

Arbeitspapier

Die Entstehung von Krebs mit Prävention und Gesundheitsförderung wirksam verhindern

Vorschlag zur Entwicklung eines
Nationalen Programms für die Gesundheitsförderung und zur
Bekämpfung von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten (NPGP)

Unterstützt durch:
Bundesamt für Gesundheit
Gesundheitsförderung Schweiz
Krebsliga Schweiz
Oncosuisse

November 2004

Um die Lesbarkeit des Texts zu erhöhen, wird in dieser Strategie in der Regel nur die männliche Form benützt (z.B. Patient, Arzt), die aber sowohl die männliche als auch die weibliche Person umfasst.

Impressum

Autoren: Andreas Biedermann, Carlos Quinto (Kap. 3.1 und 9), Christiane Meier (Kap. 3.1)

Steuergruppe: Brigitte Baschung, Marcelle Heller, Ruedi Hösli, Bruno Meili, Reto Obrist, Denise Rudin, Bertino Somaini, Therese Stutz, Wiebke Twisselmann

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit, Gesundheitsförderung Schweiz, Krebsliga Schweiz, Oncosuisse

Kontakt: Krebsliga Schweiz, Effingerstrasse 40, 3001 Bern;
Tel. 031 389 91 00; E-mail: info@swisscancer.ch

November 2004

Die Entstehung von Krebs mit Prävention und Gesundheitsförderung wirksam verhindern

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung / Empfehlungen	4
2	Einführung.....	6
3	Ausgangslage	7
3.1	Epidemiologie und Risikofaktoren von Krebs in der Schweiz	7
3.2	Angaben zu den gesetzlichen Grundlagen	12
3.3	Aktivitäten und Akteure	12
3.4	Organisation und Ressourcen.....	20
4	Ziele und Aufgaben des Gesamtprogramms	22
4.1	Vision für die Krebsprävention	22
4.2	Übergeordnete Ziele.....	23
4.3	Die Kernaufgaben	24
5	Prioritäten	26
5.1	Inhaltliche Prioritäten.....	26
5.2	Zielgruppen	28
5.3	Die wichtigsten Strategien und Methoden.....	28
6	Ziele und Massnahmen der Programme gegen die einzelnen Risikofaktoren.....	29
6.1	Tabakprävention.....	30
6.2	Gesundes Körpergewicht, Bewegungsförderung und gesunde Ernährung.....	31
6.3	Alkoholprävention	32
6.4	Schutz vor UV-Strahlung.....	33
6.5	Schutz vor Arbeitsplatzbelastungen.....	34
6.6	Schutz vor Radon.....	34
6.7	Qualität der Atemluft verbessern – krebserzeugende Luftschadstoffe reduzieren	35
6.8	Gesunder Lebensstil fördern	35
7	Organisation des zukünftigen Programms	35
7.1	Strukturen.....	36
7.2	Prozesse.....	37
7.3	Verantwortlichkeiten	37
8	Finanzielle Ressourcen	38
9	Monitoring, Evaluation und Überprüfung des Programms.....	40
9.1	Grundlagen und bisherige Aktivitäten	40
9.2	Indikatorensatz	40
9.3	Verfügbarkeit der Indikatoren	40
9.4	Ausblick	41
10	Zeitplan	43
11	Anhang 1: Internationale Empfehlungen für das Vorgehen in der Krebsprävention .	46
12	Anhang 2: Die Wirksamkeit von Interventionen in der Krebsprävention	53
13	Anhang 3: Eurochip-Indikatorensatz für die Evaluation von nationalen	61
	Krebsprogrammen.....	61

1 Zusammenfassung / Empfehlungen

1. Einbettung der Krebsprävention in eine übergeordnete Initiative zur Bekämpfung von chronischen Krankheiten: Die Aktivitäten zur Verhinderung von Krebs sollen Teil eines umfassenden Programms zur Gesundheitsförderung und Prävention von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten werden. Um das nötige Gewicht zu erhalten und um innerhalb unseres föderalistischen Systems ein national koordiniertes Vorgehen gewährleisten zu können, soll dieses Programm zu einem Arbeitsschwerpunkt der Nationalen Gesundheitspolitik (Nationale Gesundheitsplattform) werden. Dort wo angebracht sollen die für eine erfolgreiche Umsetzung benötigten, heute noch fehlenden gesetzlichen Grundlagen geschaffen werden.

Vision für die Krebsprävention

Die zukünftigen politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen schaffen ein Umfeld, welches die Gesundheit fördert. Sie tragen dazu bei, dass Menschen in der Schweiz die Ursachen von Krebs kennen und befähigt sind, in ihren Lebenswelten die krebsfördernden Einflüsse auf ihre Gesundheit zu mindern sowie einen gesunden Lebensstil anzunehmen. Dies führt dazu, dass vermeidbare Risikofaktoren und Umwelteinwirkungen bei der Krebsentstehung keine massgebliche Rolle mehr spielen.

2. Umfassende Programme: Die nationale Prävention von Krebs und von weiteren chronischen Krankheiten soll im Rahmen eines „umfassenden Programms“ („comprehensive programme“) implementiert werden. Dieses Programm ist langfristig angelegt, gründet auf breiten Partnerschaften, weist eine Vielfalt an methodischen Ansätzen auf und besitzt eine klare Organisationsstruktur. Genügend Ressourcen müssen zur Verfügung stehen. Handlungsleitend beim Aufbau eines solchen Programms sind die Erkenntnisse der Weltgesundheitsorganisation WHO, der internationalen Union gegen Krebs UICC und des amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention CDC.
3. Günstige Rahmenbedingungen schaffen: Um optimale Voraussetzungen für die Prävention und einen gesunden Lebensstil zu schaffen, soll sich das Programm für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik in der Schweiz engagieren. Entscheidungsträger und Schlüsselpersonen im politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Leben sind zu motivieren, sich in ihren Lebenswelten vermehrt für die Gesundheit zu engagieren. Advocacy erhält somit einen privilegierten Stellenwert.
4. Evidenz-basierte Prävention: Die zu ergreifenden Massnahmen sollen einen wissenschaftlichen Nachweis ihrer Wirksamkeit erbringen können („evidence-based prevention“). Nur wenn die Literatur zeigt, dass eine Intervention erfolgsversprechend ist, soll sie umgesetzt werden. Ausnahmen sind möglich, müssen jedoch besonders sorgfältig ausgewertet werden („Innovationsprojekte“).
5. Vom lockeren Netzwerk zum strukturierten Programm: Die nationale Krebsprävention bzw. die nationalen Aktivitäten zur Bekämpfung von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten sollen sich von einem lockeren Netzwerk zu einem strukturierten Programm mit partizipativer Einbindung der Partner entwickeln. Dieser Prozess soll von einer Programmsteuergruppe geleitet werden, welche für die strategische Entwicklung und die übergeordnete Koordination zuständig ist und in der die politischen Entscheidungsträger und die wichtigsten Vertreter der Programme gegen die einzelnen Risikofaktoren Einsitz nehmen. Zur Unterstützung der Programmsteuergruppe sowie zur Sicherstellung der weiteren Aufgaben des Programms – operative Koordination, Advocacy, Qualitätssicherung – wird vorgeschlagen, dass mit Mandat des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) eine Projektorganisation inklusive Programmsekretariat aufgebaut werden.

6. **Monitoring und Evaluation:** Für die Überprüfung der Wirkung braucht es ein systematisches Monitoring und eine Evaluation. Diese werden zu einem integralen Bestandteil des Programms und sind so ausgelegt, dass sie die Entscheidungsfindung und die Steuerung gezielt unterstützen.
7. **Prioritäten setzen:** Die Wahl und Priorisierung der Themen (Tabakprävention, Gesunde Ernährung und Bewegung, Alkoholprävention etc.) und der strategischen Ansätze innerhalb des Programms erfolgt auf der Basis einer Analyse der Epidemiologie und der zu erwartenden Wirkung. Der definitive Entscheid über die nationalen Prioritäten wird von den Partnern und insbesondere von der Programmsteuergruppe gefällt. Zurzeit zeichnen sich die folgenden Schwerpunkte ab:
- **Inhaltliche Prioritäten:** Aus der Sicht der Krebsprävention sind die inhaltlichen Prioritäten eines nationalen Programms gegen chronische, nicht-übertragbare Krankheiten die Tabakprävention sowie ein Programm, welches gleichzeitig die Themen gesunde Ernährung und Bewegung sowie das Körpergewicht behandelt. Die Alkoholprävention soll in Form eines eigenständigen, national koordinierten Programms umgesetzt werden. Darüber hinaus ist die Prävention von Hautkrebs wichtig, wobei der Hautkrebsfrüherkennung in Zukunft ein erhöhter Stellenwert beigemessen werden soll. Die Exposition von Arbeitnehmern mit (krebserregenden) Schadstoffen ist weiter zu reduzieren. Für das Programm zur Bekämpfung von hohen Radonkonzentrationen wird ein neuer Aktionsplan erarbeitet. Die Massnahmen zur Verminderung der Krebs erzeugenden Luftschadstoffe sind weiterzuführen und zu verstärken. Ein Lebensstil-Programm soll initiiert und breit umgesetzt werden.

Übergeordnete Ziele in der nationalen Krebsprävention

1. Die Zahl der Menschen, die Krebs durch Tabakkonsum oder passives Rauchen entwickeln, nimmt ständig ab.
2. Weniger Menschen erkranken an den Folgen von Übergewicht, Bewegungsmangel und ungesunder Ernährung.
3. Der Anteil der Menschen, die einen risikoreichen Alkoholkonsum haben und an dessen Folgen leiden, sinkt.
4. Weniger Menschen leiden an Krebs wegen UV Strahlung.
5. Weniger Menschen erkranken an berufsbedingtem Krebs.
6. Durch die Vermeidung von hohen Radonkonzentrationen in Innenräumen sinkt die Zahl der Radonbedingten Krebserkrankungen.
7. Die Belastung der Atemluft mit kanzerogenen Luftschadstoffen und das damit assoziierte Krebsrisiko nehmen ab.
8. Die Zahl der Menschen, die gesund Leben, nimmt wahrnehmbar zu.

- **Methodische Prioritäten:** Im methodischen Bereich wird sichergestellt, dass vermehrt strukturelle Arbeit geleistet wird. Die „Verhältnisprävention“ wird zum Schwerpunkt des Programms. Dadurch sollen die Voraussetzungen für die individuelle Prävention und einen gesunden Lebensstil günstig beeinflusst werden. Im Vordergrund steht die Arbeit in ausgewählten Settings. Massnahmen im medizinischen Umfeld sind wegen der nachgewiesenen Wirksamkeit und Kosteneffizienz prioritär. Besonders wichtig sind hier ein systematisiertes Vorgehen und die Koordination bestehender Initiativen. Auch beim Setting Arbeitsplatz sind die vielfältigen gesundheitsförderlichen Anstrengungen aufeinander abzustimmen. Des weitern wird ein koordiniertes Vorgehen in den Settings Schulen und Gemeinden gefördert.
- **Soziale Benachteiligungen bekämpfen:** Spezielle Anstrengungen sind nötig, um die sozialen Disparitäten auszugleichen. Präventive und gesundheitsförderliche Massnahmen dürfen nicht nur den Personen mit höherer Ausbildung in den mittleren und höheren Sozialschichten zugute kommen. Im Gegenteil muss darauf geachtet werden, dass insbesondere die sozial schlechter gestellten und weniger gut integrierten Gruppen erreicht werden.

2 Einführung

Krebs ist nach den Herz-Kreislaufkrankungen die zweithäufigste Todesursache in der Schweiz. Durch die Vermeidung von Krebsrisikofaktoren wäre es möglich, die Zahl der Erkrankungen um 30% bis 50% oder um 8'000 bis 14'000 Erkrankungen pro Jahr zu senken. Aus diesem Grund, und um auch weiteren unerwünschten gesundheitlichen Auswirkungen vorzubeugen, wird in der Schweiz schon seit längerem Alkohol- und Tabakprävention betrieben und es werden Anstrengungen unternommen, um Arbeitnehmer vor schädlichen Stoffen am Arbeitsplatz zu schützen. Seit einigen Jahren werden vermehrt auch Interventionen und Programme zur Förderung der gesunden Ernährung und der Bewegung sowie zum Schutz vor UV-Strahlen durchgeführt.

Bereits 1994 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Regierungen der Mitgliedstaaten aufgefordert, zur Verstärkung solcher Präventionsanstrengungen Schritte zu einer umfassenden Krebsbekämpfung einzuleiten. Dieser Aufruf wurde 2002 wiederholt und in einen weiteren Rahmen gestellt (siehe Kasten). Ausgehend vom WHO-Aufruf wurden 1995 von der Krebsliga Schweiz (KLS) und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Nationalen Krebsbekämpfungsprogramme initiiert. Sie bestanden aus den vier Programmen Brustkrebs, Lungenkrebs, Hautkrebs und Darmkrebs. Die operative Umsetzung dieser Programme war Aufgabe der Krebsliga.

2001 erhielt die Oncosuisse ein Mandat vom Bundesamt für Gesundheit und der schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), ein neues nationales Krebsprogramm zu entwickeln. Rechtliche Grundlage hierfür bildet der Verfassungsauftrag zur Bekämpfung von bösartigen Krankheiten (Art. 118 Bundesverfassung). Die Bekämpfung von Krebs wird auch explizit im Ziel 8 von „Gesundheitsziele für die Schweiz“ der Schweizerischen Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen aufgeführt¹.

Die Krebsliga Schweiz wurde von der Oncosuisse beauftragt, gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren die Teilstrategie² für die Primärprävention und die Gesundheitsförderung zu erarbeiten. Die Erfahrungen der vergangenen Jahre und die internationalen Erkenntnisse sollten hierbei berücksichtigt werden. Die Arbeiten an dieser Teilstrategie wurden vom Bundesamt für Gesundheit, der Krebsliga Schweiz und der Gesundheitsförderung Schweiz finanziert.

Die Krebsprävention als Teil einer nationalen Initiative gegen nicht-übertragbare Krankheiten

„Die 53. Weltgesundheitsversammlung der WHO im Mai 2000 betonte die Notwendigkeit eines integrierten Ansatzes in der Gesundheitsförderung und der Prävention von nicht-übertragbaren Krankheiten. Weil der Konsum von Tabak und von Alkohol, die Ernährung, der Bewegungsmangel und das Übergewicht gemeinsame Risikofaktoren sind, können Programme zur Prävention von Krebs, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes, Atemwegserkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates auf einem gemeinsamen Monitoring und auf den gleichen Massnahmen zur Gesundheitsförderung aufbauen. Eine nahe Zusammenarbeit zwischen den krankheitsspezifischen Stakeholdern ist nötig, um die Wirkung der vorhandenen Ressourcen zu maximieren und um die gewünschten Verhaltensänderungen zu bewirken.“
WHO, National Cancer Control Programmes, 2002

Gleichzeitig mit der Gesundheitsförderung und der Primärprävention wurden von der Oncosuisse auch die Arbeiten an den Teilstrategien für die Krebs-Früherkennung, für die Behandlung und Pflege, (inkl. psychosoziale Betreuung und Palliation) sowie für die Krebs Epidemiologie und die Forschung vorangetrieben.

