

Public-Health und Gesundheitspolitik

«Wieviel Public-Health braucht die Gesundheitspolitik?» Diesem Thema war die diesjährige Swiss-Public-Health-Conference gewidmet. PraktikerInnen, PolitikerInnen und ein Forscher zeigten Folgendes auf: Die Public-Health-Praxis ist im Grunde politisch. Die Politik weist im Bereich Gesundheit Widersprüche auf. Und die Public-Health-Forschung liefert keine definitiven Antworten.

Brigitte Casanova

An der Swiss-Public-Health-Conference der SGPG (Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen) vom 24.–25. Juni 2004 in Zürich wurde das Verhältnis zwischen der Public-Health (PH) und der Gesundheitspolitik von drei Seiten her beleuchtet: Fachleute, die schon lange in der Public-Health tätig sind, berichteten über ihre Erfahrungen und ihre Erkenntnisse. Gesundheitspolitiker brachten ein, wie sie Public-Health wahrnehmen und umsetzen. Und der Forscher erläuterte, welche Rolle PH-Forschungserkenntnisse für gesundheitspolitische Entscheidungen spielen sollen und können. Ein weiterer Schwerpunkt der Tagung war das Thema «Gender Health» (siehe *Kasten*).

Appelle der PraktikerInnen

«Der Begriff Gesundheitsdirektion ist ein Etikettenschwindel. Richtig wäre Direktion für Disease Management.» Mit dieser provokanten These stieg François Van der Linde, Vorsteher des Amtes für Gesundheitsvorsorge, Kanton St. Gallen, in sein Referat ein. Auch seine Genfer Kollegin Annie Mino, Vorsteherin der Gesundheitsdirektion Kanton Genf, fand klare Worte: «Die Diskussionen über die



Podium (von links nach rechts): Liliane Maury-Pasquier (SP), Jürg Stahl (SVP) ...

Gesundheit drehen sich um die Gesundheitsversorgung. Es geht um lächerliche Einsparungen, die ihrerseits Kosten provozieren. Geredet wird nur über den Tarmed und über das KVG.» Die beiden erfahrenen Public-Health-SpezialistInnen – beide stehen kurz vor ihrer Pensionierung – stellten das gleiche Problem in den Vordergrund: Die Diskussion über die Gesundheit widmet sich fast ausschliesslich der Gesundheitsversorgung. Diese beeinflusst die Gesundheit jedoch nur zu einem kleinen Teil, ungefähr zu 10 bis 15 Prozent. Wichtiger sind die Umwelt (20–25 Prozent) und genetische Faktoren (ca. 20 Prozent). Die sozioökonomischen Faktoren sind mit 40 bis 50 Prozent indes weitaus am wichtigsten. Doch gerade diese Erkenntnis wird nicht wahrgenommen.

Dabei ist Van der Linde selbstkritisch. Er fordert: «Public Health muss endlich die Botschaft übermitteln, dass Gesundheit nur am Rand etwas mit Medizin zu tun hat.» Auch das Denken in der Public-Health sei stark von der Medizin geprägt. Die Verbindung gehe von den Chefärzten zu den Gesundheitsdirektoren. Annie Mino erklärte: «Gesundheit kann man nicht verschreiben wie ein Medikament. Sie muss konstruiert werden.» Und dies geschehe interdisziplinär, transdisziplinär und interdepartemental.

Dabei seien die bestimmenden Faktoren nicht nur individuell – wie Tabakkonsum, Ernährung und Bewegung –, sondern vor allem sozial: Zentral seien etwa die Wohnsituation und die Arbeit. Die sozialen Ungleichheiten wirken auf die Gesundheit. Annie Mino forderte deshalb eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung aller politischen Entscheidungen. Van der Linde brachte es wie folgt auf den Nenner: «Public-Health ist politisch.» Die Gesamtpolitik, insbesondere auch die Wirtschaft, bestimmt die Gesundheit. Van der Linde möchte deshalb die Gesundheitsdirektionen in «Direktion für gesundheitsförderliche Gesamtpolitik» umbenennen.

