundheitliche Ungleichheit: Ursachen, Problemfelder und mögliche Massnahmen ausserhalb des Migrationskontexts». Schlussbericht im Auftrag des BAG (auf Deutsch).

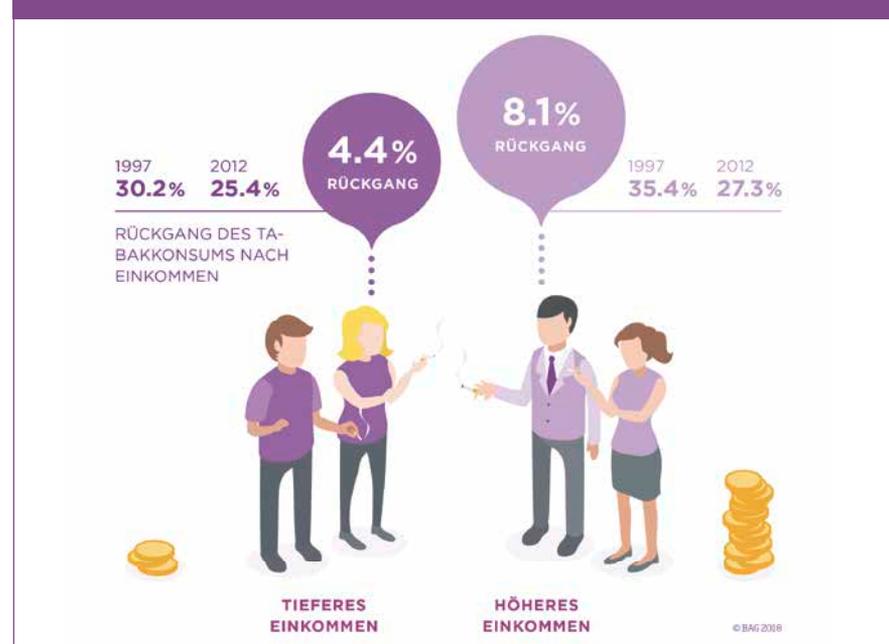
Kontakt:

Wally Achtermann,
Sektion Wissenschaftliche Grundlagen,
wally.achtermann@bag.admin.ch

LEBENSERWARTUNG UND WOHNORT



EINKOMMEN UND TABAKKONSUM



Chancengleichheit ganz konkret

NCD. Was tun die Träger der NCD-Strategie, die Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) und das Bundesamt für Gesundheit (BAG), wenn sie im Jahr 2018 auf gesundheitliche Chancengleichheit setzen? Damit alle die gleichen Chancen für ein gesundes Leben und im Falle einer Krankheit die gleichen Zugangschancen zur Gesundheitsversorgung wahrnehmen können, müssen alle gesundheitsrelevanten Ungleichheiten berücksichtigt werden. So lautet eine der künftigen Herausforderungen.

Was bedeutet gesundheitliche Chancengleichheit für Ihre Organisation?

2018 ist die gesundheitliche Chancengleichheit das Jahresthema von BAG, GDK und GFCH. Was macht Ihre Organisation dazu?

Wo sehen Sie Erfolgsfaktoren, wo Stolpersteine?



Diana Müller, GDK

Die Ziele und Definitionen der WHO und von Quint-Essenz sind wichtige Grundlagen für das Verständnis in der GDK bzw. den Kantonen. Ebenso bietet die Umschreibung im NCD-Strategiepapier eine wertvolle Orientierung zum Begriff «Chancengleichheit». Abgeleitet von diesen Grundlagen könnte für uns die Definition wie folgt lauten: Gesundheitliche Chancengleichheit ist ein Prozess bzw. Weg. Es geht darum, gleiche Chancen für das Gesundsein und Gesundwerden herzustellen. Auch die Zugangschancen zur Versorgung müssen gleich sein – unabhängig vom sozialen Status, von der nationalen Zugehörigkeit, von Geschlecht und Alter etc. Dennoch kann der Gesundheitszustand zwischen verschiedenen Individuen oder Gruppen unterschiedlich sein – z.B. aufgrund genetischer Voraussetzungen oder eines selbst gewählten Lebensstils.

Im Rahmen des Programms Migration und Gesundheit (2014–2017) haben acht Kantone Programme, Projekte und Massnahmen für Gesundheitsförderung und Prävention auf migrationsspezifische Faktoren ausgerichtet. Im Rahmen der kantonalen Aktionsprogramme (KAP) werden Aktivitäten mit Fachorganisationen wie SRK, Caritas oder HEKS umgesetzt. Diese und weitere Aktivitäten werden mit Blick auf Erfolgsfaktoren und Stolpersteine ausgewertet. Gemeinsam mit dem BAG prüft die GDK, ob sich daraus Unterstützungsbedarf sowie praxisrelevante Empfehlungen und Kriterien für chancengleiche Projekte und Aktivitäten ableiten lassen. Darüber hinaus wird die Gesundheitsförderungskonferenz im Januar 2018 dafür genutzt, um für die vielfältigen Aspekte der Chancengleichheit zu sensibilisieren, sodass künftig nicht nur die Migrationsbevölkerung, sondern auch andere vulnerable Gruppen in den Fokus der kantonalen Bemühungen rücken.

Aktivitäten zur Chancengleichheit erfordern eine sorgfältige Situationsanalyse, ein fundiertes Verständnis der fokussierten Zielgruppe, kreative und vernetzte Ansätze sowie einen langen Atem. Entsprechend ist die Zusammenarbeit bzw. Einbindung in ein kantonales Aktionsprogramm sowie die Kooperation mit spezialisierten Fachorganisationen und Vertretern der Zielgruppe wesentlich. Stolpersteine sind für uns die fehlende politische Sensibilisierung für die vielfältigen Facetten der Chancengleichheit, die schwachen Wirkungsnachweise und die knappen finanziellen Mittel.



Dominik Weber, GFCH

In Anlehnung an die NCD-Strategie bedeutet gesundheitliche Chancengleichheit für uns, dass möglichst alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zur Entwicklung, Erhaltung und falls nötig Wiederherstellung ihrer Gesundheit haben. Chancengleichheit impliziert also nicht, dass alle Menschen gleich gesund sind. Vielmehr geht es darum, dass gesundheitsrelevante Ressourcen möglichst gleich über die verschiedenen Bevölkerungsgruppen verteilt sind.

Die Chancengleichheit ist in unseren kantonalen Aktionsprogrammen (KAP) bereits ein wichtiges Thema: Zum Schwerpunkt «Ernährung und Bewegung bei Kindern und Jugendlichen» stieg der Anteil Projekte, die Chancengleichheit berücksichtigen, über die Jahre kontinuierlich an. Anfang 2017 haben wir die KAP gemeinsam mit den Kantonen um das Thema «Psychische Gesundheit» und die Zielgruppe «ältere Menschen» erweitert. 2018 werden wir deshalb unsere Arbeitsgrundlagen zur Chancengleichheit aktualisieren und ergänzen. Dazu arbeiten wir gegenwärtig Wissen und Erfahrungen auf und definieren künftige Arbeitsschwerpunkte. Wir wollen gesundheitliche Chancengleichheit breit denken und unterschiedliche gesundheitlich benachteiligte Gruppen berücksichtigen. Weiter gilt es, unsere Arbeit eng mit den Akteuren im Bereich Chancengleichheit abzustimmen und die Übereinstimmung mit der NCD-Strategie zu gewährleisten.

In der Praxis ist es eine Herausforderung, gesundheitlich benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Auf politischer Ebene ist es zudem nicht einfach, höhere Kosten für Projekte zugunsten schwer erreichbarer Bevölkerungsgruppen zu begründen und sie längerfristig zu verankern. Massnahmen zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit sollten auf verschiedenen Ebenen ansetzen: Auf übergeordneter Ebene sind strukturelle Massnahmen wichtig, die über den alleinigen Einflussbereich der Gesundheitspolitik hinausgehen. Dazu braucht es eine multi-sektorale Zusammenarbeit mit Partnern im Sozial-, Bildungs- und Raumplanungsbereich. Auf Ebene der konkreten Interventionen ist auf eine Ressourcenorientierung zu achten, denn auch gesundheitlich benachteiligte Bevölkerungsgruppen verfügen über wichtige Handlungskompetenzen, an die man in der Gesundheitsförderung anknüpfen kann.



Eva Bruhin, BAG

Unser Ziel ist es, der gesamten Bevölkerung in der Schweiz langfristig die Chancen für eine gute Gesundheit zu ermöglichen – unabhängig von Bildung, Einkommen oder Herkunft. In der Massnahmenausgestaltung der NCD-Strategie stellen wir uns die Fragen: Wie können wir alle Zielgruppen erreichen? Wie müssen die Botschaften ausgestaltet sein, damit sie bei den Menschen ankommen und verstanden werden? Es bedeutet aber auch, dass der Zugang zu Angeboten und für Unterstützung einfach und niederschwellig ist.