Die vorliegende Strategie basiert auf einer Analyse der nationalen und internationalen Literatur sowie der aktuellen Situation in der Gesundheitsförderung und der Prävention in der Schweiz. Die Erkenntnisse wurden im Begleitpapier „Die Entstehung von Krebs mit Prävention und Gesund-

¹ *Gesundheitsziele für die Schweiz*, Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, Bern 2002

² Definition der Begriffe: „Strategie“ steht hier für ein Planungspapier, welches die wichtigsten konzeptionellen Grundlagen für eine spätere Umsetzung enthält. In der Regel wird die Strategie in einem detaillierten „Aktionsplan“ weiter konkretisiert, so dass die Inhalte und das Vorgehen bei der operative Umsetzung geklärt sind. „Programm“ wird als übergeordneter Begriff verwendet, welcher sowohl die Planungsphase als auch die Umsetzung beinhaltet.

heitsförderung wirksam verhindern, Grundlagen¹ festgehalten. Bei der Analyse wurden insbesondere auch die Evaluationen der nationalen Krebsbekämpfungsprogramme von 1999 – 2002² berücksichtigt. Die Formulierung der Strategie und vor allem die Festlegung der Ziele und der Massnahmen erfolgte gemeinsam mit den Hauptakteuren und Leitern der Programme gegen die einzelnen Krebsrisikofaktoren (Tabak, Ernährung etc.).

Die föderalistische Struktur und die Vielfalt des schweizerischen Gesundheitswesens machen ein koordiniertes Vorgehen in der Prävention zu einer grosse Herausforderung. Es ist nicht möglich und wohl auch nicht sinnvoll, von heute auf morgen alle präventiven Aktivitäten unter eine Steuerung und Kontrolle zu stellen. Mit dieser Strategie, welche als ein erster Meilenstein in einem längeren Planungs- und Umsetzungsprozess zu verstehen ist, soll jedoch ein zunehmend koordiniertes und konzertiertes Vorgehen ermöglicht und dazu beigetragen werden, die Wirkung und die Effizienz der Prävention von Krebs und von weiteren chronischen Krankheiten zu verbessern.

3 Ausgangslage

3.1 Epidemiologie und Risikofaktoren von Krebs in der Schweiz

Im Unterkapitel 3.1.1 werden die epidemiologischen Daten der am häufigsten vorkommenden Krebsarten dargestellt. Das folgende Unterkapitel „Burden of Disease“ befasst sich mit der volkswirtschaftlichen Belastung durch Krebs und zeigt die wichtigsten modifizierbaren Risikofaktoren für die Krebsentstehung auf. Das Unterkapitel 3.1.3 zeigt Trends und künftigen Handlungsbedarf auf. Alle Quellenangaben finden sich im Begleitbericht „Die Entstehung von Krebs mit Prävention und Gesundheitsförderung wirksam verhindern, Grundlagen“.

3.1.1 Epidemiologie

Inzidenz

Mit der Inzidenz wird die Anzahl neu aufgetretener Fälle in einem bestimmten Zeitraum bezeichnet. Insgesamt werden in der Schweiz jährlich rund 31'000 neue Krebsfälle diagnostiziert. Rückläufig sind die Inzidenzraten der Männer bei den tabakassoziierten Krebserkrankungen: Kehlkopf- und Lungenkrebs, was durch den Rückgang des Rauchens bei den Männern erklärt wird. Die Geburtsjahrgänge um 1910 hatten die höchsten Raucheranteile. Hingegen hat die Inzidenzrate von Prostatakrebs zugenommen, was Folge der häufigeren Bestimmung von Prostata-spezifischem Antigen (PSA) sein kann.

Bei den Frauen hat die Inzidenzrate von Lungenkrebs auf Grund des vermehrten Tabakkonsums zugenommen. Es ist eine Abnahme von Krebsen des Uterus und der Ovarien zu vermerken.

Bei beiden Geschlechtern ist ein Rückgang der Magenkrebs-Inzidenz und eine Zunahme der Melanom-Inzidenz zu verzeichnen. Dies kann einerseits auf eine Umstellung der Ernährungsgewohnheiten, andererseits auf das Freizeitverhalten zurückgeführt werden (UV-Exposition).

Lungenkrebs:

Haupttrisikofaktor für Lungenkrebs ist das Tabakrauchen. Daneben sind Luftschadstoffe, Arbeitsplatzbelastung und Radon zu erwähnen. Diese Einflüsse sind jedoch um einen Faktor 10 bis 100 schwächer. Die Lungenkrebs-Inzidenzraten folgen der Zunahme des Zigaretten-Rauchens mit etwa 20- bis 25-jähriger Verzögerung.

¹ *Die Entstehung von Krebs mit Prävention und Gesundheitsförderung wirksam verhindern*, Grundlagen, Krebsliga Schweiz 2004

² *Evaluation de la Stratégie de Lutte Contre le Cancer en Suisse* (mehrere Berichte), Institut de Médecine Sociale et Préventive Lausanne 1999 - 2002

Darmkrebs:

Darmkrebs wird unterteilt in Kolonkrebs und Rektumkrebs. Krebse des Rektums haben eine schlechtere Prognose als diejenigen des Kolons. Darmkrebs steht in der Krebshäufigkeit beim Mann an dritter Stelle nach Lungen- und Prostatakrebs, bei der Frau an zweiter Stelle nach Brustkrebs. Bei Nichtrauchern, Männer und Frauen zusammengenommen, ist der Darmkrebs das häufigste Malignom. Im internationalen Vergleich steht die schweizerische Inzidenzrate für das Kolonkarzinom im europäischen Mittelfeld.

Hautkrebs / Melanom:

Die Schweiz – allen voran der Kanton Zürich – liegt mit Norwegen und Schweden an der Spitze der Melanom-Inzidenz in Europa. Höhere Inzidenzraten finden sich in sonnenreichen Ländern, wo viele hellhäutige Personen wohnen (Australien, Neuseeland, Hawaii und Afrika). Das Melanom gehört zu den Tumoren, welche in den oberen Sozialschichten häufiger vorkommen.

Brustkrebs:

Die Brustkrebs-Inzidenz in der Schweiz gehört zu den höchsten weltweit und ist denn auch bei den Schweizerinnen der am häufigsten diagnostizierte Krebs. Hauptrisikofaktor ist das Alter, wobei der Inzidenzzuwachs nach der Menopause merklich abnimmt. Daneben spielen fortpflanzungsabhängige und hormonelle Faktoren eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Brustkrebs. Das Risiko ist erhöht bei: früher Menarche, häufigen ovulatorischen Zyklen, späten, keinen oder wenigen Geburten und später Menopause.

Uterus- / Zervixkrebs:

Dank Früherfassung von Vorstufen und besserer Hygiene ist die Inzidenz, insbesondere von Zervixkrebs, rückläufig. Die Inzidenzrate und auch die Morbidität für Zervixkrebs ist demnach stark abhängig von der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, insbesondere in den Risikogruppen.

Prostatakrebs:

Im internationalen Vergleich finden sich sehr hohe Inzidenzraten in der Schweiz. Abgesehen von den nicht-melanotischen Hauttumoren ist der Prostatakrebs die häufigste Krebsdiagnose bei den Männern.

Prävalenz

Die Prävalenz gibt die zu einem bestimmten Zeitpunkt erkrankten Personen an. In internationalen Datenerhebungen wird die Prävalenz häufig anhand der Inzidenz multipliziert mit der Überlebensrate berechnet. Diese Berechnungsart führt jedoch eher zu einer Unterschätzung der 1-Jahres- wie auch der 5-Jahres-Prävalenz.

Gemäss einer Schätzung der von Globocan leben in der Schweiz rund 85'000 Personen mit einer Krebserkrankung. Dabei sind nur Personen berücksichtigt, welche in den fünf vorausgehenden Jahren erkrankten.

Mortalität

Lungenkrebs:

In der Schweiz zeigen sich regionale Unterschiede, mit einer Lungenkrebs-Häufung in der Westschweiz. Bei den Frauen nimmt die Mortalität auf Grund des häufigeren (und vermehrten) Zigarettenkonsums zu.

Darmkrebs:

Darmkrebs – Kolon- und Rektumkrebs zusammengenommen – wird für rund 12% der Krebsneuerkrankungen und Krebstode verantwortlich gemacht, wobei der Anteil bei den Männern grösser ist als bei den Frauen. Bei der Kolorektalkrebs-Mortalität ist ein Rückgang festzustellen, obwohl noch keine Sekundär-Prävention in organisierter Form angeboten wird. Der Rückgang ist bei den Frauen ausgeprägter, wahrscheinlich auf Grund unterschiedlichen Ernährungsverhaltens. Gemäss der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 essen Frauen mehr Gemüse und Früchte als die Männer.

Hautkrebs:

Seit 1991 sinkt die Zahl der Schweizer Melanom-Todesfälle bei einer stetigen, jedoch flacheren Zunahme der Inzidenz. Dies kann auf die Entdeckung des Melanoms in einem früheren Stadium sowie auf eine bessere Primärprävention zurückgeführt werden.

Brustkrebs:

In der Schweiz werden 22% der Krebstodesfälle bei Frauen durch Brustkrebs verursacht und bei jeder 12. Frau rechnet man irgendwann im Leben mit der Entstehung eines Brustkrebses. Die Hälfte dieser Frauen stirbt an den Folgen. Nachdem die Brustkrebs-Mortalität in der Schweiz seit Anfang der 50-er Jahre bis in die 80-er Jahre kontinuierlich angestiegen ist, konnte bis 1990 eine Stabilisierung, seit dann sogar ein Rückgang festgestellt werden. Der Wechsel auf ICD 10 im Jahr 1995 führte zu einer Änderung in der Erfassung der Todesursachen (Prioritätsregel), was auch einen Einfluss auf den Rückgang der Mortalität hatte.

Uterus- / Zervixkrebs:

Die Mortalität an Uteruskrebs nimmt ab, insbesondere der von der Zervix ausgehenden Krebse. Dies wird primär auf die Vorsorgeuntersuchungen (zytologische Untersuchung der Zervix, PAP-Abstrich) zurückgeführt.

Prostatakrebs:

Im internationalen Vergleich findet sich eine sehr hohe Mortalität in der Schweiz. Zwei Drittel der Prostatakrebs-Todesfälle ereignen sich bei den über 70-jährigen Männern. Etwa 16% der männlichen Krebstode gehen auf das Konto von Prostatakrebs. Auch hier müssen Änderungen in der Anwendung der Prioritätsregel berücksichtigt werden. Diese war in den 70-er Jahren verglichen mit den 90-er Jahren eher tumorlastig.

Tab. 1: Inzidenz, Prävalenz und Mortalität der wichtigsten Krebsarten¹

		Inzidenz in der Schweiz, Schätzung von Globocan 2000	Prävalenz in der Schweiz, Schätzung von Globocan 2000		5-Jahres-Überlebensrate, Schätzung aus Grafik von Levi, 1998	Mortalität in der Schweiz, BFS, Todesursachen 2000
			1-J.-Präv.	5-J.-Präv.		
Lungenkrebs	Männer	2'698	1'540	3'909	10 %	2'044
	Frauen	745	411	1'088		781
Darmkrebs	Männer	1'787	1'504	5'490	50 %	918
	Frauen	1'713	1'420	5'114		774
Hautkrebs / Melanom	Männer	458	435	1'959	80 %	141
	Frauen	561	538	2'555		98
Brustkrebs	Frauen	4'071	3'940	17'452	70 %	1'337
Uterus- / Zervixkrebs	Frauen	1'089	1'002	4'383	75 %	289
Prostatakrebs	Männer	3'437	3'246	12'726	55 %	1'307

3.1.2 Burden of disease und volkswirtschaftliche Kosten von Krebs

Die volkswirtschaftlichen Kosten von Krebs können unter Berücksichtigung der Krebs-Inzidenz, der Mortalität und auch der Morbidität von Krebs abgeschätzt werden. Diese Kosten sind umso grösser, je häufiger der Krebs ist, je geringer die Heilung nach Erkrankung an Krebs ist und umso jünger die Personen sind, wenn sie erkranken bzw. sterben. Nebst den durch die Erkrankung anfallenden medizinischen Kosten bedingt der Produktivitätsverlust einen grossen Anteil der volkswirtschaftlichen Belastung durch Krebs. In der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen sind ein Drittel aller Todesfälle durch Krebs verursacht, d.h. jüngere Menschen sterben häufiger an Krebs als an Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Gemäss einer kürzlich erschienenen Studie kann die Burden of Disease bei Krebserkrankungen aus der Mortalität eines Krebses abgeschätzt werden. So kommen die Autoren zum Schluss, dass mindestens 70% des Burden of Breast Cancer durch den vorzeitigen Tod verursacht sind. Da die meisten Krebsarten zu einem vorzeitigen Tod führen, wird angenommen, dass diese Erkenntnis (hohe Mortalität = hohe Burden of Disease) aus der Untersuchung des Brustkrebses auch bei anderen Krebsarten gilt.

Die Schweizerische Krebsliga schätzt, dass rund 40% der Krebstode, d.h. zwischen 6'800 und 8'500 Fälle, durch eine Änderung bei den Risikofaktoren sowie durch Investitionen in die Früherkennung bestimmter Krebsarten, verhindert werden könnten. Dabei wird dem Tabakverzicht das grösste Potential zur Verminderung der Krebsmortalität zugeschrieben, gefolgt von Verhinderung des Alkoholmissbrauchs, Beseitigung der beruflichen Krebsrisiken sowie einer Reduktion der Umweltverschmutzung und der Vermeidung von Übergewicht.

Risikofaktoren für Krebserkrankungen und was wäre verhinderbar

Die folgenden Risikofaktoren verursachen nicht nur Krebs, sondern auch andere Krankheiten. Teilweise sind diese wiederum Vorstufen von Krebs. Es wird in diesem Rahmen jedoch nur auf ihr krebsverursachendes Potential eingegangen und es werden nur die Risikofaktoren der zahlenmässig wichtigsten Krebserkrankungen erwähnt.

¹ Schätzungen für die Schweiz, 2000. Angabe der Alterstandardisierten Rate: ASR

Tab. 2: Risikofaktoren und ihre Krebsursachen

Risikofaktor	verhinderbare Krebstodesfälle, Schweiz (Levi 1998)	verhinderbarer Anteil an allen Krebstodesfällen, Schweiz (Levi 1998)	prozentualer Anteil an allen Krebsursachen, WHO (Stewart 2003)
Tabak	4'800 - 5'400	28 - 32 %	16 %
Alkohol	800 - 1'000	5 - 6 %	3 %
Ernährung / Bewegung / Übergewicht	200 - 500	1 - 3 %	30 % (nur Ernährung)
Sonnenbestrahlung	100 - 200	0,5 - 1 %	3 %
Umweltverschmutzung	200 - 700	1 - 4 %	1 - 4 %
schädliche berufliche Exposition			4 - 5 %

Im Grundlagenbericht („Die Entstehung von Krebs mit Prävention und Gesundheitsförderung wirksam verhindern, Grundlagen“) finden sich weitere Angaben zu den Risikofaktoren Tabak, Alkohol, Bewegungsmangel, Übergewicht, Ernährung, Radon und Luftschadstoffe sowie zu den beruflichen, sozialen und iatrogenen Faktoren.