Die Bedeutung der Arbeit

Gianfranco Domenighetti, Vorsteher des Gesundheitsamts Kanton Tessin, hob einen Faktor besonders hervor: die Arbeit. Sie ist der wichtigste unter den sozioökonomischen Faktoren. Sie bestimmt den sozioökonomischen Status und die soziale Integration des Individuums. Die Arbeit kann Wohlbefinden/Gesundheit vermitteln, wenn der Arbeitsplatz gesichert ist, wenn die Arbeit angemessen entlohnt wird, wenn sie einigermaßen interessant ist und wenn dabei die Würde und die Rechte des Individuums respektiert werden. Do-



... Yves Guisan (FDP), Ruth Genner (Grüne), Philipp Stählin (CVP)

menighetti: «Das Leben eines Menschen ist von seiner Arbeit geprägt.» Die Arbeitswelt gerät heute jedoch unter Druck: Globalisierung, Deregulierung, Privatisierungen, freier Warentausch und Steuersenkungen schaffen neue gesundheitliche Risiken. Die Arbeitsbedingungen ändern, der Rhythmus wird umgestellt, der Arbeitsdruck erhöht sich, die Unterstützung durch die Firma nimmt ab, und Arbeitsstellen werden gestri-

chen. Die anhaltende Angst und der Stress wirken sich auf die Gesundheit aus: Psychische Störungen, muskuloskeletale Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Probleme und Tumore nehmen zu. Schon heute seien 25 Prozent der Arztbesuche arbeitsbedingt. Nur: Der Arzt kann keinen sicheren Arbeitsplatz, keinen angemessenen Lohn und nicht mehr Freizeit verschreiben, so Domenighetti. Also verteile er Antidepress-

siva, Schlafmittel und Vitamine. Die Kosten, welche durch Arbeitsstress entstehen, werden externalisiert: Krankenkassen und Sozialversicherungen bezahlen gemäss einer Schätzung des Seco 4,2 Milliarden Franken jährlich für den anhaltenden Arbeitsstress, das sind 1,2 Prozent des BIP. Die Arbeitsausfälle in den Betrieben seien da nicht miteingerechnet.

Sicht der GesundheitspolitikerInnen

Das erste Mal an ihrer wissenschaftlichen Tagung erweiterte die SGPG die Gesprächsrunde: Sie hatte National- und StänderätInnen von links bis rechts zum Podium eingeladen. Unter der Leitung von Urs Zanoni (Journalist) diskutierten Yves Guisan (FDP), Ruth Genner (Grüne), Philipp Stählin (CVP), Liliane Maury-Pasquier (SP) und Jürg Stahl (SVP).

Als Erstes wurde erörtert, welche Aufgabenbereiche zur Gesundheitspolitik und PH gehören.

Philipp Stählin: «PH ist eine Querschnittsaufgabe, sie beschränkt sich nicht auf die Versorgung.» Er zählte neben dem sozialen Bereich auch die Nahrungsmittelsicherheit oder den Gewässerschutz zu PH-Aufgaben: «Wenn man alles Geld zusammenzählt, das für Umweltschutz, Kläranlagen und so weiter eingesetzt wird, so wird viel Geld für PH ausgegeben.» Stählin plädierte aber dafür, den Begriff nicht zu weit zu fassen, damit er «gepusht» werden könne: Für ihn sei Krankheitsverhinderung mit richtiger Ernährung und ausreichend Bewegung bestimmend.

Anders Ruth Genner, die von einem weiteren PH-Begriff ausging: «Die Umwelt ist ein wichtiger Faktor, zum Beispiel die Luftqualität und die Verkehrsbelastung.» Sie wies auch auf den Zusammenhang hin, dass die Bekämpfung der Schwarzarbeit die Arbeitsbedingungen dieser Menschen verbessere. Zudem: «Es gibt knallharte Interessenkonflikte. Wir dürfen die Augen davor nicht verschliessen und nur über einen engen PH-Begriff reden.» Ein Beispiel: die Tabakwerbung. Ein Verbot wurde sogar von Gesundheitspolitikern bekämpft.