Im Hinblick auf 2018 wurden bestehende Daten ausgewertet und geschaut, welche Chancenungleichheiten bestehen, respektive, wo Brennpunkte sind. Diese Informationen fliessen in die NCD-Stakeholderkonferenz vom 18. Januar 2018 ein (s. Box Seite 4). Weiter ist das Thema Chancengleichheit ein wichtiger Aspekt im Projekt Selbstmanagement chronischer Krankheiten, das 2017 gestartet ist. Hierbei soll ein Referenz- und Orientierungsrahmen zu Angeboten für chronisch Kranke und ihre Angehörigen erstellt sowie eine Plattform für den Austausch zwischen Anbietern geschaffen werden. Zudem ist die Chancengleichheit bei Projektfinanzierungen eines der Zuschlagskriterien. Ein ganz wichtiger Aspekt ist die Zusammenarbeit mit Spezialisten für Chancengleichheit, innerhalb des BAG und mit externen Partnern wie dem Schweizerischen Roten Kreuz (Migesmedia).

Ein erster wichtiger Schritt war das Ausweiten des Themas «Gesundheitliche Chancengleichheit». Neben der Herkunft werden nun auch die Faktoren Einkommen und Bildung mitberücksichtigt. Das reicht aber nicht, um effektiv gleiche Chancen herzustellen. Es ist erwiesen, dass strukturelle Massnahmen (z.B. Werbeverbote für Tabakprodukte, Preiserhöhungen) die grösste präventive Wirkung hätten und die Chancengleichheit deutlich erhöhen würden. Diese werden aktuell nicht von der Politik getragen. Weiter wissen wir, dass bei den Personen, die wir mit der Prävention erreichen sollten, oft andere Probleme wichtiger sind als die Gesundheit. Wir versuchen, durch Kooperationen mit relevanten Mittlern und Multiplikatoren den Zugang zu diesen Personen zu finden. Wir wollen die Leute in ihrem Lebenskontext und bei ihren Bedürfnissen abholen.

«Die Diversität ist bereichernd und immer mehr eine Realität.»

Interview mit Patrick Bodenmann. Chancengleichheit heisst im Spital nicht eine für alle identische Behandlung, sondern eine auf jeden Patienten und jede Patientin individuell abgestimmte Behandlung – eine, die dem jeweiligen Gesundheitsproblem und dem Menschen gerecht wird. Patrick Bodenmann kennt dieses anspruchsvolle Thema ebenso aus theoretischer wie aus praktischer Sicht: als Universitätsprofessor, als Mitbegründer der Swiss Hospitals for Equity und als Leiter einer Poliklinik im Universitätsspital Lausanne.

spectra: Professor Bodenmann, als Arzt und Leiter des Centre des populations vulnérables am Universitätsspital Lausanne (PMU) engagieren Sie sich für benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Was reizt Sie an dieser Aufgabe?

Patrick Bodenmann: Mir ist es wichtig, auf Ungleichbehandlung zu reagieren und die Chancengerechtigkeit im Gesundheitswesen zu fördern. Erst wenn wir unsere Gesundheitsversorgung auf die spezifischen Bedürfnisse jedes Einzelnen abstimmen, sind wir gerecht – auch wenn die Versorgung dann nicht bei jeder Person genau gleich erfolgt.

«Manche Patienten sprechen zwar Französisch, verstehen aber den Arzt wegen ihrer geringen Gesundheitskompetenz trotzdem nicht.»

Welche Personen sind Ihrer Erfahrung nach besonders von Ungleichheit betroffen?

Es gibt Personen, die aus sozialen Gründen und aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu bestimmten Gruppen nicht in den Genuss einer guten Gesundheitsversorgung kommen. Vor etwa zwanzig Jahren handelte es sich dabei vor allem um Menschen, die zur Migration gezwungen wurden, wie Asylsuchende oder Sans-Papiers. 2015 und 2016 gewann diese Problematik mit einer starken Zunahme der Zuwanderung wieder an Bedeutung und ist immer noch aktuell. Vor

Unser Gesprächspartner

Prof. Patrick Bodenmann ist Leiter des Centre des populations vulnérables an der universitären Poliklinik der Universität Lausanne (PMU). Der Kaderarzt ist als assoziierte Professor und Inhaber des Medizinlehrstuhls für vulnerable Bevölkerungsgruppen an der Fakultät für Biologie und Medizin der Universität Lausanne tätig. Seine Ausbildung in Innerer Medizin absolvierte er in Lausanne, eine Fortbildung in Public Health in London.

drei Tagen war ich an einem Kongress im Tessin und machte in diesem Zusammenhang einen Besuch in Chiasso. Dort habe ich festgestellt, dass der Migrationsdruck sehr rasch wieder steigen könnte, auch wenn er sich zwischendurch abschwächt.

Das Problem, dass auch die einheimische Bevölkerung von Armut betroffen sein kann, wird in den Medien weniger thematisiert – aber dennoch existiert es. Im Kanton Waadt leben 7 bis 8 Prozent der Bevölkerung unter der absoluten Armutsgrenze. Studien zeigen, dass in der Romandie 10 bis 15 Prozent der Einwohner in den letzten Monaten aus finanziellen Gründen auf Gesundheitsleistungen verzichtet haben. Hinzu kommt ein noch subtileres Problem: die Schwierigkeiten mit der Verständigung. Manche Patientinnen und Patienten sprechen zwar Französisch, verstehen aber aufgrund ihrer geringen Gesundheitskompetenz nicht alles, was der Arzt bzw. die Ärztin oder die Pflegenden sagen. Benachteiligte Personen in riskanten oder prekären Lebenslagen sind auch häufiger auf der Notaufnahme anzutreffen. Nicht zu vergessen sind aber auch die Personen im Strafvollzug, sexuelle Minderheiten und Personen mit Behinderung.

Wo liegen im Alltag die Probleme, die sich im Gesundheitswesen mit diesen Personen ergeben?

Es stellen sich Probleme auf drei Ebenen: Erstens auf der Ebene der Patientinnen und Patienten, wo beispielsweise die Verständigung von ihrer Beherrschung der ortsüblichen Sprache, von ihrem Bildungsniveau und ihrer Gesundheitskompetenz abhängt. Zweitens gibt es Probleme in den Gesundheitseinrichtungen: Wenn zum Beispiel die Beschreibung eines Spitals nicht allen Patientinnen und Patienten Orientierung ermöglicht. Und schliesslich haben wir auch die Gesundheitsfachleute, die über verschiedene Fach- und Sozialkompetenzen sowie unterschiedliches Wissen verfügen.

Auf welche Probleme stossen Sie am häufigsten bei der Behandlung von Migrantinnen und Migranten?

Wir haben häufig mit Infektionskrankheiten zu tun, aufgrund ihrer Prävalenz in den Herkunftsländern. Ein «Klassiker» ist die Tuberkulose, seltener werden aber auch Erkrankungen wie Schistosomiasis oder Chagas-Krankheit diagnostiziert. Ein zweites Problem sind nicht übertragbare chronische Krankheiten wie Diabetes, Hypercholesterinämie, Adipositas und Bluthochdruck. Die dritte Herausforderung ist das Altern. Wie lassen sich kognitive Störungen diagnostizieren, welche Herangehensweisen sind im Herkunftsland anerkannt? In einem Jahrzehnt hat sich die Zahl der über 65-jährigen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz verdoppelt. Der vierte Problembereich, dessen Ausmass



leider dramatisch ist, betrifft die psychische Gesundheit – posttraumatischen Stress, Depression, Angstzustände usw. Als erstversorgende Ärztinnen und Ärzte müssen wir reagieren, bevor die Situation akut oder aber chronisch wird. Als fünfter Punkt seien die überall vorhandenen Krankheiten genannt, von denen wir alle betroffen sein können: Wenn eine verschleierte marokkanische Patientin an chronischen Verdauungsproblemen leidet, kann es sich schlicht um eine Resorptionsstörung handeln, die nichts mit ihrem Migrationshintergrund zu tun hat.

Was all diese Probleme am meisten kennzeichnet, ist die Komplexität, mit der wir tagtäglich zurecht kommen müssen. Wenn die Fälle zudem noch kompliziert werden, kann das bei uns zu Frustration und Unbehagen führen. In unserem Spital untersuchen wir die Faktoren, die eine Behandlungssituation komplex machen: Wir nehmen an, dass diese Faktoren sowohl mit den Patientinnen bzw. Patienten als auch mit den Gesundheitsfachpersonen zu tun haben. Auf jeden Fall umschreibt der Begriff Komplexität diese Situationen sehr gut, die von Unsicherheit, Benachteiligung, sozialen Aspekten, Statusfragen und den Erlebnissen der Patientinnen und Patienten geprägt sind. In diesen Situationen besteht oft auch die Gefahr einer Stereotypisierung oder Stigmatisierung der Patientinnen bzw. Patienten durch die Gesundheitsfachpersonen.

«Die rein klinische Arbeit steht am Ende einer ganzen Reihe von Sozial-, Status- und Kommunikationsproblemen.»

Verzögert diese Komplexität die Diagnose bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen?