3.1.3 Zeitliche Trends (Vergangenheit und Extrapolation in der Zukunft)

Krebsmortalität-Trends wurden für Europa bis zum Jahr 2015 berechnet: Nachdem die Mortalitätsraten über lange Zeit gestiegen sind, sinken die Raten für die meisten Krebsarten seit 1980. Auf Grund dieses Rückgangs werden für künftige Jahre weniger Krebstodesfälle erwartet, als dies die demographische Entwicklung eigentlich erwarten lässt. Die beste Schätzung geht von ca. 1,25 Millionen Krebstoten im Jahr 2015 aus, was fast 130'000 (11 %) mehr Tote sind als 2000, jedoch 155'000 (11%) weniger als auf Grund der demographischen Entwicklung prognostiziert würde (1,4 Millionen Krebstote).

Im Rahmen einer WHO-Tagung zum Thema „Cancer-Control-Programmes in Europe“ im November 2003 in Genf wurde auch über mögliche Ziele referiert: Könnte alles Wissen zur Krebsprävention umgesetzt werden, so würden im Jahr 2020 nur noch halb so viele Personen an Krebs sterben. Bei einer realistischen Einschätzung darf jedoch nur von einer Reduktion um 15% in den nächsten 15 Jahren ausgegangen werden, was immerhin 320'000 verhinderte Todesfälle wären.

Wie sich die Sterberate von Krebs in der Schweiz entwickeln wird, ist stark abhängig vom Rauchverhalten der jungen Leute von heute. Gemäss dem „European Code Against Cancer“ wird die Rate der jungen Leute, welche heute zu rauchen beginnen, ein determinierender Faktor der Mortalität in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts sein.

Bei den Männern ist in den nächsten Jahren mit einer Zunahme der Fälle von Haut- und Prostatakrebs zu rechnen, hingegen dürften Magen- und Lungenkrebs eher abnehmen. Bei den Frauen werden leider tabakassoziierten Krebse (Lungen-, Larynx- und Mundhöhlenkrebs) künftig noch zunehmen. Es kann bei den Frauen ebenfalls mit einem weiteren Rückgang von Magenkrebs gerechnet werden.

Die Überlebenszeit nach der Diagnose einer bösartigen Krebserkrankung wird auf Grund früheren Entdeckens der Krankheit und der besseren Therapie weiter steigen. Das heisst auch bei schwächerer Zunahme der Inzidenz in den nächsten Jahren kann die Prävalenz krebskranker Personen stark steigen.

3.2 Angaben zu den gesetzlichen Grundlagen

Gemäss Artikel 118 der Bundesverfassung erlässt der Bund Vorschriften über die Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten. Dieser Verfassungsartikel wurde jedoch nur punktuell mit entsprechenden Gesetzesbestimmungen konkretisiert. So verfügen wir über ein Epidemien-gesetz aber über kein umfassendes Gesetz zur Bekämpfung von stark verbreiteten oder bösartigen Krankheiten. Die Grundlagen für die Prävention von Krebs und von weiteren stark verbreiteten chronischen Krankheiten finden sich in erster Linie in Gesetzen betreffend einzelne Risikofaktoren: das Lebensmittelgesetz und die darauf basierende Tabakverordnung, das Alkoholgesetz, das Bundesgesetz über die Förderung von Turnen und Sport, die für die Prävention am Arbeitsplatz relevanten Gesetze für Unfallversicherung (inkl. Berufskrankheiten) und Arbeit. Weiter spielen das Umweltgesetz und das Strahlenschutzgesetz eine Rolle. Das Krankenversicherungsgesetz bildet die Rechtsgrundlage für die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und deren Aktivitäten. Dieses Gesetz regelt auch die medizinische Prävention.

Die Prävention ist jedoch nicht ausschliesslich Bundesaufgabe. Die konkrete Umsetzungsarbeit ist weitgehend Aufgabe der Kantone und erfolgt auf der Grundlage der kantonalen Gesetzgebung. Diese ist sehr unterschiedlich, was zur Vielfalt und grossen Bandbreite der nationalen Präventionsaktivitäten beiträgt.

Im Oktober 2002 wurden im Nationalrat zwei Motionen „Für eine nationale Krebsbekämpfungspolitik“ (Motion Joder) sowie „Gesetz zur Krebsbekämpfung“ (Motion Gysin) eingereicht. Gemäss Antwort des Bundesrates plant dieser, Anfang 2005 dem Parlament einen Vorschlag zum Vorgehen in der Gesetzgebung vorzulegen.

3.3 Aktivitäten und Akteure

Die Prävention von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten geschieht in der Schweiz in erster Linie durch die verschiedenen Programme und Aktivitäten zur Bekämpfung der einzelnen Risikofaktoren. Bei diesem „vertikalen“ Ansatz werden, ausgehend von einem Risikofaktor, Massnahmen bei ausgewählten Zielgruppen und in definierten Settings umgesetzt. Der „horizontale“ Ansatz, d.h. das systematische und koordinierte Vorgehen bei einer ausgewählten Zielgruppe oder in einem gegebenen Setting ist seltener. Eine Übersicht über die wichtigsten nationalen Initiativen gibt Tabelle 3.

Tabakprävention

Das umfassende und vom Bundesrat gutgeheissene „Nationale Programm zur Tabakprävention 2001 – 2005“ steht unter der Leitung des BAG. Drei Hauptdomänen werden unterschieden: die Vermeidung des Einstiegs, die Förderung der Raucherentwöhnung sowie der Schutz vor Passivrauch. Bei der Umsetzung sind Partner mittels Leistungsaufträgen eingebunden. Dies gilt beispielsweise für die Raucherentwöhnungskampagne „Rauchen schadet...__ Let it be“, welche unter der Federführung von Krebsliga Schweiz, gemeinsam mit der Lungenliga Schweiz und der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention (AT) umgesetzt wird.

Das Programm „Experiment Nichtrauchen“, welches den Einstieg in den Tabakkonsum verhindern will und sich an Jugendliche richtet, wird im Auftrag des BAG von der AT und Partnern realisiert. „Nichtrauchen 05“, eine Initiative zur Verbesserung des Schutzes gegen das Passivrauchen, wird ebenfalls im Auftrag des BAG von der AT implementiert.

Ausserhalb des Nationalen Programms zur Tabakprävention steht die Fachstelle für Gesundheitspolitik, eine Lobbyorganisation, deren Aufgabe es ist, die gesetzlichen Grundlagen für die Tabakprävention zu verbessern und die von mehreren Non-Profit-Organisationen getragen wird.

Die neue, vom Tabaksteuergesetz abgeleitete Verordnung über den Tabakpräventionsfonds ermöglicht eine zweckgebundene Abgabe auf Zigaretten. Sie dient der Finanzierung von Präventionsmassnahmen, welche effizient und nachhaltig zur Verminderung des Tabakkonsums beitragen. Der Fonds wird von einer Fachstelle des BAG verwaltet.

Neben den nationalen Aktivitäten werden von den Kantonen, von einzelnen Gemeinden und von Non-Profit-Organisationen bedeutende zusätzliche Ressourcen für die regionale oder lokale Tabakprävention bereitgestellt. Hier seien nur einige wenige Beispiele von Aktivitäten und Akteuren aufgeführt: www.stop-tabac.ch, www.ciao.ch, die kantonalen Beratungsstellen CIPRET in der Romandie, Züri Rauchfrei, die Schweizerische Stiftung für rauchfreie Luft und gegen die Tabaksucht „Pro Aere“ oder die Associazione Svizzera Non-Fumatori im Tessin.

Ernährung

Das BAG hat 2001 eine Ernährungspolicy für die Schweiz erarbeitet. Diese Policy enthält die übergeordneten Ziele und bildet eine wichtige Grundlage für die Aktivitäten im Bereich der gesunden Ernährung in der Schweiz. Basierend auf diesem Papier unterstützt das BAG verschiedene nationale Initiativen. Verglichen mit der Tabakprävention stehen bei der Ernährung jedoch bedeutend weniger finanzielle Mittel zur Verfügung. Ein eigentliches Umsetzungsprogramm des BAG mit entsprechender Organisation existiert nicht. Weil auch andere Akteure mit eigenen Ressourcen – allen voran Gesundheitsförderung Schweiz – Programme und Projekte umsetzen, ergibt sich in der Praxis eine Vielfalt von Aktivitäten mit einem nur lockeren strukturellen Zusammenhalt.

Tab. 3: Übersicht über die wichtigsten¹ nationalen Präventionsaktivitäten in den Bereichen Tabak, Ernährung, Bewegung und Alkohol (Stand Juli 2004)

Tabakprävention	Ernährung	Bewegung	Alkohol
Übergeordnete Aktivitäten / Programme	Übergeordnete Aktivitäten / Programme	Übergeordnete Aktivitäten / Programme	Übergeordnete Aktivitäten / Programme
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationales Programm Tabakprävention (BAG) ▪ Rauchen schadet...__ Let it be (KLS, Lungenliga, AT, BAG) ▪ Rauchfrei 05 (Passivrauchprogramm AT, BAG) ▪ Fachstelle für Gesundheitspolitik (KLS, SFA, GF-CH und andere) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Natur und Wohlbefinden“, Aktionsplan Umwelt und Gesundheit/APUG (BAG) ▪ Suisse Balance (GF-CH, BAG) ▪ 5 am Tag (KLS, BAG, GF-CH und Partner) ▪ action d (GF-CH, Krankenversicherer) ▪ Fourchette verte (Kantone Romandie+TI, GF-CH und andere) ▪ Schwerpunktprogramm Bewegung/Ernährung/Entspannung (GF-CH) ▪ Ernährungsnetzwerk Nutrinet.ch (SGE, GF-CH) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schulsport, Jugend + Sport, Verbands-Förderung (BASPO, Kantone und Gemeinden) ▪ „Mobilität und Wohlbefinden“, Aktionsplan Umwelt und Gesundheit/APUG (BAG) ▪ Förderprojekte für den Langsamverkehr (ASTRA) ▪ Breitensport (Nationale Sportverbände) ▪ Allez Hop (BASPO, GF-CH, Swiss Olympic, santésuisse) ▪ Suisse Balance (GF-CH, BAG) ▪ action d (GF-CH, Krankenversicherer) ▪ Schwerpunktprogramm Bewegung/Ernährung/ Entspannung (GF-CH) ▪ Bewegungsnetzwerk hepa.ch (GF-CH, BASPO) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alkoholzehntel (Kantone, EAV) ▪ Alkoholpräventionprogramm Alles-im-Griff? (BAG, EAV) ▪ Projekt „Kantonale Alkoholaktionspläne“ (Eidg. Kommission für Alkoholfragen)
Massenmediale Aktivitäten	Massenmediale Aktivitäten	Massenmediale Aktivitäten	Massenmediale Aktivitäten
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rauchen schadet...__ (BAG) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fit TV (GF-CH, weitere Partner, Privat-TV) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fit TV (GF-CH, weitere Partner, Privat-TV) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alles im Griff? (BAG, EAV) ▪ Plakataktionen (Blaues Kreuz) ▪ drink or drive (Schw. Verkehrssicherheitsrat)
Gesetzgebung	Gesetzgebung	Gesetzgebung	Gesetzgebung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationales Programm Tabakprävention (BAG) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BAG ▪ Bundesamt für Landwirtschaft 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Generell (BASPO) ▪ Langsamverkehr (ASTRA) ▪ Freizeitverkehr (Bundesamt für Raumentwicklung ARE) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lebensmittelgesetzgebung allg. (BAG) ▪ Sprituosen bzw. Alkoholgesetz (EAV) ▪ Bier (Oberzolldirektion) ▪ Promillegrenze, Atemluftkontrollen (ASTRA) ▪ Werbung (Bundesamt für Kommunikation)
Individuelle Beratung	Individuelle Beratung	Individuelle Beratung	Individuelle Beratung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rauchertelefon (AT) ▪ www.zielnichtrauchen.ch (AT, KLS) ▪ www.stop-tabac.ch (ISPM Genf, Kt Genf, KLS, AT und andere) ▪ www. tschau.ch (pro juventute, BAG, GF-CH) ▪ www.ciao.ch (Kantone Romandie, andere) ▪ www.feelok.ch (ISPM ZH, KLS, BAG, andere) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proffline (SGE) ▪ Informationsdienst Nutrinfor und Medienservice (SGE, BAG) ▪ Individuelle Ernährungsberatung (Schw. Verband dipl. ErnährungsberaterInnen) ▪ Mütterberatung (Schw. Verband der Mütterberaterinnen) ▪ www.tschau.ch (pro juventute, BAG, GF-CH) ▪ www.ciao.ch (Kantone Romandie, andere) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proffline (SGE) ▪ www.active-online.ch (ISPM ZH, GF-CH und andere) ▪ www.tschau.ch (pro juventute, BAG, GF-CH) ▪ www.ciao.ch (Kantone Romandie, andere) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Blaues Kreuz ▪ Anonyme Alkoholiker ▪ SFA ▪ www.tschau.ch (pro juventute, BAG, GF-CH) ▪ www.ciao.ch (Kantone Romandie, andere)
Zielgruppe Kinder/Jugendliche	Zielgruppe Kinder/Jugendliche	Zielgruppe Kinder/Jugendliche	Zielgruppe Kinder/Jugendliche
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Experiment Nichtrauchen (AT, BAG) ▪ LaOla (Swiss Olympic, BAG, BASPO) ▪ Voilà (SAJV, BAG, GF-CH) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suisse Balance (GF-CH, BAG) ▪ Voilà (SAJV, BAG, GF-CH) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jugend + Sport (BASPO) ▪ Breitensport (Nationale Sportverbände) ▪ Suisse Balance (GF-CH, BAG) ▪ Voilà (SAJV, BAG, GF-CH) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ LaOla (Swiss Olympic, BAG, BASPO) ▪ Voilà (SAJV, BAG, GF-CH)