Widersprüche

Urs Zanoni machte auf die Widersprüche in der heutigen Gesundheitspolitik aufmerksam – es werde

Gender Health

Das letztes Jahr neu gegründete Forschungsnetzwerk Gender Health hielt an der Public-Health-Conference seine zweite Tagung ab. Sie bot einen Einblick in internationale und nationale Arbeiten im Bereich Gender Health.

Mercedes Juarez, Programme Manager «Gender Mainstreaming and Womens's Health» der WHO Europe in Kopenhagen, berichtete in ihrem Referat darüber, wie sie Politiker in den europäischen Ländern dazu bringt, das Geschlecht als Faktor bei politischen Entscheiden miteinzubeziehen. Dies sei in weniger entwickelten Ländern teilweise einfacher als in westlichen Staaten, so Juarez, weil deren Strukturen der Gesundheitsversorgung weniger starr seien. Beim Gender-Mainstreaming gehe es darum, auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von Männern und Frauen einzugehen. Da es grosse Rollenunterschiede zwischen Männern und Frauen gebe, sei ein «gleiches» Angebot benachteiligend.

Auf nationaler Ebene erregte die Präsentation einer Studie Aufsehen, welche die Gesundheitskosten der Frauen in der Schweiz genderbezogen analysiert hat. Die AutorInnen konnten als Erste den Datenpool von Santésuisse nutzen, und sie kamen zu einem erstaunlichen Ergebnis: Frauen haben nicht viel höhere Gesundheitskosten als Männer, wenn man die Lebenszeit beachtet, die Kosten für Schwangerschaft und Geburt nicht einseitig den Frauen zuschreibt und die Kosten durch erlittene Gewalt durch Männer abzieht. Schon die Hälfte der 3 Milliarden Franken Mehrkosten der Frauen wird dadurch erklärt, dass Frauen länger leben. Zu bedenken sei zudem, dass Frauen mehr informelle Pflegeleistungen erbringen würden als Männer.¹



Mercedes Juarez, Programme Manager «Gender Mainstreaming and Womens's Health» der WHO Europe

¹ Das Buch zur Studie: Paul Camenzind, Claudia Meier (2004): Gesundheitskosten und Geschlecht. Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Verlag Hans Huber, Bern.

mit «Gift und Gegengift» gearbeitet. Beispiele: Der Staat subventioniert die Tabakbauern und speist auch den Tabakpräventionsfonds. Oder: Der Bund subventioniert die Weinbauern und betreibt Alkoholprävention.

Angesichts dieser Widersprüche wurde die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung aller politischer Entscheide thematisiert. Ruth Genner: «Wir können uns bei allen Entscheidungen die Frage stellen, welche Werte wir gewichten wollen und welche Gesellschaft wir anstreben.» So sehe man auch bei komplexen Fragen, was richtig sei. Jürg Stahl fügte an: «Der ökonomische Faktor gehört mit zur Fragestellung.» Zur sozialen Befindlichkeit gehöre die Ökonomie, ein gesundes wirtschaftliches Wachstum sei essenziell für das Wohlbefinden einer Gesellschaft.

Zanoni fragte die Politiker: «Denken die Politiker nur in Zeiträumen von vier Jahren?» Da PH-Entscheide sehr lange brauchen, bis sie wirken, hätte der kantonale Politiker schon wenig Anreize, sich dafür einzusetzen, bekannte Stählin. Liliane Maury-Pasquier fügte an: «Es braucht auch Mittel für eine Gesundheitspolitik.» In Genf wurden die Steuern gesenkt, um das Wachstum zu fördern. Die Ausgaben für Gesundheit und Soziales wurden entsprechend gekürzt. Deshalb fehlten jetzt auch die Visionen für eine umfassende Gesundheitspolitik.