Die rein klinische Arbeit steht hier am Ende einer ganzen Reihe von Sozial-, Status- und Kommunikationsproblemen. Angesichts dieser Komplexität kommt es bei diesen Patienten häufiger vor, dass der Befund schliesslich nicht derselbe ist wie die zunächst vermutete Diagnose. Verglichen mit Patientinnen und Patienten, wo wir direkt unseren primären Beruf ausüben können, muss man hier doppelt aufpassen.

Wie würden Sie gesundheitliche Chancengleichheit definieren? Was bedeutet sie in der Praxis?

In meinen Augen ist dieser Begriff etwas veraltet und nicht ganz realitätsgerecht. Er erinnert mich an die internationale Konferenz zum Thema Migrant Friendly Hospitals, 2004 in Amsterdam. Die Schweiz war damals namentlich mit Peter Saladin sehr präsent, obwohl sie nicht offiziell zu diesem Netzwerk gehörte. Ich erinnere mich, dass dort der Begriff Chancengleichheit verwendet wurde. Für mich ist dies eine gesellschaftliche Haltung, die zwar löblich, aber nicht

sehr realistisch ist. Den Begriff Chancengerechtigkeit finde ich passender. Leiden zum Beispiel zwei Personen, von denen eine im Rollstuhl sitzt, an der gleichen Krankheit, benötigt die Person im Rollstuhl wahrscheinlich zusätzliche Leistungen für die Fortbewegung. Das ist keine Gleichheit, aber gerecht. Der Begriff der Ungerechtigkeit verweist auf eine unmoralische, unfaire Situation; es geht somit um ausgleichende soziale Gerechtigkeit. Aus dem Schweizer Netzwerk Migrant Friendly Hospitals, das infolge der Konferenz von 2004 entstand, wurden die Swiss Hospitals for Equity. Das ist ein passenderes Label, das alle oben genannten Bevölkerungsgruppen miteinbezieht und uns mehr zusagt.

Gibt es auch systemimmanente Probleme, die Ungleichheiten verursachen?

Die Verständigung ist ein grosses systemimmanentes Problem, insbesondere bei Patientinnen und Patienten, die weder unsere Landessprachen noch Englisch verstehen. Hier braucht es interkulturell Dolmetschende vor Ort oder via Telefon. Die Frage ihrer Finanzierung ist jedoch noch nicht befriedigend gelöst, obwohl wir ohne Verständigung nicht in der Lage sind, medizinische Leistungen zu erbringen. Hinzu kommt oft eine geringe Gesundheitskompetenz der Betroffenen. Die Gesundheitsfachpersonen müssen sich bewusst werden, dass nicht alle eine 30-seitige Broschüre verstehen können. 2015 wurde im Auftrag des BAG eine nationale Erhebung zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung durchgeführt – im Anschluss an eine europäische Erhebung, bei der die Schweiz nicht vertreten war. Über 40 Prozent der Menschen in der Schweiz haben eine geringe Gesundheitskompetenz und verstehen medizinische Anleitungen nicht. Vergessen wir auch die tauben und schwerhörigen Menschen nicht, die Gebärdensprachdolmetscher und Informationen in Gebärdensprache benötigen. Man weiss nicht immer, wie man das angehen soll. Ein weiteres Problem hat eher mit den Gesundheitsfachpersonen zu tun: Die Komplexität bei Patientinnen und Patienten aus diesen Bevölkerungsgruppen kann zu Stigmatisierung, Stereotypisierung und zu Gefühlen führen, die eine einfühlsame Betreuung erschweren. Studien in den USA, wo Ethnien- und Rassenfragen besonders virulent sind, haben das in den letzten 25 Jahren gezeigt. Um dem entgegenzuwirken, sensibilisieren wir in der Ausbildung für diese Thematik. Es liegt allerdings auch in der Natur unserer klinischen Arbeit, dass wir Symptome, Diagnosen und Personen in Kategorien einteilen.

Können Dolmetschende dazu beitragen, Kosten zu sparen?

Landesweite Studien von Dr. Alexander Bischoff zeigten, dass Dolmetschende zunächst einiges kosten. Diese Kosten sind jedoch in Beziehung zu setzen zur Behandlungsqualität, zur Patientensicher-

heit und zum Entscheid, eine Zusatzuntersuchung durchzuführen oder nicht.

«Die Verständigung ist ein grosses systemimmanentes Problem.»

Wo setzt man am besten den Hebel an, damit Verbesserungen gelingen?

Man muss mit der Tür anfangen, die bereits offen steht, um weiterzukommen. Manchmal kann man beim Gesundheitsversorgungssystem selbst ansetzen oder bei der Ausbildung der Ärzte oder Pflegenden, manchmal richtet sich das Augenmerk eher auf die Qualitätsverfahren. Wir arbeiten meist an verschiedenen Dossiers zugleich: Sobald sich eine Gelegenheit ergibt, nutzen wir sie. Zum Beispiel bei den gehörlosen und schwerhörigen Patientinnen und Patienten: Das kantonale Gesundheitsamt und die Medizinstudenten interessierten sich für dieses Thema, so konnten wir etliche Massnahmen umsetzen. Diese Tür stand vor drei Jahren noch nicht offen. Alles, was mit Qualität zu tun hat, ist ganz wichtig. Ich bin ein grosser Verfechter der Qualitätsverfahren, denn sie sind ein echtes Plus für eine gerechte Gesundheitsversorgung in einer Institution.

Wo gibt es Schwierigkeiten bei der Umsetzung?

In manchen Regionen der Schweiz hängen die Massnahmen oft nur von einer oder zwei Personen ab. Wenn diese nicht mehr da sind, steht alles still. Es braucht einerseits einen Bottom-up-Ansatz mit Leuten an der Basis, die bezüglich Verfahren, Behandlungsqualität, Prävention, Gesundheitsförderung etwas verändern wollen. Andererseits muss auch das Top-down-Prinzip funktionieren, d.h., die Entscheidungsträger – das Departement für Gesundheit und Soziales und das kantonale Gesundheitsamt – müssen ein Vorwärtkommen ermöglichen, indem sie selbst gewisse Entscheide treffen. Wenn diese beiden Prinzipien zusammenspielen, kann man langfristig etwas bewirken. Wir haben Glück: Unsere politischen Entscheidungsträger, das kantonale Gesundheitsamt und unsere Fakultät für Biologie und Medizin, treffen Entscheidungen und unterstützen uns. Wenn dies fehlt, ist die Lage viel schwieriger.

«Man muss mit der Tür anfangen, die bereits offen steht, um weiterzukommen.»

Sind Sie somit mit Ihrer Situation im Kanton Waadt zufrieden?

Ja, wir haben interessante Massnahmen umgesetzt. Jetzt ist es unsere Aufgabe, auch andere Spitäler in der Schweiz zur Nachahmung anzuregen, namentlich

via Netzwerk Swiss Hospitals for Equity. Letzte Woche bin ich zu diesem Zweck ins Tessin gefahren, damit wir Instrumente, Material und Ideen austauschen können. Wir müssen jedoch auch über unsere Landesgrenzen hinausgehen und den Erfahrungs- und Informationsaustausch mit anderen Staaten pflegen. Letztlich ist es aber am wichtigsten, dass das Ergebnis unserer Reflexionsarbeit und unseres Austauschs den Patientinnen und Patienten zugutekommt.



Sind bei benachteiligten Gruppen auch gesundheitsfördernde Empfehlungen nötig wie ausgewogenes Essen, ausreichend Bewegung, mässiger Tabak- und Alkoholkonsum?

Ja, das ist sehr wichtig und liegt auf der Hand. Nehmen wir zum Beispiel Diabetes: Die Waadt hat einen kantonalen Plan zum Thema Diabetes erarbeitet. Eine Gruppe befasste sich spezifisch mit der Behandlung von Diabetes in benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Das ist ein ausgezeichnete Ansatz: Auch wenn man viel über diese Krankheit weiss, ist sie schon bei wortgewandten Patienten, welche die Mechanismen der Krankheit verstehen, schwierig zu behandeln. Noch schwieriger wird es bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen wie Asylsuchenden, Sans-Papiers oder bei Einheimischen, die aus finanziellen Gründen auf Gesundheitsleistungen verzichten.

«Ich hoffe, dass wir uns nie an das Unerträgliche, Unsägliches gewöhnen werden.»

Gutes Diversitätsmanagement solle unternehmerischer Standard werden, postulierte der Präsident von H+, Peter Saladin, vor zwölf Jahren. Wie nah sind wir diesem Ziel heute?

Diversitätsmanagement ist bei den Patientinnen und Patienten heutzutage ebenso wichtig wie beim Personal. In unserer Poliklinik ist das eine gelebte Realität – als Ergebnis etlicher Anstrengungen und gleichzeitig als Spiegel unserer Gesellschaft. Wenn es ein Labor für Diversität auf der Welt gibt, ist es wirklich die Schweiz – mit ihren vier Sprachen und drei Kulturregionen. Ein

Tessiner, ein Deutschschweizer und ein Westschweizer Patient mit demselben gesundheitlichen Problem werden hierzulande in vielerlei Hinsicht unterschiedlich behandelt werden. Denn man nimmt die Probleme nicht auf dieselbe Weise wahr. Ich weiss nicht, ob wir die richtige Balance gefunden haben; man müsste die Studien zu diesem Thema vielleicht vertiefen. Jedenfalls ist die Diversität bereichernd und immer mehr eine Realität. Das Gesundheitswesen muss mit dieser Realität arbeiten und ihre Vorteile nutzen, die gegenüber den Nachteilen deutlich überwiegen.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft?