¹ Jahresbudget um und über Fr. 100'000.-

Tabakprävention	Ernährung	Bewegung	Alkohol
Zielgruppe Senioren	Zielgruppe Senioren	Zielgruppe Senioren	Zielgruppe Senioren
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsförderung im Alter (Ziegler Spital, GF-CH und andere) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kurse für Senioren (Pro Senectute + BASPO) ▪ Gesundheitsförderung im Alter (Ziegler Spital, GF-CH und andere) ▪ Mobilsein-mobilbleiben (Pro Senectute, BA für Energie, BAG, GF-CH) 	
Setting Schulen	Setting Schulen	Setting Schulen	Setting Schulen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Experiment Nichtraucher (AT, BAG) ▪ Kompetenzzentrum Drogen (SFA) und Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen (Radix, GF-CH), B+G NS (BAG, EDK) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kompetenzzentrum Ernährung (SGE) und Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen (Radix, GF-CH), B+G NS (BAG, EDK) ▪ Suisse Balance (GF-CH, BAG) ▪ Nutrikid (SGE, Alimentarium, Nestlé Schweiz) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schulsport + Turnlehrerausbildung (Kantone, Gemeinden) ▪ Kompetenzzentrum Bewegung (BASPO) und Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen (Radix, GF-CH), B+G NS (BAG, EDK) ▪ Suisse Balance (GF-CH, BAG) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kompetenzzentrum Sucht (SFA) und Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen (Radix, GF-CH), B+G NS (BAG, EDK)
Setting Arbeitsplatz	Setting Arbeitsplatz	Setting Arbeitsplatz	Setting Arbeitsplatz
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Health Promoting Hospitals (GF-CH, H+ Der Schweizer Spitalverband) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ KMU vital (GF-CH) ▪ action d (GF-CH, Krankenversicherer) ▪ 5 am Tag und action d (KLS, BAG, GF-CH und Partner) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ KMU vital (GF-CH) ▪ action d (GF-CH, Krankenversicherer) ▪ Veloförderung in Betrieben (IG Velo Schweiz, GF-CH, ASTRA) ▪ Allez Hop (BASPO, GF-CH, Swiss Olympic, santésuisse) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alkoholprobleme am Arbeitsplatz (SFA)
Medizinisches Setting / Apotheken	Medizinisches Setting / Apotheken	Medizinisches Setting / Apotheken	Medizinisches Setting / Apotheken
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kurzintervention in der Arztpraxis (Lungenliga Schweiz) ▪ Kurzintervention in der Zahnarztpraxis (KLS) ▪ Rauchstoppperatung in Apotheken (KLS) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsförderung im Alter (Ziegler Spital, GF-CH und andere) ▪ Kurzintervention in der Arztpraxis (action d: GF-CH, Krankenversicherer) ▪ Baby Friendly Hospital Initiative (Schw. Stiftung zur Förderung des Stillens, Trägerorg.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewegungsberatung in der Arztpraxis, z.B. vom Rat zur Tat (BASPO, GF-CH, andere) ▪ Gesundheitsförderung im Alter (Ziegler Spital, GF-CH und andere) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kurzintervention in der Arztpraxis, Teilprojekt von Alles-im-Griff? (BAG, EAV)
Setting Gemeinde	Setting Gemeinde	Setting Gemeinde	Setting Gemeinde
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suchtprävention in der Gemeinde (Radix, BAG) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suisse Balance (BAG und GF-CH) ▪ ViThal (BAG und Partnergemeinden) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vitaparcours (Radix, Stiftung Vitaparcours) ▪ Lokale Bewegungs- und Sportnetze (BASPO) ▪ Suisse Balance (GF-CH, BAG) ▪ à pied c'est mieux (Kantone Romandie, GF-CH) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projekt „Gemeinden handeln“, Teilprojekt von Alles im Griff? (BAG, EAV) ▪ Suchtprävention in der Gemeinde (Radix, BAG)
Andere Settings	Andere Settings	Andere Settings	Andere Settings
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rauchfrei 05 in Gaststätten (AT, BAG) ▪ aktion sport rauchfrei (Swiss Olympic, BAG, BASPO) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fourchette verte in der Gastronomie (Kantone Romandie + TI, GF-CH und andere) ▪ Projekt Fastfood & Gesundheit (SGE, BAG) 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fourchette verte in der Gastronomie (Kantone Romandie + TI, GF-CH und andere)

ASTRA Bundesamt für Strassen
 AT Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention
 BAG Bundesamt für Gesundheit
 BASPO Bundesamt für Sport
 B+G NS Bildung und Gesundheit Netzwerk Schweiz
 EAV Eidg. Alkoholverwaltung

GF-CH Gesundheitsförderung Schweiz
 ISPM GE/ZH Institut für Sozial- und Präventivmedizin Genf/Zürich
 KLS Krebsliga Schweiz
 SAJV Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft der Jugendverbände
 SFA Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenproblemen
 SGE Schweizerische Gesellschaft für Ernährung

Ein nationales Umsetzungsprojekt von Gesundheitsförderung Schweiz und vom BAG ist „Suisse Balance“ mit dem Ziel, das gesunde Körpergewicht zu fördern. „5 am Tag“ zur Förderung des Früchte- und Gemüsekonsums ist ein Programm von Krebsliga Schweiz, BAG sowie weiteren Partnern. Das BAG wie auch die Gesundheitsförderung Schweiz unterstützen die von mehreren weiteren Organisationen mitgetragene Stiftung zur Förderung des Stillens. „action d – Diabetes aktiv vorbeugen“ bezweckt die Diabetes-Prävention und wird von Gesundheitsförderung Schweiz und mehreren Krankenversicherern getragen. „Fourchette verte“ ist eine Initiative für eine gesundheitsförderliche Gastronomie, zu dessen Trägern insbesondere die Gesundheitsdirektionen der welschen Kantone und des Tessins gehören.

Eine zentrale Drehscheibe im Ernährungsbereich ist die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung, welche im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz das Netzwerk www.nutrinet.ch betreibt, eine wichtige Informations- und Dokumentationsstelle unterhält und unter anderem auch für das Programm „Bildung + Gesundheit Netzwerk Schweiz“ des BAG und der EDK das Kompetenzzentrum Ernährung aufbaut.

Wie bei der Tabakprävention gilt auch bei der Ernährung, dass eine Vielzahl von Aktivitäten auf regionaler und kommunaler Ebene umgesetzt werden. Diese werden verstärkt durch die kommerziellen Angebote zur Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens.

Bewegung

Der Bundesrat hat im Jahr 2000 ein sportpolitisches Konzept verabschiedet. Dessen Umsetzung ist primär Aufgabe des Bundesamtes für Sport (BASPO). Im Rahmen des Netzwerkes Bewegung „hepa“ entstand unter Federführung des BASPO ein Umsetzungskonzept. Dieses enthält nationale Bewegungsempfehlungen, ordnet die laufenden und geplanten Aktivitäten inhaltlich und in der Zeit und zeigt die Zuständigkeiten auf.

In der Praxis stehen bei den Massnahmen der Schulsport und das Programm „Jugend + Sport“ an erster Stelle. Sie werden mit beträchtlichen Bundes-, kantonalen und gemeindeeigenen Mitteln unterstützt. Wichtig ist auch das Breitensportangebot der grossen Sportverbände. Eine nationale Bedeutung hat zudem „Allez Hop“, das – getragen von Swiss Olympic, Gesundheitsförderung Schweiz, BASPO und santésuisse – mit seinen Angeboten zu einer schweizerischen Bewegungsinitiative ausgebaut werden soll. Aufgrund der Teilnehmerzahlen ebenfalls hervorzuheben sind die Kurse von Pro Senectute. Aber auch die 500 Vitaparcours und die „Laufträffs“ oder „Running walking trails“ unterstützen das gesunde Bewegungsverhalten von vielen Personen in der Schweiz.

Als zunehmend wichtig wird erachtet, Bewegung nicht nur im Rahmen von sportlichen Angeboten sondern auch im Alltag zu fördern. Neben dem BASPO setzen sich für dieses Ziel auch das BAG mit seinem Aktionsplan Umwelt und Gesundheit, „Suisse Balance“ sowie „action d“ ein. Bundesinitiativen zur Förderung des Langsamverkehrs sind hier von grosser potentieller Bedeutung.

Zusätzlich gibt es viele weitere nationale bewegungsförderliche Initiativen, Akteure und Angebote wie der Verein Schweizer Wanderwege, der Schweizerische Alpenclub, verschiedene Initiativen zur Förderung des Velofahrens wie der Verein IG Velo oder die Stiftung Veloland Schweiz, die Krankenversicherer mit ihren Fitness-Vouchern oder auch Online Beratungsangebote wie www.active-online.ch. Ganz wichtig in ihrer Gesamtwirkung sind die regionalen und lokalen Aktivitäten von Sportvereinen sowie die dezentralen Angebote von weiteren Non-Profit- wie auch kommerziellen Anbietern im Bereich der Bewegungsförderung wie z.B. die Fitness-Clubs.

Alkoholprävention

Die Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen ist ein Fachgremium, welches das Departement des Innern in Fragen der Alkohol-bezogenen Gesundheitspolitik berät. Sie hat im Jahr 2000 einen nationalen Alkoholaktionsplan publiziert, der eine wichtige Orientierungshilfe für die Akteure in der schweizerischen Alkoholprävention darstellt. Der Plan ist aber nicht als offizielles Strategiepapier verabschiedet worden. Zurzeit laufen Vorbereitungsarbeiten, um ein solches in naher Zukunft zu entwickeln: ein Nationales Präventionsprogramm Alkohol (NPPA) 2006-2010 soll dem Bundesrat im

Frühling 2006 zur Verabschiedung vorliegen. Es soll die Aufgaben und Zuständigkeiten der einzelnen Präventionspartner definieren und die Kantone motivieren, in dieser nationalen Initiative mit zu machen.

Zwei Bundesämter spielen eine wichtige Rolle im Bereich Alkoholprävention. Die Eidgenössische Alkoholverwaltung (EAV) erhebt eine Steuer auf Spirituosen und einigen weiteren alkoholischen Produkten. Entsprechend dem Verfassungsauftrag gehen 10% des Reingewinns für die Bekämpfung der Ursachen und Wirkungen von Suchtmittelproblemen an die Kantone („Alkoholzehntel“). Der Tendenz des risikoreichen Alkoholkonsums wird zusätzlich durch die Unterstützung von nationalen Programmen und Projekten und mit einer geeigneten Steuerpolitik entgegen gewirkt.

Das BAG setzt seit 2000 mit Unterstützung des EAV ein Alkoholpräventionsprogramm „Alles im Griff?“ um. Dieses umfasst eine massenmediale Kampagne, ein Projekt Kurzintervention zur Früherkennung von risikoreichem Alkoholkonsum in der Arztpraxis der medizinischen Grundversorger sowie ein Projekt, welches die Verankerung einer verbindlichen Präventionspolitik in den Gemeinden zum Ziele hat.

Weitere nationale Öffentlichkeitskampagnen sind die Plakataktionen des Blauen Kreuzes und „drink or drive“ des schweizerischen Verkehrssicherheitsrats. Die Kampagne des Verkehrssicherheitsrates steht allerdings primär im Zusammenhang mit der Unfallverhütung.

Individuelle Beratung erhalten Ratsuchende beim Blauen Kreuz, bei den Anonymen Alkoholikern und bei der SFA. Im Setting Arbeitsplatz führt die SFA ein Programm „Alkoholprobleme am Arbeitsplatz - Unternehmenspolitik und Kaderschulung“ durch, die suva bietet Beratungen an. Die SFA ist generell eine wichtige nationale Informationsdrehscheibe zum Thema Alkohol und engagiert sich in verschiedenen Bereichen der Alkoholprävention, insbesondere auch bei Jugendlichen und in Schulen.

Weil der Vollzug der alkoholpräventionsrelevanten Bundesgesetzgebung zu einem grossen Teil bei den kantonalen Behörden liegt, spielen die Kantone in der Alkoholprävention eine zentrale Rolle. Neben den Geldern des Alkoholzehntels investieren sie z.T. namhafte weitere Mittel.

Prävention von Krebs als Berufskrankheit

Die Suva beaufsichtigt die Anwendung der Vorschriften über die Verhütung von Berufskrankheiten in allen Betrieben der Schweiz. Die Massnahmen zur Krebsbekämpfung fügen sich in die allgemeine Strategie zur Verhütung einer gesundheitlichen Gefährdung am Arbeitsplatz:

Ersatz gefährdender Arbeitsstoffe (inkl. Karzinogene), technische, organisatorische und personenbezogene Massnahmen sowie das Minimierungsgebot. Die der Suva zur Verfügung stehenden Instrumente sind die Festlegung von Grenzwerten, technische Vorgaben, Kontrollen und Beratungen am Arbeitsplatz, arbeitsmedizinische Vorsorge. Hinzu kommen die gemeinsam mit den Sozialpartnern und der Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS) erarbeiteten überbe-

Primärprävention und Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsförderung verfolgt eine Strategie der Sicherung von grundlegenden Lebensressourcen (Arbeit, Einkommen, Nahrung, Wohnung), der Bekämpfung von sozialer Benachteiligung (z.B. durch Armut, Arbeitslosigkeit) sowie der Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer sicheren Umwelt. Sie geht von den vorhandenen Ressourcen und Stärken der einzelnen Individuen aus und fördert gesunde Lebensweisen und Lebenswelten. Dabei wird nicht zwischen gesund und krank, zwischen risikoreich und risikoarm unterschieden, sondern auf Ressourcen aufgebaut, welche alle Personen zum Wohle ihrer Gesundheit stärken können.

Die Primärprävention hat zum Ziel, die Häufigkeit oder den Schweregrad von spezifischen Krankheiten zu vermindern. Dies geschieht, indem die Exposition mit bestimmten Risikofaktoren vermieden oder reduziert wird. Die bevölkerungsbezogene Prävention richtet sich an definierte Zielgruppen oder eine ganze Bevölkerung und empfiehlt nach einer Risikoabwägung pauschale Massnahmen (z.B. Verzicht auf den Konsum von Tabakwaren, Kochsalzfluoridierung, Impfungen). Bei der medizinischen Prävention versuchen Fachleute individuelle Risiken aufzudecken und gezielt anzugehen. Sowohl bei der Gesundheitsförderung als auch bei der Prävention spielt das soziale Umfeld (Familie, Freundeskreis, Schule, Arbeitsplatz und Gesellschaft) eine grosse Rolle.

trieblichen Lösungen (z.B. Branchenlösungen). Die Betriebe werden bei der Verhütung von Krebs am Arbeitsplatz von Arbeitsärzten, Arbeitshygienikern und Sicherheitsingenieuren unterstützt.

Prävention von durch UV-Strahlen bedingte Krebserkrankungen

National steht das gemeinsam von der Krebsliga Schweiz und vom BAG koordinierte und umgesetzte Programm „Sonnenschutz“ im Vordergrund, welches massenmediale Komponenten enthält und auch in verschiedenen Settings aktiv ist (Schulen, Freizeitbereich, Arbeitsplatz). Das „Informationsprogramm UV-Index“ unter Federführung des BAG und in Zusammenarbeit mit Meteo Schweiz sowie Krebsliga Schweiz ist eine weitere nationale Initiative. Das BAG setzt sich zudem für den UV-Schutz in Solarien ein. Verschiedene kommerzielle Anbieter engagieren sich ebenfalls stark im Bereich Sonnenschutz.

Radon

Die vom BAG angeführten nationalen Aktivitäten zum Schutz vor Radon basieren auf dem schweizerischen Gesetz und der Verordnung über den Strahlenschutz. Ziel ist, die Gebäude mit den höchsten Radonkonzentrationen zu sanieren und langfristig eine generelle Reduktion von Radon im Wohnbereich zu erreichen. Im Vordergrund stehen die Information und der Wissenstransfer sowie die Beratung im Fall von erhöhten Innenraum-Konzentrationen sowie bei Sanierungen. Eine wichtige Grundlage hierfür sind der Aufbau und der Betrieb einer Radondatenbank. In Gebieten mit erhöhter Radonbelastung sind von den lokalen Behörden Bauvorschriften zu erlassen. Bei übermässigen Belastungen sind Sanierungen vorgeschrieben.