Das Publikum diskutierte anschliessend angeregt mit. Kritisiert wurde beispielsweise, dass es keine Schule für Public-Health gebe, wie in allen andern hoch entwickelten Ländern. Durch die Ausbildung könnten auch Visionen ausgearbeitet werden. Genner wies darauf hin, dass es für eine Koordination im Bildungsbereich Bundesgelder brauche, aber es herrsche der «Kantönligeist». «Und wieso funktioniert die kantonale Zusammenarbeit im Strassenbau?» lautete die Anschlussfrage aus dem Publikum. Maury-Pasquier: «Die PH ist schlecht kommunizierbar, weil der Benefit nicht sichtbar wird.» Man müsse das, was die PH mache, besser verkaufen. Van der Linde: «Vom Strassenbau sind alle betroffen, und alle fühlen sich kompetent. PH ist zu abstrakt.»

PH-Forschung und Politik

Wie ist das Verhältnis zwischen der PH-Forschung und der Politik? Was



Gianfranco Domenighetti, Vorsteher des Gesundheitsamts, Kanton Tessin



Matthias Egger, Professor und Leiter des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin Bern

kann die PH für die Politik leisten? Wie kommt es zu einer «Evidence-based Policy»? Matthias Egger, Professor und Leiter des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin Bern, machte klar, dass es keine lineare Beziehung zwischen PH-Forschung und Politik gibt.

«Gleiche Evidenz kann verschieden implementiert werden», so Egger. In England haben neueste Forschungsergebnisse über das Cannabis-Rauchen dazu geführt, dass Cannabis in die am wenigsten schädliche Gruppe von Substanzen reklassifiziert wurde. In anderen Ländern sei nichts dergleichen passiert. Beim Mammografie-Screening werde die Evidenz sogar innerhalb der Schweiz unterschiedlich ausgelegt: In der Deutschschweiz wird nicht gescreent. Egger erklärte: «Forschung ist ein mühsamer Prozess, der lange dauert und keine definitiven Antworten liefert.» Die Politiker jedoch müssten handeln, auch ohne klare Evidenz. Und selbst wenn es keine Evidenz gebe, wie zum Beispiel, dass Mobilfunk schädlich sei, heisse dies noch nicht, dass ein Risiko ausgeschlossen werden könne. Erschwerend für Entscheide komme hinzu, dass so genannte Faktoide die Meinungen verzerren. Egger: Ein Faktoid ist etwas, von dem alle glauben, dass es zutrifft, das aber falsch ist. Ein Beispiel: «Wer einmal kifft, kann nie mehr damit aufhören.» Die Forschung zeige klar, dass viele eine Zeit lang Cannabis rauchen, und es dann nach ein paar Jahren wieder lassen. Wie soll nun der Kontakt zwischen PH und Politik gestaltet werden? Egger machte folgende Aussagen:

■ Als Wissenschaft leistet PH nicht die Grundlage für politische Entscheide, sondern einen Beitrag dazu. Andere Faktoren (wie Ideologien) beeinflussen Entscheide ebenfalls.

■ Viele Forschungsprojekte sind nicht relevant für die Politik: «Es wird an wichtigen Fragen vorbeigeforscht.»



François van der Linde, Vorsteher des Amtes für Gesundheitsvorsorge, Kanton St. Gallen



Annie Mino, Vorsteherin der Gesundheitsdirektion, Kanton Genf

■ Es gibt auch Grenzen der Beobachtungen, und viele Resultate sind nicht reproduzierbar.

■ Die Informationen aus der Forschung machen Entscheidungen komplex. Und dies ist schwierig für Politiker.

■ Systematische Reviews müssen gefördert werden, denn kumulative Evidenz bringt bessere Antworten. Egger verwies darauf, was schon andere statuiert hatten: Forschung ist am nützlichsten, wenn sie balanciert, objektiv und glaubwürdig «daher kommt». Wissenschaftler sollten keine Advokaten für eine Sache sein. ■

Bericht:

BRIGITTE CASANOVA
REDAKTION «MANAGED CARE»