Zunächst wünsche ich mir, dass die Studierenden weiterhin Interesse an diesem Thema haben. Das ist wichtig, weil sie in der Praxis mit diesen Problemen konfrontiert werden und weil das unserer Arbeit Auftrieb gibt. Zudem hoffe ich, dass die Entscheidungsträger weiterhin Mittel zur Erforschung der sozialen Ungleichheiten im Bereich Gesundheit bereitstellen. Im Rahmen nationaler Forschungsprogramme sind bereits Projekte finanziert worden, aber dies sollte weitergehen. Mein dritter Wunsch ist, dass der Lehrstuhl zum Thema «Medizin für benachteiligte Bevölkerungsgruppen» an der Universität Lausanne nicht der einzige bleibt. Solche Stellen müssen auch an anderen Universitäten geschaffen werden. Der erste Impuls ist zwar wichtig, aber andere Hochschulen sollten das Thema ebenfalls aufgreifen. Schliesslich hoffe ich wirklich, dass wir Gesundheitsfachleute uns nie an das Problematische, Unerträgliche, Unsägliches gewöhnen werden. Wir müssen weiterhin als Praktizierende, Dozierende und Forschende wirken, aber auch unsere Aufgabe als Interessenvertreter der Patientinnen und Patienten wahrnehmen.

Das vollständige Interview finden Sie auf www.spectra-online.ch.



Interkulturelles Dolmetschen bringt und hat Erfolg

Interkulturelles Dolmetschen. Fremdsprachige benötigen bei Beratungsgesprächen oder Konsultationen oft interkulturelles Dolmetschen. Sonst kann ihr chancengleicher Zugang zu unserem Gesundheitswesen nicht gewährleistet werden. Das BAG fördert den Einsatz und die Qualität des interkulturellen Dolmetschens mit Erfolg. In Zukunft wird es aber noch schnellere und kundenfreundlichere Lösungen brauchen.

Wenn es um die Gesundheit geht, ist es entscheidend, zu verstehen und verstanden zu werden. Rund 200 000 Menschen in der Schweiz sprechen jedoch weder eine Landessprache noch Englisch, und rund 700 000 Menschen sprechen eine andere Hauptsprache als eine der Landessprachen. Sind dazu noch grössere soziokulturelle Unterschiede auszumachen, führt das oft zu Verständigungsproblemen zwischen Patienten bzw. Patientinnen und Gesundheitsfachleuten. Diese Probleme können nur in bescheidenem Rahmen mit Hilfe von Spital- bzw. Praxispersonal oder Familienangehörigen gelöst werden. Oft müssen zertifizierte interkulturell Dolmetschende beigezogen werden, sonst bestehen erhebliche Risiken von Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen. Zudem gefährden Verständigungsschwierigkeiten den therapeutischen Erfolg: Sie beeinträchtigen Behandlungsqualität, Patientencompliance sowie Patientensicherheit und verunmöglichen die aufgeklärte Einwilligung der Patienten bzw. Patientinnen bei medizinischen Eingriffen (informed consent).

Engagement des BAG

Professionelle interkulturell Dolmetschende sind bei Gesprächen persönlich anwesend oder werden via Telefondolmetschdienst beigezogen. Sie übersetzen

beidseitig vollständig, sinngenaue und sind der Schweigepflicht unterworfen. Die Anzahl Einsätze von interkulturell Dolmetschenden ist in den letzten Jahren stark angewachsen (2010: 72 000 Einsatzstunden im Gesundheitsbereich; 2016: 169 852 Einsatzstunden). Das BAG fördert den Einsatz und die Qualität des interkulturellen Dolmetschens im Rahmen seines Engagements zugunsten der gesundheitlichen Chancengleichheit.

Oft müssen zertifizierte interkulturell Dolmetschende beigezogen werden, sonst bestehen erhebliche Risiken von Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen.

Schwerpunkte sind auch in Zukunft:

– Das *Kompetenzzentrum für interkulturelles Dolmetschen INTERPRET*: Dieses ist für das Ausbildungs- und Qualifizierungssystem des interkulturellen Dolmetschens in der Schweiz verantwortlich. Das zweistufige Qualifizie-

rungsverfahren (mit dem Zertifikat INTERPRET und dem eidg. Fachausweis für interkulturell Dolmetschende) genießt inzwischen nationale Bekanntheit und Anerkennung: 1150 interkulturell Dolmetschende besitzen das Zertifikat INTERPRET, 114 verfügen zusätzlich über den eidg. Fachausweis. – Der *nationale Telefondolmetschdienst*: Dieser nimmt an allen Wochentagen Anrufe aus der ganzen Schweiz entgegen und vermittelt professionelle Dolmetschende. Das Angebot ist besonders für kurze Gespräche geeignet und wenn eine schnelle Verständigung notwendig ist.

Herausforderungen für die Zukunft

Der Nutzen des professionellen Dolmetschens für eine effiziente und qualitative Kommunikation zwischen Gesundheitsfachpersonen und fremdsprachigen Patienten ist inzwischen anerkannt. Die Nachfrage ist entsprechend gewachsen – nicht nur im Gesundheitsbereich, sondern auch im Bildungs- und Sozialbereich. Mit 310 500 geleisteten Einsatzstunden (2016)

in diesen drei Bereichen und einem jährlichen Zuwachs von 10 bis 15 Prozent hat sich das Angebot in der ganzen Schweiz etabliert. Die steigende Anzahl der zu vermittelnden Dolmetscheinsätze stellt die Vermittlungsstellen jedoch vor immer grössere administrative und technische Herausforderungen. Zurzeit wird nach schnelleren und kundenfreundlicheren Lösungen gesucht – dies unter Mitberücksichtigung von neuen technologischen Möglichkeiten.

Neue Technologien sind auch beim Dolmetschen selbst ein Thema. Insbesondere das in Deutschland und Österreich bereits erfolgreich eingesetzte Videodolmetschen birgt ein grosses Potenzial. Bereits in diesem Jahr führen vier Vermittlungsstellen in diesem Bereich ein Pilotprojekt durch, das evaluiert werden soll.

Die Finanzierung der Dolmetscheinsätze im Gesundheitsbereich bleibt eine Herausforderung, für die bis anhin noch keine zufriedenstellende Lösung gefunden werden konnte. Einige Kantonsspitäler können ihre Dolmetschkosten dank kantonalen Beiträgen decken. In vielen Spitälern sowie insbesondere auch im spitalexternen ambulanten Bereich (z.B. für Haus- und Kinderärzte) sind die fehlenden Abrechnungsmöglichkeiten ein ungelöstes Problem.

Links:

www.bit.ly/BAG_Interkulturelles_Dolmetschen
www.inter-pret.ch
www.0842-442-442.ch

Kontakt:

Michèle Baehler, Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit,
michele.baehler@bag.admin.ch



Forum

Verstehen und verstanden werden – traumatisierte Geflüchtete und die Arbeit mit interkulturell Dolmetschenden

Schätzungen zufolge leiden aktuell 40 bis 50 Prozent aller Asylsuchenden und Flüchtlinge aus Kriegs- und Krisengebieten unter verschiedenen Trauma-Folgeerkrankungen. Viele von ihnen haben wiederholt traumatische Situationen durch Krieg, Folter und lebensbedrohliche Fluchtwege erlebt. In der Schweiz angekommen, sind sie mit einer neuen Kultur und mit aufenthalts- und sozialrechtlichen Bestimmungen konfrontiert, die ihre Lebensbedingungen über Jahre gravierend beeinflussen. Die kontinuierliche Unsicherheit über den künftigen Aufenthalt in der Schweiz, ein lang andauernder Asylprozess mit beengten Wohnverhältnissen oder anhaltende Armut erhöhen wesentlich das Risiko für eine psychische Erkrankung oder für die Aufrechterhaltung einer Störung. Zudem ist der Zugang zur medizinischen Versorgung durch diverse Zugangsbarrieren erschwert, sodass Asylsuchende häufig unterdiagnostiziert sind und eine inadäquate Behandlung erhal-

ten. Dies führt letztlich zu erhöhten Kosten für das Gesundheitssystem. Die Sprache erweist sich dabei als zentrale Zugangsbarriere für geflüchtete Menschen. Bei unserer Arbeit am Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer SRK ist die «Arbeit im Dialog» deshalb Standard. Abklärungen, Beratungen und Therapien wären ohne interkulturell Dolmetschende nicht möglich. Nicht selten sind sie für uns nicht nur Sprach-, sondern auch Kulturvermittelnde. Sie helfen beim Klären und Verstehen von soziokulturell bedingten Metaphern, Bildern oder Redewendungen. Das Gefühl, verstanden zu werden und selbst zu verstehen, ist unerlässliche Basis für eine gute und professionelle Psychotherapie, aber auch für eine adäquate medizinische Grundversorgung. Ein Praxisbeispiel soll die Relevanz der Arbeit mit interkulturell Dolmetschenden verdeutlichen: Laut Zuweiserin hatte ein 19-jähriger Mann aus Syrien bereits einen langen Weg durch das schweizerische Gesundheitssystem hinter sich. Wegen Ohnmachtsanfällen und Panikattacken wurde er bereits zweimal im Notfall abgeklärt. Nach einem Anfall mit