Luftschadstoffe in der Aussenluft

Die Bekämpfung von (kanzerogenen) Luftschadstoffen in der Aussenluft basiert auf dem Umweltschutzgesetz (USG) und der Luftreinhalteverordnung (LRV). Wichtige Aufgabe des hier federführenden Bundesamtes für Umwelt, Wald und Landschaft (BUWAL) liegen in der Erarbeitung von Verordnungen, Richtlinien und Vollzugsempfehlungen zum USG. Der Wissenstransfer und die Motivation von speziellen Zielgruppen (z.B. Einbau von Partikelfiltern zur Reduktion von Dieseleruss-Emissionen auf Baustellen, Gaspendelleitungen zur Reduktion von Benzol-Emissionen etc.) sind weitere Schwerpunkte. Unterstützt werden die Arbeiten des BUWAL durch die grossen Umweltverbände.

„Horizontale“ Präventionsansätze

Während bei der eher traditionellen „vertikalen“ Prävention, ausgehend von einem Risikofaktor bzw. einem Thema (Tabak, Bewegung etc.), die Interventionen an die prioritären Zielgruppen und Settings angepasst werden, werden bei der „horizontalen“ Gesundheitsförderung und Prävention bei einer ausgewählten Zielgruppe oder in einem ausgewählten Setting sekundär die wichtigsten inhaltlichen Themen bestimmt.

Anstrengungen für ein systematisiertes und koordiniertes „horizontales“ Vorgehen werden in der Schweiz in den folgenden Bereichen gemacht:

- Gesundheitsberatung für Jugendliche
- Setting Schulen
- Setting Arbeitsplatz
- Medizinisches Setting

Für Jugendliche wird im Internet eine individualisierte, flächendeckende Gesundheitsberatung angeboten. In der deutschsprachigen Schweiz erfolgt die Beratung über www.tschau.ch. Träger sind die Gesundheitsförderung Schweiz, das BAG sowie pro juventute. In der Romandie wird www.ciao.ch vom BAG, von verschiedenen kantonalen Stellen sowie von privaten Non-Profit-Institutionen unterstützt.

Im Setting Schulen hat sich das vom BAG und von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK) geführte „Bildung + Gesundheit Netzwerk Schweiz“ etabliert. Von Partnern geleitete Kompetenzzentren in allen wichtigen Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention haben die Aufgabe, ein qualitativ hochstehendes nationales Angebot zu sichern.

Für die Gesundheitsförderung und die Prävention am Arbeitsplatz bauen das Staatssekretariat für Wirtschaft *seco* und die Gesundheitsförderung Schweiz gegenwärtig einen Verein und ein Forum für betriebliche Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz auf. Dadurch sollen der Wissenstransfer und die Koordination in diesem wichtigen Setting ermöglicht und die Arbeitsbedingungen auf breiter Basis verbessert werden.

Das Kollegium für Hausarztmedizin entwickelt als Dachorganisation zurzeit ein internes Präventionskonzept für die medizinischen Grundversorger. Dies geschieht im Auftrag der Schweizerischen Gesellschaften für Allgemeine Medizin, für Innere Medizin und für Pädiatrie. Die Präventionspolitik soll zu einer Priorisierung der Themen und zu Vorgehensempfehlungen führen. Speziell für ältere Personen wird zudem vom Ziegler Spital Bern, von der Gesundheitsförderung Schweiz und von weiteren Partnern ein Modul „Gesundheitsförderung im Alter“ entwickelt, welches primär in der Praxis der Grundversorger umgesetzt werden soll.

3.4 Organisation und Ressourcen

Eine nationale Politik zur Bekämpfung von Krebs oder – umfassender – zur Bekämpfung der chronischen nicht-infektiösen Krankheiten existiert in der Schweiz nicht, im Gegensatz zum Vorgehen in den Bereichen Drogen oder Aids. Somit gibt es auch keine von Bund und Kantonen akzeptierte und gemeinsam getragene Ausführungsorganisation.

Den einzelnen Säulen der Prävention wie Tabakprävention, Förderung der gesunden Ernährung und der Bewegung, Alkoholprävention etc., welche je eine eigene Organisation aufweisen, fehlt ein koordinierendes Dach. Die heutigen Nationalen Krebspräventionsprogramme der Krebsliga Schweiz und des BAG können eine strategische Steuerung der nationalen Aktivitäten gegen diese Risikofaktoren nicht gewährleisten, da sie hierfür kein von allen wichtigen Akteuren getragenes Mandat haben.

Die Bekämpfung der einzelnen Risikofaktoren bietet aus diesen Gründen ein sehr heterogenes organisatorisches Bild. In der nationalen Tabakprävention und beim Schutz der Arbeitnehmenden vor Schadstoffen bestehen relativ klare Verhältnisse in der Umsetzung. Hingegen sind die nationalen Massnahmen zur Förderung eines gesunden Bewegungsverhaltens weniger strukturiert. Bei der Ernährung trifft dies noch stärker zu. Weil eine Vielzahl von kantonalen und lokalen Initiativen mit einer oft nur sehr losen Verbindung zu den nationalen Aktivitäten hinzu kommen, stellt sich die Prävention von chronischen Krankheiten in der Schweiz strukturell als ein lockeres Netzwerk dar.

Auch bei den finanziellen Ressourcen ergibt sich ein uneinheitliches Bild. Während für nationale Aktivitäten im Bereich Sport und Bewegungsförderung jährlich rund 150 Millionen Franken aufgewendet werden, steht für Massnahmen zur Förderung der gesunden Ernährung mit jährlich rund 3.5 Millionen Franken nur ein Bruchteil hiervon zur Verfügung. Bei der Tabakprävention konnte in den letzten Jahren eine starke Verbesserung festgestellt werden. Waren es ende der 90er Jahre kaum fünf Millionen Franken pro Jahr, sind es heute, v.a. dank dem Tabakpräventionsfonds, um zwanzig. Die für die Alkoholprävention zur Verfügung stehenden Mittel des Bundes und der nationalen Akteure betragen heute ebenfalls rund 20 Millionen Franken¹. Wegen Sparmassnahmen des Bundes wird sich dieser Betrag im nächsten Jahr um rund 2.2 Millionen Franken verringern. Für den Schutz vor übermässiger UV-Strahlung werden jährlich etwa 1.5 Millionen Franken eingesetzt. Der Bekämpfung von erhöhten Radonkonzentrationen in Innenräumen stehen pro Jahr 0.5 Millionen Franken zur Verfügung. Für die Bekämpfung der Luftverschmutzung mit karzinogenen Stoffen verfügt das BUWAL hingegen über kein Projektbudget.

Eine Übersicht über die finanziellen Ressourcen für nationale Präventionsaktivitäten gibt Tabelle 4. Die Zahlen sind als grobe Richtwerte anzusehen, da es oft schwierig ist, Projektgelder und administrative Aufwände voneinander abzugrenzen und weil die Beträge von einem Jahr zum andern stark variieren können.

¹ In diesem Betrag ist jener Teil der Aufwendungen aus dem Alkoholzehntel, welche die Kantone für die Verhütung und Früherfassung ausgeben (ca. 40%), inbegriffen.

Tabelle 4: Geschätzte jährliche Aufwendungen für nationale Aktivitäten im Bereich der Krebsprävention
(Zahlen und Hochrechnungen für 2004)

Verwendungszweck, Quelle	Betrag
Tabak	
BAG Tabakpräventionsfonds	18'000'000
BAG Sektion Nationales Programm Tabak	1'400'000
KLS	600'000
Lungenliga	300'000
<i>Total Tabak</i>	<i>20'300'000</i>
Ernährung	
BAG	1'000'000
Gesundheitsförderung Schweiz ¹	1'200'000
KLS	250'000
AGPK (action d) ²	200'000
Schweizerische Gesellschaft für Ernährung	850'000
<i>Total Ernährung</i>	<i>3'500'000</i>
Bewegung	
Bund Sportförderung (v.a. Jugend und Sport)	130'000'000
Bund Langsamverkehr (Förderprojekte)	700'000
Swiss Olympic (Breitensport, zusätzlich 1.2 Mio. von GF-CH und Krankenversicherern)	1'800'000
Mitgliederverbände von Swiss Olympic (Breitensport)	15'000'000
Gesundheitsförderung Schweiz (via Allez Hop, Suisse Balance etc.) ¹	1'200'000
Santésuisse (Allez Hop)	800'000
AGPK (action d) ²	200'000
<i>Total</i>	<i>149'700'000</i>
Alkohol	
BAG ³	3'200'000
Eidg. Alkoholverwaltung (Alkoholzehntel plus übrige Prävention) ⁴	11'800'000
Schw. Verkehrssicherheitsrat ⁵	600'000
SFA	2'000'000
Blaues Kreuz	2'800'000
<i>Total</i>	<i>20'400'000</i>
UV-Schutz	
BAG	200'000
KLS	1'300'000
<i>Total</i>	<i>1'500'000</i>
Radon	
BAG	500'000
<i>Total</i>	<i>500'000</i>
Luftverschmutzung	
BUWAL	---
<i>Total</i>	<i>---</i>

- 1 Für das Schwerpunktprogramm „Ernährung, Bewegung, Entspannung“ stehen im Durchschnitt pro Jahr Fr. 2.4 Mio. zur Verfügung. Diese wurden hier zu je 50% auf die Ernährung und die Bewegung aufgeteilt.
- 2 AGPK = Arbeitsgruppe für Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme der Krankenversicherer. Diese sind Partner in action d. 50% des finanziellen Beitrags wird unter Ernährung, 50% unter Bewegung angerechnet.
- 3 Dieser für 2004 budgetierte Betrag wird ab 2005 auf Fr. 1 Mio. gekürzt.
- 4 Gemäss dem Bericht der Kantonsregierungen über die Verwendung des Alkoholzehntels im Langjahr 2001/2002 der EAV (18 Monate) betragen die kantonalen Gesamtaufwände Fr. 41.3 Mio. Für die Verhütung und Früherfassung wurden Fr. 15.3 Mio. ausgegeben. Pro Jahr ergibt dies einen Betrag von Fr. 10.2 Mio. (Hinzu kommen weitere Mittel der Kantone, welche jedoch nicht aus dem Alkoholzehntel stammen und hier nicht aufgeführt werden.) Die übrige Prävention erfolgt nach Artikel 43a des Alkoholgesetzes, z.B. im Rahmen von „Alles im Griff?“.
- 5 Es gibt grosse jährliche Schwankungen in Abhängigkeit zu den laufenden Kampagnen. Die Fr. 600'000.- sind ein Näherungswert für 2004.

Neben den aufgeführten Mitteln stehen in den Kantonen zum Teil substantielle weitere Gelder für regionale und lokale Programme und Projekte zur Verfügung. Dies gilt insbesondere für den Sport und die Bewegungsförderung (Schulsport, Aktivitäten der Sportvereine usw.), trifft aber auch auf Präventionsaktivitäten in den Bereichen Tabak, Alkohol und Ernährung zu.

Die nationalen Zahlen zeigen, dass die finanziellen Mittel zur Bekämpfung der einzelnen Risikofaktoren nur beschränkt deren epidemiologische Bedeutung widerspiegeln. Oft sind die Beiträge historisch bedingt oder das Resultat von politischen Prioritätensetzungen. Ausgehend von den praktischen Erfahrungen in der Schweiz (z.B. Aids- und Drogenkampagnen) und den Angaben des US Centers for Disease Control and Prevention, welches aufgrund von empirischen Daten errechnet hat, wie viel Geld für ein erfolgreiches Tabakprogramm nötig ist¹, kann geschlossen werden, dass in den meisten Bereichen der Prävention in der Schweiz die finanziellen Ressourcen noch beträchtlich erhöht werden müssten, um eine signifikante Wirkung zu erzielen.

4 Ziele und Aufgaben des Gesamtprogramms

Die WHO empfiehlt, die Krebsprävention im Rahmen eines übergeordneten Programms zur Bekämpfung von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten zu realisieren. Zu diesen Krankheiten zählen neben Krebs, die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, diverse Formen von Atemwegserkrankungen sowie verschiedene Erkrankungen des Bewegungsapparates. Die wichtigsten Risikofaktoren für diese Krankheiten sind das Rauchen von Tabakwaren, eine ungesunde Ernährung, ungenügende Bewegung und Übergewicht.

Entsprechend der WHO-Empfehlung soll auch in der Schweiz ein integriertes Vorgehen das Ziel sein. Die Krebsprävention und somit die nachstehend aufgeführte Vision, die Ziele sowie deren Realisierung sollen Bestandteile eines übergeordneten Nationalen Programms für die Gesundheitsförderung und die Bekämpfung von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten in der Schweiz (NPGP) werden. Die internationalen Erkenntnisse für die Konzeption und Umsetzung eines solchen Programms (siehe Anhang 1) sind zu berücksichtigen.

4.1 Vision für die Krebsprävention

Die Vision für das übergeordnete Nationale Krebsprogramm lautet:

VISION FÜR DIE KREBSBEKÄMPFUNG

Eine Schweiz, in der weniger Menschen an Krebs erkranken, weniger Menschen an den Folgen von Krebs leiden und sterben, mehr Menschen von Krebs geheilt werden und Betroffene und ihre Angehörigen in allen Phasen der Krankheit aktiv mit einbezogen werden und die nötige Zuwendung und Hilfe erfahren.

Abgeleitet von der übergeordneten Vision gilt für die Krebsprävention:

VISION FÜR DIE KREBSPRÄVENTION

Die zukünftigen politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen schaffen ein Umfeld, welches die Gesundheit fördert. Sie tragen dazu bei, dass Menschen in der Schweiz die Ursachen von Krebs kennen und befähigt sind, in ihren Lebenswelten die krebsfördernden Einflüsse auf ihre Gesundheit zu mindern sowie einen gesunden Lebensstil anzunehmen. Dies führt dazu, dass vermeidbare Risikofaktoren und Umwelteinwirkungen bei der Krebsentstehung keine massgebliche Rolle mehr spielen.

4.2 Übergeordnete Ziele

Damit die Vision Wirklichkeit wird, sind Ziele in drei Handlungsebenen zu realisieren. Diese Ziele sind sowohl für die Krebsprävention von Bedeutung als auch allgemein für die Bekämpfung von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten.

1. Politisch-ökonomische Ebene

Gemäss Ottawa Charta der WHO 1986 gehören zu den Voraussetzungen für Gesundheit „Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit.“ Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes sei zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden.

Ziele für die politisch-ökonomische Ebene

Das Nationale Programm für die Gesundheitsförderung und die Bekämpfung von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten nimmt zu politischen Prozessen und wirtschaftlichen Entwicklungen, welche obgenannte Themen betreffen, systematisch Stellung und wirkt dahin, dass eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik entwickelt wird. Es setzt sich dafür ein, dass Entscheidungsträger auf nationaler und kantonaler Ebene bei politischen Entscheiden und zu politischen Vorstössen beraten und unterstützt werden.