anschliessender Verwirrtheit und aggressivem Verhalten wurde er für einen mehrtägigen stationären Aufenthalt in die Akutpsychiatrie eingewiesen. Anschliessende ausführliche neurologische Untersuchungen inkl. eines Schädel-MRI blieben ohne Befunde, das Symptombild blieb weiterhin unklar. Die darauffolgenden Abklärungen bei uns waren laut Aussage des Patienten die ersten, welche mit einem Dolmetscher durchgeführt wurden. Unsere fachspezifischen psychiatrischen und psychometrischen Untersuchungen zeigten, dass er unter einer posttraumatischen Belastungsstörung und damit verbunden unter stark ausgeprägten Dissoziationen litt. Darüber zu sprechen, was er in seiner Heimat und auf der Flucht erlebt hatte, erleichterte den Patienten spürbar. Das tiefe Entsetzen über den gewaltsamen Tod seiner Eltern und die anhaltende Ungewissheit über den Verbleib seiner Geschwister konnte langsam sprechbar gemacht und therapeutisch verarbeitet werden. Weitere Besuche im Notfall blieben in der Folge aus. Für uns ist klar: Eine adäquate Gesundheitsversorgung von traumatisierten

Flüchtlingen ist oft nur dank professioneller Übersetzung möglich. Eine Früherkennung von psychischen Problemen bei Asylsuchenden und eine rasche adäquate Reaktion darauf lindern nicht nur grosses persönliches Leid. Sie erleichtern auch die soziale und berufliche Integration in der Schweiz und verhindern erhebliche Folgekosten.

Im Gesundheitswesen stellt die gelungene Kommunikation einen integralen und unverzichtbaren Bestandteil jeder Behandlung dar. Übersetzungsangebote müssen daher eine durch die Krankenkassen und Sozialämter finanzierte Leistung werden.



Dr. Carola Smolenski, Therapeutische Leiterin, Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer, Schweizerisches Rotes Kreuz

Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung – eine Herausforderung

Kampagnen. Eine Aufgabe des Bundesamts für Gesundheit (BAG) im Bereich der gesundheitlichen Chancengleichheit ist es, benachteiligte Bevölkerungsgruppen mit Gesundheitsinformationen besser zu erreichen und damit ihre Gesundheitskompetenz zu erhöhen. Herkömmliche Massnahmen erreichen aber oftmals gerade diejenigen Menschen nicht, die sie am nötigsten haben. Migesmedia ist eine Plattform für Medien in den Sprachen der Migrationsbevölkerung, die vom Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) im Auftrag des BAG aufgebaut wurde. Auch das BAG nutzt Migesmedia für seine Kampagnen, wie hier anhand des Beispiels der SmokeFree-Kampagne gezeigt wird.

Für die Migrationsbevölkerung bestehen oftmals Zugangsbarrieren zu wichtigen Informationen über Gesundheitsfragen. Bildungsferne und einkommensschwache Migranten und Migrantinnen haben in der Regel eine schlechtere Gesundheit als die einheimische Bevölkerung. Viele sprechen die Landessprachen kaum und sind via übliche Kommunikationskanäle wie Radio, TV, Zeitungen, Online-Newsseiten etc. in

unseren Landessprachen nicht erreichbar. Sie informieren sich bevorzugt durch Medien in ihrer Muttersprache. Doch es gibt auch Zugangsbarrieren im umgekehrten Fall. Dass nämlich Fachleuten und Anbietern von Gesundheitsinformationen das Problembewusstsein und die Kompetenz für die Kommunikation mit diesen vulnerablen Gruppen fehlen. Die Medienplattform Migesmedia – ein Teilprojekt von Migesplus – kann Fachleute bei ihrer Kommunikationsarbeit für die Migrationsbevölkerung unterstützen.

Migesplus für eine migrationsgerechte Kommunikation

Migesplus ist ein vom Schweizerischen Roten Kreuz im Auftrag des BAG entwickeltes und koordiniertes Projekt. Es wird von einer breit abgestützten Gruppe von Expertinnen und Experten fachlich und strategisch begleitet. Mit den Angeboten von Migesplus wird eine Lücke in der Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung geschlossen. Unter dem Dach der Website migesplus.ch ist einerseits der Bezug von mehrsprachigen Broschüren, Flyern, Ratgebern, Filmen und Videos verschiedener Herausgeber möglich, andererseits der Bezug von Dienstleistungen, u.a. Dienstleistungen für Medienschaffende und Ge-

sundheitsorganisationen. Dieses spezifische Dienstleistungsangebot, das die Vermittlung von Gesundheitsinformationen an die Migrationsbevölkerung erleichtert, ist auf der Plattform migesmedia.ch zu finden. Sie vereint rund 45 etablierte und regelmässig erscheinende Medien in den Sprachen der in der Schweiz lebenden Migranten und Migrantinnen.

migesmedia.ch – Plattform für Medien der Migrationsbevölkerung

Die Webplattform migesmedia.ch bietet sich als Vermittlerin für spezifische Mediendienstleistungen an. Auf der Plattform sind Facts und Figures zu finden, unter anderem auch ein aktuelles Verzeichnis mit den Kontaktdaten der fremdsprachigen Medien in der Schweiz (z.B. zu Radio- und TV-Sendern, Zeitschriften oder News-Websites). Die Redaktionen dieser Medien verstehen und sprechen in der Regel mindestens eine Landessprache. Bei Medieninformationen können ihre Adressen also ganz einfach in den normalen Versand integriert werden.

Grundsätzlich besteht bei allen Kommunikationsaktivitäten die Tendenz, besser Gebildete einfacher und schneller zu erreichen als vulnerable Gruppen.

Beabsichtigt eine Organisation eine Informationskampagne für die Migrationsbevölkerung, kann sie über eine Suchfunktion die Medien in den Sprachen ihrer Zielgruppen herausfiltern und sich für eine Zusammenarbeit direkt an diese wenden. Auch das SRK bietet sich für Vermittlungsangebote an. Die zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter helfen bei der Suche nach den geeigneten Kanälen für die beabsichtigte Kampagne und vermitteln die Kontakte. Das SRK übernimmt damit die Aufgabe einer Mediaagentur für Medien der Migrationsbevölkerung. Die Formen der Zusammenarbeit sind ganz unterschiedlich und gehen von der Integration von bestehenden Kampagnen, der Erstellung von Publireportagen bis hin zu den Übersetzungen für die Zielmedien.

Die Zusammenarbeit SmokeFree und migesmedia.ch

Die Sektion Kampagnen des BAG hat verschiedentlich mit dem SRK/Migesmedia zusammengearbeitet und ist sich die Zusammenarbeit mit Mediaagenturen gewohnt. Auch bei Kampagnen für die einheimische Bevölkerung wird mit solchen Vermittlern zusammengearbeitet. So werden für das Erarbeiten einer geeigneten Mediastrategie, zur Platzierung der Werbung und zu Preisverhandlungen spezialisierte Dienstleister mit dem entsprechenden Expertenwissen beigezogen.

Nach dem SmokeFree-Filmwettbewerb, der im Frühjahr 2017 in verschiedenen Medien der Migrationsbevölkerung¹ Beachtung fand, wurde im Rahmen der Herbstwelle 2017 ein Pilotprojekt mit Migesmedia lanciert. Mit einer finanziellen Investition wurden Werbebanner, Anzeigen sowie ein Radiospot in Medien der Migrationsbevölkerung platziert, die von Zielgruppen mit erhöhter Raucherquote genutzt werden. Viele der Medien waren wie schon beim Filmwettbewerb auch hier bereit, im redaktionellen Teil über das Thema «Rauchstopp» zu berichten. Die Zusammenarbeit zwischen SRK und der Sektion Kampagnen wurde von den Zuständigen als wertvoll und enorm hilfreich bezeichnet. Das SRK kenne die Medienkanäle der Migrationsbevölkerung und habe die entsprechenden Kontakte.

Evaluation der SmokeFree-Kampagne durch das SRK

Das SRK hat sich im Rahmen dieses Pilotprojekts bereit erklärt, eine Evaluation der SmokeFree-Werbekampagne via Migesmedia durchzuführen. Gemessen wurde etwa, ob die Nutzung der Rauchstopplinie dank den Kommunikationsmassnahmen in den Medien der Migrationsbevölkerung zugenommen hat.²

Chancengleicher Zugang zu Informationen

Bei der gezielten Fokussierung auf die Migrationsbevölkerung stellt sich die Frage, ob damit nicht stigmatisierend mit dem Finger auf diese gezeigt wird. Dies ist in Bezug auf die SmokeFree-Kampagne vermutlich nicht der Fall, weil diese sich primär an die breite Bevölkerung richtet. Grundsätzlich besteht bei allen Kommunikationsaktivitäten die Tendenz, besser Gebildete einfacher und schneller zu erreichen als vulnerable Gruppen. Oft können zumindest Opinion Leader oder Schlüsselpersonen angesprochen werden, die als wertvolle Mittler das Wissen an ihre Landsleute weitergeben können. Bei allen Kommunikationsmassnahmen des BAG für die breite Bevölkerung bleibt der chancengleiche Zugang zu den Informationen ein wichtiges Anliegen.