2. Arbeits- und Lebenswelten

Das Leben der Menschen wird geprägt durch die Arbeitsbedingungen, das Wohnumfeld, die Gemeinde, die Schule, das Freizeitangebot und generell durch die soziale, kulturelle und physische Umwelt. „Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“ (Ottawa Charta 1986)

Ziele im Bereich Arbeits- und Lebenswelten

Im NPGP wird die Setting-Arbeit zu einem Schwerpunkt. Strukturen und Prozesse werden dahingehend beeinflusst, dass sie gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsweisen begünstigen und das Wohlbefinden fördern. Die Gesundheitsförderung und die Prävention in den Settings Arbeitsplatz, Schule, Gesundheitsversorgung und Gemeinde werden gezielt gefördert und dank geeigneter Steuerung und Koordination wirkungsvoll und kosteneffizient gemacht.

Grundwerte

Ein landesweites Programm gegen Krebs muss auf den Grundwerten der schweizerischen Gesellschaft aufbauen, die in unserer Verfassung verankert sind und mit der Europäischen Menschenrechtskonvention und der UNO-Charta der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte übereinstimmen: Achtung der Menschenwürde, Solidarität zwischen Gesunden und Kranken und das Recht auf Zugang zu medizinischer Versorgung.

Menschenwürde: Jeder Mensch hat Anrecht darauf, dass seine Würde, seine Intelligenz, seine Ansichten und sein freier Wille geachtet werden. Das heisst unter anderem, dass jedermann Zugang zu Informationen haben soll, die es ihm erlauben, sich eine eigene Meinung über die verschiedenen Möglichkeiten in der präventiven oder therapeutischen Krebsbekämpfung zu bilden. Dies schliesst auch das Recht auf

3. Individuelle Ebene

Erfolgreiche Strategien zur Entwicklung der Persönlichkeit mit dem Ziel, die Menschen zu einem gesunden Lebensstil, zur Bewältigung von psychosozialen Belastungen und zur Überwindung von Krankheiten zu befähigen (Empowerment) sind eine wichtige Voraussetzung für eine wirkungsvolle Gesundheitsförderung und Prävention. Die Lernprozesse müssen zuhause, in der Schulen, am Arbeitsplatz und im öffentlichen Raum der Gemeinde ermöglicht werden. Insbesondere gilt es, durch Information und gesundheitsbezogene Bildung Menschen in die Lage zu versetzen, Gesundheitsrisiken zu erkennen und zu vermeiden.

Ziele für die individuelle Prävention und Gesundheitsförderung

Das NPGP verstärkt die Kommunikation mit der Bevölkerung und mit ausgewählten Zielgruppen. Durch Unterstützung, Koordination und einem konzertierten Vorgehen werden die Massnahmen in den verschiedenen Präventionsprogrammen (Tabak, Ernährung, Bewegung etc.) gestärkt, aufeinander abgestimmt und es werden Synergien geschaffen. Themenübergreifend wird ein gesunder Lebensstil gefördert.

4.3 Die Kernaufgaben

Wie in den Kapiteln 3.3 und 3.4 dargelegt, geschieht die Prävention von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten in der Schweiz in erster Linie durch allgemeine Massnahmen zur Förderung der Gesundheit sowie durch die Bekämpfung der einzelnen Risikofaktoren, beispielsweise im Rahmen des Nationalen Programms zur Tabakprävention. Sowohl die allgemeine Gesundheitsförderung als auch die Risikofaktoren-spezifischen Aktivitäten werden auch in Zukunft weiter bestehen, da sie meist eine eigene gesetzliche Grundlage haben und zweckgebunden finanziert werden. Damit die oben genannten übergeordneten Programmziele erreicht werden können, muss das NPGP ergänzende Aufgaben übernehmen, im folgenden Kernaufgaben genannt. Drei Kernaufgaben stehen im Vordergrund:

Kernaufgaben des Nationalen Programms für Gesundheitsförderung und Prävention von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten:

1. Das NPGP fördert und unterstützt die Aktivitäten und Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention und ermöglicht eine übergreifende Planung und Koordination.

2. Das Programm sichert die nötige politische Unterstützung und beeinflusst die ökonomischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen so, dass die Gesundheitsförderung und Prävention noch wirkungsvoller und effizienter werden.
3. Das Programm setzt sich für höchste Qualitätsstandards in der Gesundheitsförderung und Prävention ein.

1. Das Nationale Programm für Gesundheitsförderung und Prävention von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten fördert und unterstützt die Aktivitäten und Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention und ermöglicht eine übergreifende Planung und Koordination.

Die übergeordnete Planung und Steuerung des NPGP und die Koordination zwischen den verschiedenen Programmen gegen die einzelnen Risikofaktoren sind Aufgaben der zu bildenden Programmsteuergruppe. Um ihre Aufgabe erfüllen zu können, umfasst die Steuergruppe die politischen Entscheidungsträger und die wichtigsten Präventionsakteure aus den verschiedenen Programmen gegen die einzelnen Krebsrisikofaktoren.

Die Programmsteuergruppe stellt auch sicher, dass die Programm- und Sektoren-übergreifende Zusammenarbeit gewährleistet wird. Dies gilt beispielsweise für die Koordination mit den schweizerischen Anstrengungen im Bereich der Suchtbekämpfung.

Die Planung und Steuerung des Programms durch die Programmsteuergruppe kann nur erfolgreich sein, wenn die Partner partizipativ eingebunden werden und das Programm mitgestalten können. Dies gilt insbesondere auch für die Mitwirkung der Kantone. Mit Hilfe von Partnertreffen, Workshops und Vernehmlassung werden die Akteure am Aufbau und an der Umsetzung des Programms beteiligt, so dass eine gemeinsame Vision entwickelt und ein gemeinsames und koordiniertes Vorgehen festgelegt werden können.

Das Sekretariat des NPGP gewährleistet die wirkungsvolle und effiziente Arbeit der Programmsteuergruppe, ermöglicht die Partizipation der Akteure und unterstützt deren praktische Umsetzungsarbeit mit Koordinationsleistungen und Wissenstransfer.

2. Das Programm sichert die nötige politische Unterstützung und beeinflusst die ökonomischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen so, dass die Prävention noch wirkungsvoller und effizienter wird.

Eine Kernaufgabe des Programms ist, sich für bessere gesetzliche Grundlagen in der Prävention von chronischen Krankheiten einzusetzen. In Anlehnung an die WHO könnte dies im Rahmen eines Gesetzes für chronische, nicht-übertragbare Krankheiten erfolgen, allenfalls auch durch ein allgemeines Präventionsgesetz. Neben der Klärung von inhaltlichen und strukturellen Fragen sollten so auch die finanziellen Ressourcen für die Prävention gesichert werden. Eine mögliche Basis für die zukünftigen gesetzlichen Grundlagen bilden die Motionen Joder „Für eine nationale Krebsbekämpfungspolitik“ sowie Gysin „Gesetz zur Krebsbekämpfung“.

Um die Prävention weiter zu unterstützen, soll sich das Programm auch dafür einsetzen, dass die Bekämpfung der chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten ein prioritäres Thema der Nationalen Gesundheitspolitik (Nationale Gesundheitsplattform) wird. Zudem soll eine breite Koalition von Partnern aus allen Segmenten der Gesellschaft aufgebaut werden.

Entsprechend den Vorgaben der Ottawa-Charta und im Hinblick auf eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik muss das Programm auch Anstrengungen unternehmen, um die politischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen generell günstig zu beeinflussen. Dies wird ermöglicht, indem die personellen Ressourcen hierfür bereit gestellt und die Verbindungen zu den Ent-

scheidungsträgern und Meinungsmachern im politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Leben geknüpft werden. Für das NPGP wird dieses Advocacy einen privilegierten Stellenwert erhalten.

3. Das Programm setzt sich für höchste Qualitätsstandards ein.

Die Planung und Steuerung des NPGP muss sich auf Daten und Fakten abstützen können. Diese werden durch ein systematisches Monitoring und eine Evaluation gesammelt und ausgewertet. Ein Grossteil der Daten muss dabei nicht neu erhoben werden sondern kann aus bestehenden Datensammlungen übernommen werden. Die Information muss jedoch in geeigneter Form zusammen gestellt werden und allfällige Lücken sind zu schliessen. Das Gesundheitsobservatorium und die Krebsregister sollen hierbei eine wichtige Rolle spielen (siehe auch Kapitel 9: Monitoring, Evaluation und Überprüfung des Programms).

Neben der externen Evaluation und einem internen Controlling zuhanden der Programmsteuergruppe ist für die Qualität des Programms insbesondere wichtig, dass die gewählten Umsetzungsmassnahmen evidenzbasiert sind. Es wird zu klären sein, ob das Programm eine nationale Informationsstelle für evidenzbasierte Interventionen als öffentliche Wissens-Ressource aufbauen soll. Interventionen, welche sich nicht auf Evidenzen stützen können, sind als „Innovationsprojekte“ zu behandeln und entsprechend sorgfältig auf ihre Wirkung hin zu evaluieren.

Ein Vorschlag für konkrete Ziele bei den Kernaufgaben findet sich im nachstehenden Kasten.

5 Prioritäten

5.1 Inhaltliche Prioritäten

Aufgrund der epidemiologischen Situation, den vorliegenden Informationen über die Risikofaktoren und weiteren Daten (Akteure, laufende Aktivitäten, Ressourcen etc.) ergeben sich, aus der Sicht der Krebsprävention, die folgenden Schwerpunkte:

1. Die Tabakprävention wird im Sinne eines nationalen, „umfassenden Programms“ mit den Mitteln des Tabakpräventionsfonds und der staatlichen und nicht-staatlichen Partner weiter ausgebaut.
2. Ernährung, Bewegung und Gewicht werden in Zukunft vermehrt als ein einheitliches nationales Programm umgesetzt, wobei in der Kommunikation immer auch auf die Gefahr des übermässigen Alkoholkonsums hingewiesen wird. Ernährung, Bewegung und Gewicht sind aus der Sicht der Gesamtmorbidität ein zunehmend wichtiges Thema. Die Aktivitäten sollen massiv ausgebaut werden.
3. Die Alkoholprävention wird als eigenständiges Programm umgesetzt. Das Nationale Präventionsprogramm Alkohol, welches zurzeit in Bearbeitung ist, soll zu einem zielgerichteten Vorgehen und zu einer guten Koordination der Aktivitäten führen.
4. Die UV-Prävention muss, um eine sichtbare Wirkung zu entfalten, ebenfalls weiter ausgebaut werden. Neben der Primärprävention ist insbesondere die noch wirkungsvollere Hautkrebsfrüherkennung zu fördern.

Umsetzung der Kernaufgaben: die Ziele für 2010

Für das Jahr 2010 setzt sich das NPGP konkrete Ziele. Diese sind als Erfolgsindikatoren auf dem Weg zur Erreichung der übergeordneten Ziele des Programms anzusehen und ergänzen die spezifischen Ziele aus den Programmen gegen die einzelnen Risikofaktoren.

1. *Operationalisierte Ziele für die politisch-ökonomische Ebene*

- > Die rechtliche Legitimation für das NPGP ist gesichert, sei dies in Form eines Gesetzes für chronische, nicht-übertragbare Krankheiten, eines allgemeinen Präventionsgesetzes oder in einer anderen geeigneten Form. Damit verbunden ist auch die Sicherstellung der Programmfinanzierung.
- > Die übergeordnete Bekämpfung der chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten ist ein prioritäres Thema der Nationalen Gesundheitspolitik.
- > Das Programm stellt ein systematisches Advocacy zur Verbesserung der für die Gesundheit grundlegenden Lebensressourcen (Arbeit, Ernährung, Wohnen, Umwelt etc.) und zur Bekämpfung von sozialen Benachteiligungen sicher. Die personellen und finanziellen Ressourcen stehen hierfür zur Verfügung.

2. *Operationalisierte Ziele im Bereich Arbeits- und Lebenswelten*

- > Im medizinischen Setting werden die Kurzinterventionsprogramme in den Bereichen Tabak- und Alkoholprävention sowie die Lebensstilberatung in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften koordiniert und systematisch gefördert.
- > Das NPGP ist in eine nationale Initiative zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Betrieben eingebunden, motiviert die Akteure der einzelnen Risikofaktoren-Programmen, sich ebenfalls zu engagieren und unterstützt die Koordination der Aktivitäten.

3. *Operationalisierte Ziele für die individuelle Prävention und Gesundheitsförderung*

- > Im Rahmen des Gesamtprogramms sind die Botschaften priorisiert und aufeinander abgestimmt worden. Die Kommunikation über die Massenmedien erfolgt koordiniert.
- > Die grossen Medien werden im Rahmen eines systematischen Medien-Advocacy auf präventive Themen aufmerksam gemacht, mit wichtigen Unterlagen versorgt und motiviert, darüber zu berichten.
- > Ein mehrjähriges nationales Lebensstil Programm mit breiter Trägerschaft und genügend finanziellen Mitteln ist lanciert worden und wird in der Planungsperiode 2010 bis 2015 weitergeführt.

4. *Operationalisierte „interne“ Ziele: Organisation, Qualität, Planung und Ressourcen*

- > Die Organisation mit ihren Strukturen und Prozessen, die Leadership und die Arbeitsteilung innerhalb des NPGP sind partizipativ festgelegt worden und bewähren sich in der Praxis.
- > Eine nationale Programmsteuergruppe ist institutionalisiert. Sie erleichtert und gewährleistet die Risikofaktoren-übergreifende Planung und Koordination der Aktivitäten und Akteure.
- > Ein Aktionsplan für ein Nationales Programm für Gesundheitsförderung und Prävention von chronischen, nicht-übertragbare Krankheiten liegt vor und die Voraussetzungen sind gegeben, um diesen Plan im Rahmen einer breiten Koalition umzusetzen.
- > Das Monitoring, und die Evaluation sind sichergestellt. Die hierfür benötigten finanzielle Mittel liegen vor (Schätzwert: Fr. 0.25 Mio./Jahr).
- > Für die Erfüllung der übergeordneten Planungs-, Koordinations- und Advocacy-Aufgaben stehen dem Programm bzw. seinem Sekretariat die nötigen finanziellen Mittel zur Verfügung (Schätzwert: mindestens Fr. 0.7 Mio./Jahr).

Das Programm zur Bekämpfung von hohen Radonkonzentrationen wird zurzeit evaluiert und dann entsprechend neu ausgerichtet. Die Belastungen mit karzinogenen Stoffen am Arbeitsplatz sind im Zusammenhang mit der allgemeinen Bekämpfung von Berufskrankheiten weiter zu reduzieren (siehe auch Kap. 5.3). Die Reduktion der (kanzerogenen) Luftschadstoffe soll im Rahmen der bisherigen Anstrengungen zur Luftreinhaltung weitergeführt und verstärkt werden.

5.2 Zielgruppen

Mit dem NPGP soll die Bevölkerung vor schädlichen Einwirkungen geschützt und in die Lage versetzt werden, einen gesunden Lebensstil annehmen zu können. Letztlich sind somit alle Menschen in der Schweiz die Zielgruppe des Programms.