Links:
www.migesplus.ch
www.migesmedia.ch
www.smokefree.ch

Kontakt:
Adrian Kammer, Leiter Sektion Kampagnen, adrian.kammer@bag.admin.ch

¹ Die Filme der Shortlist wurden von Medien in türkischer und albanischer Sprache untertitelt, so etwa von Merhaba (e-merhaba.com), albinfo.ch, Haberpodium.com, prointegra.ch.)

² Die Resultate waren bei Erscheinen von «spectra» noch nicht verfügbar. Die Abteilung Kampagnen gibt Ihnen gerne nähere Auskunft: kampagnen@bag.admin.ch.



Unë jam i fort.

SMOKE FREE

Linja për ndërprerjen e konsumimit të duhanit të mbështet ty në gjuhën shqipe.

0848 183 183

8 Rp. në minutë nga telefoni fiks.

Chancengleiche Gesundheitsversorgung im Freiheitsentzug

Äquivalenzprinzip. Frische Luft, genügend Raum und Bewegung, eine ausgewogene Ernährung, sinnstiftende soziale Kontakte und der Zugang zur Gesundheitsversorgung. Diese Voraussetzungen für eine gute Gesundheit gelten auch für Menschen im Freiheitsentzug. Wie weit sie in der Schweiz erfüllt sind und wo die Aufgaben des Bundesamts für Gesundheit (BAG) liegen, sind Gegenstand der folgenden Betrachtung.

Manche Gesundheitsprobleme kommen in Haft häufiger als in der Allgemeinbevölkerung vor. Dies trifft auf Suchterkrankungen, psychische und psychiatrische Erkrankungen, aber auch auf Infektionskrankheiten wie Hepatitis oder HIV zu. Obwohl ihnen die Freiheit entzogen ist, haben Menschen in Haft einen Rechtsanspruch auf einwandfreie ärztliche Betreuung. Der Staat hat sie in Gewahrsam genommen und schuldet ihnen besondere Fürsorge (Fürsorgeprinzip). Er muss ihnen dieselben Möglichkeiten bieten, ein gesundheitsförderliches Leben zu führen wie den Menschen in Freiheit. Dieser Grundsatz ist im internationalen und im nationalen Recht als sogenanntes «Äquivalenzprinzip» verbrieft. Das ist auch für die öffentliche Gesundheit wichtig: Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention verringern die Risiken der Krankheitsübertragung, und gesunde Haftentlassene haben bessere Chancen auf Wiedereingliederung als kranke.

Handlungsbedarf

Im September 2016 lebten nach Angaben des Bundesamtes für Statistik 6912 Personen in 114 Justizvollzugseinrichtungen, wovon der Anteil an Frauen 5,6 Prozent, derjenige an ausländischen Insassen 72 Prozent ausmachte. Nicht alle der 114 Anstalten verfügen über einen Gesundheitsdienst. Fast alle Menschen in Haft haben kein Recht auf freie Arztwahl. Ungefähr ein Drittel sind Ausländerinnen und Ausländer ohne Aufenthaltsbewilligung. Die meisten davon sind nicht gegen Krankheit versichert. Unter diesen Umständen kann nicht immer ein adäquates Versorgungsangebot garantiert werden. Notwendige Behandlungen werden nicht immer durchgeführt, weil sich nicht immer ein Kostenträger dafür findet. Es kommt zu Situationen, welche aus menschenrechtlicher, medizinischer und aus Sicht der öffentlichen Gesundheit problematisch sind.

Das bisherige Engagement des BAG

In der Schweiz sind die Kantone für den Straf- und Massnahmenvollzug zuständig. Das gilt auch für die Gesundheitsversorgung, die von den Kantonen sehr unterschiedlich organisiert wird. Trotz föderalistischer Kompetenzordnung wurde das BAG schon in den 90er-Jahren im Freiheitsentzug aktiv. Damals stand das Drogenproblem im Zentrum.

In mehreren Haftanstalten wurden erfolgreich Pionierprojekte zur Schadensminderung bei Drogenkonsumierenden unterstützt. Sie umfassten unter anderem die Abgabe von sauberen Spritzen für Personen, die sich Drogen injizierten. Die Schweiz machte damit auf dem Gebiet der Drogenpolitik in Haft weltweit Furore. Im Jahr 2008 lancierte das BAG gemeinsam mit dem Bundesamt für Justiz (BJ) und der Konferenz der Kantonalen Justiz- und Polizeidirektoren (KKJPD) das Projekt «Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis (BIG)».¹

Fast alle Menschen in Haft haben kein Recht auf freie Arztwahl. Ungefähr ein Drittel sind Ausländerinnen und Ausländer ohne Aufenthaltsbewilligung. Die meisten davon sind nicht gegen Krankheit versichert. Unter diesen Umständen kann nicht immer ein adäquates Versorgungsangebot garantiert werden.

Nebst fachspezifischen Informationen zur Verhütung von Infektionskrankheiten für Fachpersonen und Inhaftierte resultierten aus dem Projekt die 2013 von der KKJPD und der Gesundheitsdirektorinnen und -direktorenkonferenz (GDK) gemeinsam verabschiedeten Empfehlungen zur Harmonisierung der Gesundheitsversorgung im schweizerischen Freiheitsentzug. Damit wurden

drei Ziele angestrebt: 1. eine inhaltliche Harmonisierung der Gesundheitsversorgung in allen Hafteinrichtungen im Hinblick auf das Fürsorge- und das Äquivalenzprinzip, 2. eine Verbesserung der Kenntnisse und des Ausbildungsstands über Gesundheitsthemen auf Seiten von Personal und Insasse und 3. die Förderung des kantonsübergreifenden und interdisziplinären Dialoges. Basierend auf diesen Empfehlungen ist im Jahr 2013 die Organisation Santé Prison Suisse (SPS)² entstanden.

Interdisziplinärer Dialog

In vier Kantonen (GE, VD, VS, NE) sind die Gesundheitsdienste den Gesundheits-, in allen anderen den Justizvollzugsbehörden angegliedert. Internationale Gremien (WHO, UNODC) bevorzugen im Hinblick auf die Umsetzung des Fürsorge- und des Äquivalenzprinzips eine Unterstellung unter die Gesundheitsbehörden. Sowohl die Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules) der Vereinten Nationen als auch die Europäischen Strafvollzugsgrundsätze des Europarates fordern zumindest einen engen organisatorischen Bezug der Gesundheitsdienste in Hafteinrichtungen zu den nationalen Gesundheitsbehörden. Vor diesem Hintergrund stellt SPS das Bemühen um einen Dialog zur Gesundheitsversorgung in Hafteinrichtungen zwischen den Kantonen, dem Bund und den unterschiedlichen Berufsgruppen des Justizvollzugs und der Gesundheit dar. Die Organisation wird bisher gemeinsam durch die KKJPD und die GDK getragen, und die Geschäftsstelle durch einen interdisziplinären Fachrat aus den Bereichen Gesundheit und Jus-

tizvollzug beraten. SPS hat bisher nebst mehreren Fachtagungen auch eine Bestandesaufnahme zur Gesundheitsversorgung in den Hafteinrichtungen durchgeführt. Erste Zahlen wurden im SPS-September-Newsletter 2017 veröffentlicht.³ Ein nächster Schritt soll dem Erarbeiten von national einheitlichen Gesundheitsstandards für Haftanstalten gelten.

Geplante Aktivitäten des BAG

Das BAG wird sich weiterhin für eine Gesundheitsversorgung im Freiheitsentzug einsetzen, die auf eine Umsetzung des Fürsorge- und des Äquivalenzprinzips abzielt. Es wird dabei besonders verletzbare Menschen ins Zentrum stellen. Beispielsweise wird sich das BAG in einer Arbeitsgruppe engagieren, welche gemeinsam mit den Kantonen Grundlagen für eine adäquate Versorgung von Inhaftierten ohne Krankenversicherung erarbeiten soll. Zudem soll die Nutzung von interkulturellen Dolmetschdiensten durch Haftanstalten gefördert werden, um Zugangsbarrieren von ausländischen Inhaftierten zur Versorgung abzubauen. Weiter wird sich das BAG dafür einsetzen, dass Menschen im Freiheitsentzug als Zielgruppe in Programme und Strategien der öffentlichen Gesundheit einbezogen werden.

Kontakt:
Stefan Enggist, Sektion Prävention und Promotion,
stefan.enggist@bag.admin.ch

¹ Vgl. http://bit.ly/BAG_BIG

² Vgl. www.sante.prison.ch

³ Vgl. http://bit.ly/SantePrison_Newsletter_PDF



«Die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen ist leider ein weltweites Phänomen.»