Die direkte Kommunikation mit der Öffentlichkeit erfolgt jedoch primär über die einzelnen Risikofaktoren-Programme (Tabakpräventionsprogramm, Ernährungs- und Bewegungsprogramm etc.). Innerhalb dieser Programme werden die Zielgruppen auf der Basis einer sorgfältigen Problemanalyse und der spezifischen Ziele definiert.

Nur wenn neue Handlungsfelder erschlossen werden, z.B. ein nationales Lebensstil Programm oder gewisse themenübergreifende Massnahmen in einem Setting, wird die Öffentlichkeit ein Zielpublikum des Gesamtprogramms. Welche Segmente der Bevölkerung dann bevorzugt anzusprechen sind, wird von den zu definierenden Zielen, den gewählten Methoden und den zur Verfügung stehenden Ressourcen abhängen.

Um die Kernaufgaben des Programms zu erfüllen, werden vor allem die politischen und wirtschaftlichen Entscheidungsträger und die Präventionsakteure angesprochen werden müssen.

Das NPGP wird sich konsequent dafür einsetzen, dass die sozial schlechter gestellten Bevölkerungsgruppen prioritär behandelt werden, da sie auch gesundheitlich benachteiligt sind. Das Programm wird sich auch dafür engagieren, dass in der Kommunikation und der Umsetzung von Projekten geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigt werden.

5.3 Die wichtigsten Strategien und Methoden

Das NPGP lehnt sich bei der Prioritätensetzung an die Empfehlungen der Internationalen Union zur Krebsbekämpfung (UICC) an. Diese Empfehlungen wurden aus einer breiten Analyse der Wirksamkeit von Interventionen abgeleitet:

1. Advocacy und Lobbying
2. Information
3. Medizinisches Setting
4. Arbeitsplatz
5. Schulen
6. Setting Gemeinde

Advocacy und Lobbying stehen im Vordergrund wenn es darum geht, die politisch-ökonomischen Rahmenbedingungen günstig zu beeinflussen oder in den verschiedenen Lebenswelten aktiv zu werden. Während das Lobbying Domäne der Nicht-Regierungsorganisationen bleiben muss, ist das Advocacy bzw. das anwaltschaftliche Eintreten für die Prävention in den verschiedenen Segmenten der Gesellschaft auch für Regierungsorganisationen eine sehr nützliche Strategie. Die Aufwände für diese Form der Präventionsarbeit sind im Vergleich zu den Aufwänden bei anderen Ansätzen und insbesondere bei Informationskampagnen gering. Weil in der Öffentlichkeit kaum wahrnehmbar besteht aber die Gefahr, dass das Advocacy und das Lobbying vernachlässigt werden. Aus diesem Grund braucht es hierfür explizite Leistungsaufträge und ein entsprechendes Controlling.

Eine wichtige Aufgabe des NPGP ist die Entwicklung einer kohärenten Informationspolitik. Die Botschaften müssen priorisiert, aufeinander abgestimmt und in einer konzertierten Weise vermittelt werden. Dies ist auch für das geplante Lebensstil Programm von grosser Bedeutung.

Die Kosteneffizienz von Interventionen ist im medizinischen Setting am besten belegt. Dieses Setting soll prioritär behandelt werden. Die Kurzinterventionsprojekte in der Tabakprävention, der Alkoholprävention, der Ernährungsberatung und der Bewegungsförderung sind zu koordinieren. Diese Koor-

dination soll im Hinblick auf eine systematische Lebensstilberatung und in Absprache mit den Ärzten, allen voran dem Kollegium für Hausarztmedizin, erfolgen.

Auch der Arbeitsplatz eignet sich als ein Setting für präventive und gesundheitsförderliche Interventionen. Eine vermehrte Koordination bestehender Initiativen und ein konzertiertes Vorgehen sollen in Zukunft über ein Forum für betriebliche Gesundheitsförderung angestrebt werden. Der Aufbau eines solchen Forums wird zurzeit vom seco und von der Gesundheitsförderung Schweiz voran getrieben. Punktuell und wo angebracht soll dabei auch auf die Minderung von Expositionen gegenüber Schadstoffen hingewirkt werden.

Schulprogramme sind dann erfolgsversprechend, wenn sie sowohl in einen grösseren innerschulischen als auch in einen weiteren gesellschaftlichen Rahmen eingebunden werden. Die Erweiterung des innerschulischen Bezuges geschieht durch die Integration der Interventionen in das „Bildung + Gesundheit Netzwerk Schweiz“ des BAG und der EDK. Die Unterstützung der schulischen Aktivitäten durch ausserschulische Interventionen muss im Rahmen der Gesamtplanung der Programme gegen die einzelnen Risikofaktoren (Tabak, Ernährung etc.) sichergestellt werden.

Die Erfahrungen mit dem Setting Gemeinde sind in der Schweiz noch nicht sehr gross. Auch hier zeigt die Forschung, dass Interventionen in der Regel erst in Verbindung mit einem Gesamtprogramm erfolgsversprechend sind. Erfahrungen mit den zum Teil bereits laufenden, zum Teil geplanten kommunalen Interventionen in der Alkoholprävention, zur Bewegungsförderung und in der Tabakprävention sollen systematisch ausgewertet werden.

6 Ziele und Massnahmen der Programme gegen die einzelnen Risikofaktoren

Die nachstehenden Ziele wurden gemeinsam mit den Hauptakteuren der Programme gegen die einzelnen Risikofaktoren formuliert. Bei den Massnahmen wurde der aktuelle Stand des Wissens über die Wirksamkeit von Interventionen berücksichtigt (siehe Anhang 2). Die Ziele geben die allgemeine Stossrichtung des zukünftigen NPGP an. Sie wurden aus der Sicht der Krebsprävention formuliert und sollen Basis für einen partizipativen Prozess bilden, welcher zur Festlegung von Zielen für ein umfassendes Präventionsprogramm führt. In einem von allen Partnern gemeinsam zu erarbeitenden Aktionsplan müssen diese Ziele anschliessend konkretisiert, terminiert und für die Beteiligten verbindlich gemacht werden.

Übersicht über die Ziele der Programme gegen die einzelnen Risikofaktoren

1. Die Zahl der Menschen, die Krebs durch Tabakkonsum oder passives Rauchen entwickeln, nimmt ständig ab.
2. Weniger Menschen erkranken an den Folgen von Übergewicht, Bewegungsmangel und ungesunder Ernährung.
3. Der Anteil der Menschen, die einen risikoreichen Alkoholkonsum haben und an dessen Folgen leiden, sinkt.
4. Weniger Menschen leiden an Krebs wegen UV Strahlung.
5. Weniger Menschen erkranken an berufsbedingtem Krebs.
6. Durch die Vermeidung von hohen Radonkonzentrationen in Innenräumen, sinkt die Zahl der Radon-bedingten Krebserkrankungen.
7. Die Belastung der Atemluft mit kanzerogenen Luftschadstoffen und das damit assoziierte Krebsrisiko nehmen ab.
8. Die Zahl der Menschen, die gesund leben, nimmt wahrnehmbar zu.

6.1 Tabakprävention

Für die Periode nach 2005 soll unter Führung des BAG ein neues Nationales Programm zur Tabakprävention erarbeitet werden. Die nationalen Partnerorganisationen werden intensiv in die Ausgestaltung und Umsetzung einbezogen werden. Die wichtigsten Ziele, Teilziele und Massnahmen aus dem aktuellen Programm sind unten aufgeführt. Die neuen Ziele müssen in einem partizipativen Prozess von den Partnern gemeinsam erarbeitet werden. Weil bereits das heutige Vorgehen im Einklang mit den Zielen der WHO steht und die Vision einer Gesellschaft, welche das Nichtrauchen als die Norm erachtet, breit abgestützt ist, dürften das untenstehende Ziel und die daraus abgeleiteten Teilziele auch weitgehend für die Zeit nach 2005 gelten. Allerdings ist der Blickwinkel dann auf weitere chronische, nicht-übertragbare Krankheiten auszuweiten.

Ziel: Die Zahl der Menschen, die Krebs durch Tabakkonsum oder passives Rauchen entwickeln, nimmt ständig ab

Teilziel 1: Die übergeordneten Rahmenbedingungen schaffen die Grundlagen für eine wirkungsvolle und effiziente Tabakprävention. Nichtrauchen wird zur Norm.

- > Die Besteuerung der Tabakprodukte wird laufend erhöht. Dies wirkt sich rasch auf den Konsum aus. Zudem ergeben sich hierdurch für den Staat finanzielle Vorteile.
- > Dank breit angelegter, langfristiger und zielgruppengerechter Öffentlichkeitsarbeit, welche gezielt die spezifischen Programme unterstützt, kennt die Bevölkerung die Tragweite des Tabakkonsums für die öffentliche Gesundheit. Die Massenkommunikation über die Gefahren des Tabakkonsums wird mit der Öffentlichkeitsarbeit zu anderen Risikofaktoren koordiniert, um so Synergien zu nutzen und die Kohärenz der Botschaften sicher zu stellen.
- > Die gesetzliche Regelung der Tabakwerbung und des Sponsorings durch Tabakfirmen wird entsprechend den Vorgaben der Tabak-Rahmenkonvention der WHO, welche ein umfassendes Verbot vorsieht, angepasst.
- > Die Deklaration von Tabakprodukten soll Konsumierende sachlich und neutral informieren. Transparenz muss insbesondere bezüglich der Verwendung von Zusatzstoffen gewährleistet sein. Die Verwendung von missverständlichen oder irreführenden Zusatzbezeichnungen wird unterbunden.

Teilziel 2: Die Rauchenden sind motiviert, mit dem Rauchen aufzuhören, und es werden ihnen geeignete Entwöhnungshilfen zur Verfügung gestellt

Primäre Zielgruppe sind Rauchende im Alter von 25 bis 45 Jahren, und hier ganz besonders Frauen und sozial benachteiligte Gruppen. Der Anteil Rauchende, welcher einen festen Vorsatz fasst, mit Rauchen aufzuhören, soll erhöht werden. Mehr Aufhörwillige sollen konkrete Aufhörversuche unternehmen. Und weniger Personen, die mit Rauchen aufgehört haben, werden dank dem Gebrauch von wissenschaftlich bewährten Raucherentwöhnungsmethoden rückfällig.

- > Die wichtigste Massnahme in diesem Bereich ist sicherzustellen, dass Rauchende systematisch von motivierten, ausgebildeten medizinischen Fachleuten auf das Thema Rauchstopp angesprochen werden.
- > Die übergeordneten Massnahmen (siehe Teilziel 1) spielen bei der Zielerreichung eine wichtige ergänzende Rolle.

Teilziel 3: Nichtraucher haben jederzeit und überall die Möglichkeit, rauchfreie Luft zu atmen

- > An allen öffentlich zugänglichen Orten, wo Leute arbeiten, gilt ein Rauchverbot (z.B. Ausbildungs- und Arbeitsplätze, Restaurants, öffentliche Verwaltung, Sport- und Freizeitanlagen, Spitäler). Um dieses Rauchverbot umzusetzen werden die nötigen gesetzlichen Vorgaben gemacht und die Verantwortlichen mittels Information, Anreizen und allenfalls Sanktionen dazu gebracht, die nötigen Massnahmen zum Schutz der Nichtraucher vor Passivrauch einzuführen.

Teilziel 4: Die Rahmenbedingungen erleichtern Jugendlichen den Verzicht auf das Rauchen und motivieren sie zum Nichtrauchen

- > Ein Verkaufsverbot für Minderjährige und die Einschränkung von Verkaufspunkten (z.B. Verweigerung des Zugangs von Jugendlichen zu Zigarettenautomaten) verhindert, dass Zigaretten leichter erhältlich sind als Grundnahrungsmittel. Diese Massnahmen tragen dazu bei, der Verharmlosung von Tabakprodukten entgegen zu wirken.
- > Das Umfeld, in dem die Jugendlichen aufwachsen, ist weitestgehend rauchfrei. Dies beginnt mit systematischen Massnahmen zur Verhinderung des Tabakkonsums in der Schule. Da das familiäre Umfeld eine wichtige Rolle in der Prävention spielt, werden auch die Eltern mit geeigneten Massnahmen informiert und angeregt, das häusliche Umfeld rauchfrei zu machen. Die für Freizeitaktivitäten zuständigen Stellen und Organisationen engagieren sich mit Unterstützung des Bundes dafür, dass beim Sport, in Jugendzentren, in Diskotheken usw. der Tabakkonsum ausgeschlossen oder zumindest stark eingegrenzt und die Jugendlichen für die Gefahren des Rauchens sensibilisiert werden.
- > Als ergänzende Massnahmen können institutionalisierte Schulprogramme Jugendliche befähigen, die für die primäre Suchtprävention nötigen sozialen Kompetenzen zu entwickeln. Die Programme stärken das Selbstbewusstsein und vermitteln Instrumente zur konstruktiven Bewältigung von Konflikten und zur Stärkung der Widerstandskraft gegenüber Gruppenzwängen. Tabakspezifische Informationsmodule klären über die Schäden des Rauchens auf und fördern die individuelle Motivation zum Nichtrauchen.

6.2 Gesundes Körpergewicht, Bewegungsförderung und gesunde Ernährung

Gemäss den im Kapitel 5.1 gesetzten Prioritäten sollen die Themen Übergewicht, Bewegungsmangel und ungesunde Ernährung in Zukunft im Rahmen eines gemeinsamen Programms behandelt werden. Inhaltlich kann sich dieses Programm auf bestehende Grundlagen stützen: Die schweizerischen Ernährungsziele sind in der Ernährungspolicy des Bundes (2001) beschrieben. Dessen Planungshorizont ist das Jahr 2010¹. Das sportpolitische Konzept des Bundesrates (2000) und das Umsetzungskonzept „Gesundheitsförderung durch Bewegung und Sport“ (2000) des Netzwerkes Bewegung weisen einen Planungshorizont auf, welcher über das Jahr 2010 hinaus reicht. Die nachstehenden Ziele, Teilziele und Massnahmen leiten sich aus den genannten Strategiepapieren ab. Auch hier gilt, dass in einem partizipativen Prozess der Akteure das konkrete und verbindliche Vorgehen noch festgelegt werden muss.

Ziel: Weniger Menschen erkranken an den Folgen von Übergewicht, Bewegungsmangel und ungesunder Ernährung.

Teilziel 1: Immer mehr Menschen besitzen ein gesundes Körpergewicht

Der „Epidemie“ des Übergewichts als Auswirkung der „sitzenden Fast-Food-Gesellschaft“ soll mit strukturellen Ansätzen, Information und spezifischen Angeboten für Betroffene begegnet werden. Die gesundheitlichen Auswirkungen des Übergewichts dürften bald vergleichbar mit jenen des Tabakkonsums sein und könnten sich als Ausdruck der heutigen Lebensweise in Zukunft noch verschärfen. Entsprechend gross müssen die Anstrengungen sein, diese Auswirkungen zu bekämpfen.

¹ Die Ziele der Ernährungspolicy werden noch an jene der neuen WHO-Policy angeglichen werden.