5 Fragen an Thomas Ihde-Scholl. Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden aufgrund ihrer Erkrankung oft stigmatisiert und stigmatisieren sich deswegen selbst. Zu oft erhalten sie bei einer körperlichen Erkrankung auch nicht die Hilfe, die sie benötigen würden – wegen der scheinbar vordringlichen psychischen Erkrankung. Deshalb leben die Betroffenen bis zu 25 Jahre weniger lang als gesunde Menschen. Thomas Ihde-Scholl, Chefarzt Psychiatrie der Spitäler fmi AG, Interlaken, und Präsident der Stiftung Pro Mente Sana, liefert uns Hintergründe und mögliche Lösungsansätze.

Menschen mit psychischen Erkrankungen haben eine um 10 bis 25 Jahre geringere Lebenserwartung. Sterben sie an ihrer psychischen Erkrankung?

Psychische Belastungen können sehr schwerwiegend sein und leider gehen viele schwere psychische Belastungen mit einem erhöhten Suizidrisiko einher. Der Grund für die sehr stark erniedrigte Lebenserwartung ist aber nur zu einem kleinen Teil durch Suizide erklärbar. Wichtig scheinen andere Faktoren zu sein.

Gewisse psychische Belastungen gehen direkt mit körperlichen Erkrankungen einher. Ein typisches Beispiel ist die Anorexie, welche zu einem Herzmuskelchwund und damit zum Tode führen kann. Auch die langfristige Einnahme gewisser Psychopharmaka kann direkt zu körperlichen Erkrankungen führen. So kann die Einnahme gewisser Antipsychotika zu starkem Übergewicht oder auch zu Stoffwechselstörungen wie Diabetes führen. Es gibt aber auch psychische Belastungen, die überdurchschnittlich häufig zusammen mit gewissen körperlichen Erkrankungen auftreten, ohne dass man weiss, weshalb: Menschen mit einem Schlafapnoe-Syndrom etwa leiden überdurchschnittlich häufig auch an einer Depression.

«Gewisse psychische Belastungen gehen direkt mit körperlichen Erkrankungen einher.»

Viele Menschen sind durch eine psychische Erkrankung hoch belastet, energielos oder kämpfen um das unmittelbare Überleben. Eine längerfristig orientierte Gesundheitsprophylaxe hat dann keinen sehr hohen Stellenwert mehr. Wenn sie aufgrund einer schweren Zwangsstörung pro Tag 300-mal die Hände waschen müssen, reicht die Energie für eine Wanderung am Wochenende nicht mehr. Dann führen gewisse ungesunde Verhal-



ten zu einer Art Selbstmedikation. Menschen mit einer Schizophrenie sind überdurchschnittlich häufig Raucher. Der Nikotinkonsum hilft ihrer Konzentrationsfähigkeit und reduziert Nebenwirkungen der Medikation auf eine Art, die spezifisch für ihre Erkrankung ist. Deshalb ist es für sie so schwierig, den Nikotinkonsum zu reduzieren und aufzuhören.

«Menschen mit einer Schizophrenie sind überdurchschnittlich häufig Raucher.»

Aus meiner Sicht ein wichtiger Faktor ist auch, dass psychische Belastungen in der heutigen Zeit einen Hauptrisikofaktor für Verarmung darstellen. Gesundheitsvorsorge kostet Geld: Bioprodukte, Sport und soziale Teilhabe sind schwierig finanzierbar, wenn sie Sozialhilfempfang sind.

Schliesslich gibt es einen weiteren – für mich fast den wichtigsten – Punkt: Psychische Erkrankungen sind immer noch stark stigmatisiert und Betroffene stigmatisieren sich selbst. Sie schämen sich, leiden unter Schuldgefühlen oder haben das Gefühl, versagt zu haben. Anhaltende Scham- und Schuldgefühle setzen ständig negative Stresshormone frei. Dies ist längerfristig weder für die Psyche noch für den Körper gesund. Und: Stigma erschwert den Kontakt zum Gesundheitswesen.

Was können die Betroffenen selber beitragen, damit sie nicht auch noch unter körperlichen Beschwerden leiden müssen?

Betroffene brauchen eine gute und auf sie zielgerichtete Unterstützung. Gängi-

«Es braucht einerseits eine Stärkung der Hausärztemedizin mit psychiatrischer Grundausbildung, andererseits muss sichergestellt werden, dass körperliche Leiden in der Psychiatrie adäquat behandelt werden.»

ge Empfehlungen zur Gewichtsabnahme funktionieren bei Menschen schlecht, welche aufgrund einer antidepressiven Therapie 30 Kilogramm an Gewicht zugenommen haben. Oft erhalten Betroffene dazu mehr Informationen über Betroffenen-Foren als von den Fachpersonen selbst. Das könnte ein sehr guter Ansatz für Selbsthilfe sein. In der Schweiz haben wir mittlerweile eine beträchtliche Anzahl an Peers, also Betroffenen, die selbst eine Erkrankungs- und Gesundheitserfahrung besitzen und gelernt haben, diese Erfahrung anderen weiterzugeben. Gerade im Bereich der Prävention von körperlichen Begleiterkrankungen könnten sie sehr hilfreich sein. Gefordert ist aber hauptsächlich das Gesundheitswesen.

Gibt es bei der Betreuung und Behandlung psychisch belasteter oder psychisch kranker Menschen systembedingte Probleme in der Gesundheitsversorgung? Was müsste sich dort ändern?

Eine zentrale Rolle in diesem Bereich kommt den Hausärzten zu. Rund 35 Prozent aller Patientinnen und Patienten in hausärztlicher Behandlung weisen eine psychische Belastung auf. Doch viele Hausärztinnen und Hausärzte besitzen keine Ausbildung in Psychiatrie. Gleichzeitig haben wir in der Psychiat-

rie neuerdings das Phänomen, dass klinische Psychologinnen und Psychologen einen Grossteil der Betreuung übernommen haben. Das ist an und für sich eine sehr gute Sache. Der Nachteil ist, dass sie keine medizinische Ausbildung mit sich bringen und sich deshalb der Wechselwirkung zwischen psychischer und körperlicher Erkrankung wenig bewusst sind. Deshalb braucht es einerseits eine Stärkung der Hausärztemedizin mit psychiatrischer Grundausbildung, andererseits muss sichergestellt werden, dass körperliche Leiden in der Psychiatrie adäquat behandelt werden.

Schliesslich muss das Thema Stigmatisierung im Gesundheitswesen proaktiv angegangen werden. Gerade Menschen mit schweren psychischen Belastungen, die sich wegen einer körperlichen Beschwerde auf der Notfallstation melden, werden körperlich nicht untersucht. Aus meiner Sicht eine klare Form von Diskrimination.

Betroffene berichten auch oft, dass sie Ärzten gegenüber nicht erwähnen, dass sie eine leichtgradige psychiatrische Erkrankung haben, weil sie sich bei körperlichen Beschwerden nicht ernst genommen fühlen und weniger abgeklärt wird. Die Symptome werden ganz einfach als «psychisch verursacht» erklärt.

Was gibt es bei der Prävention von NCDs bei psychisch Erkrankten spezifisch zu beachten? Ist die Gesundheitsversorgung ausreichend aufgestellt für diese Patientengruppe?

Wie bereits erwähnt, muss die Stigmatisierung oder direkter formuliert die Diskrimination von Menschen mit psychischen Belastungen sowohl im Gesundheitswesen als auch generell in unserer Gesellschaft angegangen werden. Zudem muss die Prävention spezifisch sein. Eine Anti-Tabak-Kampagne bei Menschen mit schweren psychischen Belastungen wäre sinnvoll. Peers könnten darin ihre eigenen Erfahrungen vorstellen, wie auch mit anderen Methoden die Konzentrationsfähigkeit verbessert und das fehlende Nikotin kompensiert werden kann.

Wie schätzen sie die Chancengleichheit dieser Patientengruppe in der medizinischen Versorgung ein?

Schlecht. Fairerweise muss man anfügen, dass sich die Problematik in anderen Ländern ähnlich darstellt. Stigmatisierung psychischer Erkrankungen ist leider ein weltweites Phänomen. Wenn man aber sieht, wie viel Grossbritannien und die psychische Grundversorgung bei den Hausärzten eine Selbstverständlichkeit ist, dann möchte man sich schon am liebsten einen kleinen Teil des Cornish Pie abschneiden.

Chancengleichheit für psychisch erkrankte Personen in der medizinischen Versorgung erhöhen

Koordinierte Versorgung. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat im Rahmen des Projekts «Koordinierte Versorgung»¹ eine Situationsanalyse erstellen lassen, welche die Herausforderungen in der koordinierten Versorgung von psychisch erkrankten Personen mit zusätzlichen körperlichen Erkrankungen aufzeigt. Die Vielfalt und Komplexität von psychisch-somatischen Komorbiditäten erfordert sowohl in der Diagnostik als auch in der Behandlung und Betreuung mehr Aufmerksamkeit.

In der Schweiz leiden über 70 Prozent der Personen mit ausgeprägter psychischer Belastung und rund 73 Prozent der Personen mit Depressionssymptomen zusätzlich an körperlichen Beschwerden. Besonders häufig sind Komorbiditäten im Bereich von Essstörungen, Störungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol und Drogen), bei Schizophrenien, bei Demenz und im Zusammenhang mit depressiven Störungen. Betrachtet man die akutmedizinische somatische Versorgung von

Menschen mit psychischen Erkrankungen, so sieht man, dass diese häufig aufgrund von nicht übertragbaren Krankheiten (NCD)² behandelt werden. Das hat auch Einfluss auf die Mortalität dieser Patientengruppe. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben eine um 10 bis sogar 25 Jahre geringere Lebenserwartung. Die tiefere Lebensdauer wird nebst der erhöhten Prävalenz für NCD unter anderem auf Nebenwirkungen von Psychopharmaka bzw. auf einen selbstvernachlässigenden Lebensstil zurückgeführt. Suizide erklären nur einen kleinen Teil der verkürzten Lebenserwartung.

Herausforderungen bei der Behandlung

Die Vielfalt und Komplexität von psychisch-somatischen Komorbiditäten stellt bereits bei der Diagnostik eine grundlegende Herausforderung dar. Die Wahrscheinlichkeit für eine unzureichende Diagnostik und medizinische Behandlung von körperlichen Begleiterkrankungen ist bei psychisch erkrankten Personen deutlich erhöht.

Dies liegt unter anderem daran, dass Personen mit psychischen Erkrankungen und somatischen Komorbiditäten oftmals in mehreren Versorgungsbereichen anzutreffen sind. Dadurch wären sie auf Fachpersonen sowohl somatischer als auch psychiatrischer Ausrichtung angewiesen, welche ein Bewusstsein für die ganzheitliche medizinische Versorgung sowie ein interdisziplinäres Grundwissen aufweisen. Eine Schlüsselrolle in der Behandlung kommt den Hausärztinnen und Hausärzten zu, welche einen Patienten oder eine Patientin wegen ihres beispielsweise risikoreichen Alkoholkonsums sowohl in die Akutsomatik als auch in eine psychiatrische Einrichtung weiterweisen.

Die Wahrscheinlichkeit für eine unzureichende Diagnostik und medizinische Behandlung von körperlichen Begleiterkrankungen ist bei psychisch erkrankten Personen deutlich erhöht.

Ausserdem stellen diese Patienten, krankheitsbedingt und aufgrund psychosozialer Belastungen, eine besondere Herausforderung bei der Therapierung dar. Der Aufwand, sie zur Kooperation zu bewegen und im Versorgungssystem zu halten, wird als gross empfunden und übersteigt rasch die Möglichkeiten ambulanter Einzelpraxen.

Handlungsbedarf in der Schweiz

In Zukunft wird sich das BAG – gemeinsam mit den relevanten Akteuren – für die Verbesserung einer koordinierten Versorgung für Menschen mit psychisch-somatischer Komorbidität engagieren und entsprechende Massnahmen umsetzen. Betroffene Personen, Angehörige und Fachpersonen sollen für das Thema «psychisch erkrankte Personen mit gleichzeitig somatischen Erkrankungen» sensibilisiert werden. Dazu sind breit abgestützte Kommunikationsmassnahmen geplant, über die Betroffene



Koordinierte Versorgung

Wissen teilen. Gemeinsam planen.
Patienten stärken.

ne sowie Fachpersonen gezielt Informationen erhalten. Zudem sollen bestehende Good-Practice-Beispiele (national und international) ermittelt und bekannt gemacht werden. Das BAG will mit diesen Aktivitäten verstärkt für das Thema sensibilisieren und der Stigmatisierung und Diskriminierung dieser Personen entgegenwirken. Kontinuität und die Koordination der medizinisch-therapeutischen Behandlung sowie die Vernetzung zwischen Gesundheits- und Sozialsystem sind für die adäquate Versorgung dieser Patientinnen und Patienten von zentraler Bedeutung.

Literatur:

Schlapbach, M., Ruffin, R. (2017): Koordinierte Versorgung für psychisch erkrankte Personen an der Schnittstelle «Akutsomatik – Psychiatrie resp. psychiatrische Klinik» – Schlussbericht socialdesign ag im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).

Link:

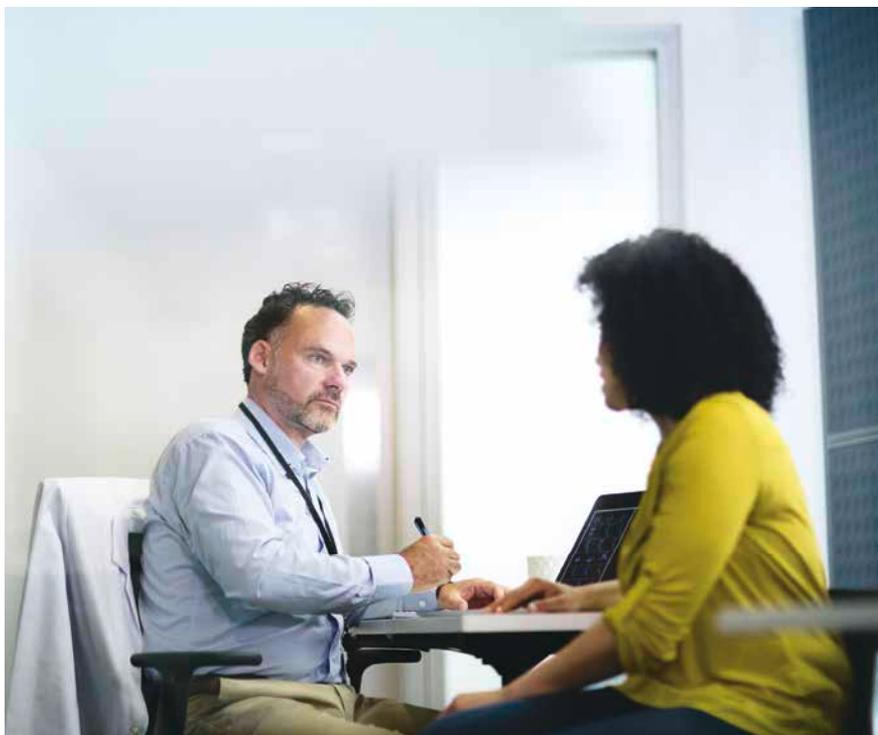
www.bit.ly/BAG_Koordinierte_Versorgung

Kontakt:

Stefanie Johner, Sektion Nationale Gesundheitspolitik,
stefanie.johner@bag.admin.ch

¹ Die «koordinierte Versorgung» wird definiert als die Gesamtheit der Verfahren, die dazu dienen, die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten über die gesamte Behandlungskette hinweg zu verbessern. Im Zentrum steht die Patientin bzw. der Patient: Koordination und Integration erfolgen entlang der ganzen Behandlung und Betreuung. Quelle: bit.ly/Definition_Koordinierte_Versorgung

² Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes und muskuloskeletale Erkrankungen



Impressum • spectra Nr. 119, Januar 2018

«spectra – Gesundheitsförderung und Prävention» ist eine Informationsschrift des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und erscheint viermal jährlich in Deutsch, Französisch und Englisch. Sie bietet in Interviews und in der Rubrik «Forum» auch Raum für Meinungen, die sich nicht mit der offiziellen Haltung des BAG decken.

Herausgeber: BAG, 3003 Bern, Tel. 058 463 87 79, Fax 058 464 90 33, www.bag.admin.ch

Realisation: BAG, Sektion Kampagnen, Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern

Leitung Redaktionskommission: Adrian Kammer, adrian.kammer@bag.admin.ch

Redaktionskommission: Agathe Blaser, Claudia Brunner, Nicole Fivaz, Jolanda Heller, Adrien Kay, Selina Lusser-Lutz, Esther Walter

Textbeiträge: Jolanda Heller und weitere Mitarbeitende des BAG, weitere Autorinnen und Autoren

Fotos/Copyrights: Autorinnen, Autoren, iStock (S. 1), Fotolia (S. 10, 12), Walter Imhof/BAG (S. 3, 8)

Layout: Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL), 3003 Bern **Druck:** Bütiger AG, 4562 Biberist

Auflage: 6400 Ex. deutsch, 3400 Ex. französisch, 1050 Ex. englisch

Einzel Exemplare und Gratisabonnemente von spectra können bestellt werden bei:

Bundesamt für Gesundheit, Sektion Kampagnen, 3003 Bern, kampagnen@bag.admin.ch

Die nächste Ausgabe zum Thema Seltene Krankheiten erscheint im April 2018.

Kontakte

Sektionen, Fachstellen	Telefon
Abteilung Prävention nicht übertragbarer Krankheiten	058 463 87 11
Sektion Prävention und Promotion (Übertragbare Krankheiten)	058 463 88 11
bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz	058 462 62 26
Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit	058 463 06 01
Sektion Nationale Gesundheitspolitik	058 463 06 01
Sektion Kampagnen	058 463 87 79

www.spectra-online.ch