- > In einem ersten Schritt gilt es, die Gesellschaft und insbesondere die politischen Entscheidungsträger zu sensibilisieren und zu motivieren, die nötigen Massnahmen zu ergreifen.
- > Strukturelle Ansätze stehen im Vordergrund. Sie bergen das grösste Potential für Erfolg. Mögliche Massnahmen werden unter den untenstehenden Teilzielen zur Bewegungsförderung und zur gesunden Ernährung behandelt.
- > Das Wissen um die Problematik des Übergewichts und der Fettleibigkeit muss in der Bevölkerung mit Informationskampagnen, Interventionen in Schulen, an Arbeitsplätzen usw. verbessert werden. Die Information wird dabei immer auch das gesunde Bewegungsverhalten und die gesunde Ernährung umfassen.
- > Mit geeigneten Anreizen soll auch die Motivation zur Veränderung des Lebensstils erhöht werden. Niederschwellige Beratungs- und Therapieangebote sind zur Verfügung zu stellen, um Individuen in ihren Anstrengungen zu Verhaltensänderungen zu unterstützen.

Teilziel 2: Der Anteil der Menschen mit einem gesundheitsförderlichen Bewegungsverhalten steigt

Der Anteil der bewegungsaktiven Bevölkerung („täglich mindestens eine halbe Stunde etwas ausser Atem“) soll jährlich um 1% steigen.

- > Bessere Rahmenbedingungen sollen geschaffen werden mit vermehrten Sport- und Bewegungsanreizen und -angeboten. Alltagsbewegung wird durch innovative Projekte z.B. am Arbeitsplatz, auf dem Arbeitsweg, in der Schule, im Bereich Langsamverkehr (Fortbewegung zu Fuss und per Velo) gefördert.
- > Besonders bei Kindern müssen die für ihre Entwicklung notwendige Möglichkeiten zu Bewegung, Spiel und Sport in Sicherheit gegeben sein. Dazu müssen in den Quartieren genügend Spielmöglichkeiten geschaffen werden. Schulwege müssen kindersicher sein. Die vorgeschriebenen Schul- und Berufsschulsportangebote sind aus gesundheitlicher Sicht als Minimalstandard anzusehen. Sie müssen konsequent umgesetzt und wo möglich weiter ausgebaut werden.
- > Mit geeigneten, koordinierten Massnahmen sind auch das Wissen und die Motivation der Bevölkerung zur gesunden Bewegung zu fördern.

Teilziel 3: Die Menschen ernähren sich zunehmend gesund

- > Strukturelle Massnahmen zur Verbesserung der Angebote und der Verfügbarkeit von gesunden Nahrungsmitteln und von gesundem Essen werden gefördert. Beispiele hierfür sind eine gesunde Verpflegung in Betriebs- und Schulkantinen, die Verpflichtung von Restaurateuren, ausgewogene Menus anzubieten, die Etikettierung von Lebensmitteln, eine geeignete Preispolitik.
- > Die Kenntnisse der Bevölkerung über die Lebensmittelpyramide und insbesondere über die Bedeutung des Gemüse- und Fruchtekonsums, der Vollkornprodukte und der ernährungsphysiologisch günstigen Fette werden verbessert. Eine nationale „5 am Tag“ Kampagne zur Förderung des Früchte- und Gemüsekonsums soll hierbei eine wichtige Rolle spielen.
- > Bei Kindern und Jugendlichen ist ein besonderes Engagement gefordert. Grundkenntnisse für eine gesunde Ernährung sollen vermittelt werden. Die Lehrpläne und Lehrmittel sind entsprechend anzupassen, die Lehrer hierfür auszubilden.
- > Innovative Projekte, welche Ernährung und Bewegung kombinieren, werden gezielt gefördert.

6.3 Alkoholprävention

Das BAG will in Zusammenarbeit mit den Partnerorganisationen in einem rund eineinhalbjährigen Prozess ein Nationales Präventionsprogramm Alkohol erarbeiten. Es soll dem Bundesrat im April 2006 zur Verabschiedung vorliegen, so dass ab Sommer 2006 mit der Umsetzung begonnen werden kann. Das Programm hat die Minderung des risikoreichen Alkoholkonsums zum Ziel und soll zu einem koordinierten Vorgehen der Präventionspartner führen. Die Aufgaben, die Zuständigkeiten und der Ressourceneinsatz der einzelnen Partner werden aufgezeigt und die inhaltlichen Schwerpunkte auf den Ebenen Bund, Kantone und Gemeinden definiert werden. Der Nationale Alkoholaktionsplan der Eidgenössischen Kommission für Alkoholfragen bildet die Basis für die zurzeit laufenden Vorarbeiten. Während das nachfolgende, übergeordnete Ziel weiterhin Gültigkeit hat, werden die Detailziele noch festzulegen sein.

Ziel: Der Anteil der Menschen, die einen risikoreichen Alkoholkonsum haben, sinkt.

Zur Erreichung dieses Ziels sind in einem umfassenden, längerfristig angelegten und kohärenten Programm die folgenden Massnahmen vorzusehen:

- > An erster Stelle, weil besonders wirksam, steht die Preisgestaltung bzw. Besteuerung alkoholischer Getränke gemäss deren Schädigungspotential. Eine konsumsenkende Preisgestaltung ist insbesondere auch bei Getränken, welche von Jugendlichen bevorzugt werden, von grosser Bedeutung.
- > Ebenfalls von Bedeutung ist die Beschränkung des Zugangs zu alkoholischen Getränken, z.B. durch die Limitierung der Verkaufszeiten oder der Verkaufsstellen. Weiter sind eine Altersbeschränkung sowie Grenzwerte für den Blutalkoholgehalt von Autofahrern wirkungsvolle gesetzliche Massnahmen.
- > Die Information der Bevölkerung über die Gesundheitsrisiken des Alkoholkonsums und dessen sozialen Folgen müssen verstärkt werden. Dabei wird zu berücksichtigen sein, dass verschiedene Gruppen der Gesellschaft unterschiedlich auf Botschaften ansprechen.
- > Durch die Früherkennung von Problemkonsumenten, z.B. durch die medizinische Kurzintervention in der Praxis der Grundversorger, kann vorbeugend eingewirkt werden und Suchtkranke können frühzeitig einer Therapie zugeführt werden.

6.4 Schutz vor UV-Strahlung

Das Programm „Sonnenschutz“ der Krebsliga Schweiz und des BAG wird fortgeführt und weiter ausgebaut, wobei in der Kommunikation insbesondere auch auf die Bedeutung der Krebsfrüherkennung hingewiesen wird. Unter Federführung des BAG soll der UV-Index weiter bekannt gemacht und die Bevölkerung vor Schäden durch Solarien bewahrt werden.

Ziel: Weniger Menschen leiden an Krebs wegen UV-Strahlung

- > Eine langfristig angelegte Öffentlichkeitsarbeit unter Mitwirkung von Rollenmodellen führt dazu, dass eine sonnengebräunte Haut nicht mehr positiv bewertet wird.
- > Dank systematischer und flächendeckender Information werden die Menschen in die Lage versetzt, sich ihres Risikos für Hautkrebs bewusst zu werden. Sie lernen, auf Hautveränderungen, welche Anzeichen einer bösartigen Entartung sein können, zu achten und rasch darauf zu reagieren.
- > Die Information soll auch dazu führen, dass mehr Menschen sich selbst und ihre Kinder vor starker Sonnenstrahlung und vor künstlicher UV-Bestrahlung schützen indem sie wirksame Sonnenschutzmassnahmen kennen und anwenden.
- > In Schulen wird der Sonnenschutz systematisch und stufengerecht thematisiert.
- > Um die ungewollte UV-Exposition zu verringern, werden in risikoreichen Umgebungen wie z.B. in Schulhöfen, in Kindergärten oder auf Baustellen Sonnenschutzvorrichtungen installiert. Bei Bedarf werden zusätzlich Sonnenschutzprodukte wie Hüte, Brillen, Sonnencremes gratis oder subventioniert zur Verfügung gestellt.
- > Die gesundheitsschädliche Wirkung von künstlicher UV-Strahlung wird der Bevölkerung deutlich gemacht und in Solarien signalisiert. Richtlinien für den Betrieb von Solarien sollen erarbeitet werden.

6.5 Schutz vor Arbeitsplatzbelastungen

Die Suva hat eine führende Rolle zur Verhinderung von Krebs als Berufskrankheit, welche sich auf die Verordnung über die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten (VUV) stützt: „Die Suva beaufsichtigt die Anwendung der Vorschriften über die Verhütung von Berufskrankheiten in allen Betrieben“. Der Nichtraucherschutz ist hingegen Domäne des *seco* und der von den Kantonen bestimmten Durchführungsorganen des Arbeitsgesetzes.

Ziel: Weniger Menschen erkranken an berufsbedingtem Krebs

- > Im Rahmen der Aufsicht über die Verhütung von Berufskrankheiten in Betrieben der Schweiz hat die Suva das Ziel, die Zahl der Krebserkrankungen, welche durch chemische, biologische und physikalische Einwirkungen am Arbeitsplatz entstehen können, zu verringern. Dies geschieht durch den Ersatz gefährdender Stoffe und Verfahren, technische, organisatorische und personenbezogene Massnahmen und durch Untersuchungen im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge.
- > Die Suva legt im Einvernehmen mit der Grenzwertkommission der Schweizerischen Vereinigung für Arbeitssicherheit, Arbeitshygiene und Arbeitsmedizin Suissepro Grenzwerte für krebserzeugende Arbeitsstoffe fest. Die Einstufung von Arbeitsstoffen mit gesicherter, wahrscheinlicher und möglicher krebserzeugender Wirkung wird in der Publikation der Grenzwertliste ab 2005 den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst.
- > Die Gefahrenermittlung und Risikoanalysen bezüglich Expositionen gegenüber kanzerogenen Stoffen am Arbeitsplatz haben durch den Arbeitgeber zu erfolgen. Dabei ist die Richtlinie Nr. 6508 der EKAS zu berücksichtigen, welche den Beizug von Fachleuten regelt.
- > In welchen Branchen und Betrieben die Suva in Zukunft ihre Aufsichtsfunktion prioritär wahrnehmen wird, ist vom jeweils aktuellen Wissensstand abhängig. Zum Zeitpunkt der Erstellung der Policy stehen Einwirkungen von Asbest, aromatischen Aminen, Benzol, polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen, Ethylenoxid, Zytostatika, Nitrosaminen, Hartholzstaub sowie Ultraviolettstrahlung im Vordergrund.
- > Von der EKAS (Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit) werden Branchenlösungen gefördert. Je nach Risikobeurteilung wird ein Konzept mit den involvierten Branchen erstellt, welches die zu ergreifenden Massnahmen im Bereich Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit enthält. Darunter fallen auch Massnahmen für den Nichtraucherschutz.

6.6 Schutz vor Radon

Das Radon-Programm wird unter Federführung des BAG fortgesetzt und ausgebaut. Mit einem Netzwerk von Betroffenen und Involvierten wird die Radonproblematik breit bekannt gemacht.

Ziel: Durch die Vermeidung von hohen Radonkonzentrationen in Innenräumen, sinkt die Zahl der Radon-bedingten Krebserkrankungen.

- > Die gesundheitsschädliche Wirkung von Radon wird der Bevölkerung mit einer effizienten, zielgruppengerechten Öffentlichkeitsarbeit vermittelt. Dies führt dazu, dass mehr Menschen sich ihres Risikos für Lungenkrebs durch Radon im Wohnbereich bewusst sind.
- > Information und Beratung führen dazu, dass sich mehr Menschen vor Radon schützen, indem sie selber einfache bauliche Massnahmen ergreifen oder Baufachleute hierfür aufbieten.
- > Durch Information, Aus- und Weiterbildung wird in der Baubranche das Wissen zur Radonproblematik und über erfolgreiche Schutzmassnahmen verbessert. Dadurch soll der Radonschutz im Bau zur „good practice“ werden.
- > Kantone und Gemeinden erlassen Bauvorschriften, damit dem Radon bei Neu- und Umbauten Rechnung getragen wird.

- > Kantone und Gemeinden sorgen dafür, dass ihre öffentlichen Bauten (z.B. Schulen, Kindergärten) möglichst radonarm sind.

6.7 Qualität der Atemluft verbessern – krebserzeugende Luftschadstoffe reduzieren

Nach den Vorgaben des Umweltschutzgesetzes und der Luftreinhalteverordnung engagiert sich das BUWAL für bessere Atemluft. Dabei wird es von verschiedenen Akteuren im Umweltschutzbereich sowie vom BAG unterstützt¹.

Ziel: Die Belastung der Atemluft mit kanzerogenen Luftschadstoffen und das damit assoziierte Krebsrisiko nehmen ab.

Im Jahr 2000 wurden in der Schweiz aus verschiedenen Quellen rund 4500 Tonnen feine kanzerogene Russpartikel und rund 1500 Tonnen kanzerogenes Benzol emittiert.

- > Bis 2010 sollen alle Lastwagen, Diesel-Personenwagen, Baumaschinen und Traktoren mit einem Partikelfilter ausgerüstet sein. Dieser eliminiert feine Dieselrusspartikel zu 99%.
- > Basierend auf entsprechenden gesetzlichen Grundlagen sowie Massnahmen zur Förderung deren Vollzugs sollen bis ins Jahr 2010 die Benzol-Emissionen auf nicht mehr als 300 Tonnen reduziert werden.

6.8 Gesunder Lebensstil fördern

Unter der Federführung von Gesundheitsförderung Schweiz und in Zusammenarbeit mit allen grossen nationalen Akteuren in der Gesundheitsförderung und Prävention soll ein Programm zur Förderung eines gesunden Lebensstils lanciert werden.

Ziel: Die Zahl der Menschen, die gesund leben, nimmt wahrnehmbar zu

- > Um die Bemühungen von Menschen, die vermehrt gesund leben wollen zu unterstützen, werden die bestehenden Strukturen und Angebote, die einen gesunden Lebensstil fördern, systematisch verstärkt und vernetzt.
- > Eine gemeinsame Dachkampagne von verschiedenen Gesundheitsligen und öffentlichen Stellen zeigt auf, was jeder Mensch zur Erhaltung und Veränderung des eigenen Lebensstils beitragen kann.
- > Zur Unterstützung des Individuums wird insbesondere eine Beratung zur Veränderung des persönlichen Lebensstils durch Hausärzte, Mitarbeiter kantonaler Ligen, Gesundheitsfachleute und weiteren Partnern institutionalisiert.

7 Organisation des zukünftigen Programms

Ein detaillierter Beschrieb der zukünftigen Organisation des NPGP wird in einem nächsten Konkretisierungsschritt zu erarbeiten sein. Die wichtigsten Elemente der zu entwickelnden Aufbau- und Ablauforganisation sind im Folgenden nur grob skizziert.

¹ Das Rauchen von Tabakwaren führt zu einer bedeutenden Belastung der Atemluft in Innenräumen. Für die Ziele und Massnahmen im Bereich Passivrauchen siehe Kapitel 6.1.

7.1 Strukturen

Solange keine nationale gesetzliche Grundlage existiert, welche auch die Umsetzungsorganisation regelt, wird die Krebsprävention und die Bekämpfung von weiteren chronischen Krankheiten in Form einer freiwilligen Kooperation in einem Netzwerk erfolgen müssen. Das Netzwerk wird jene Akteure und Partner umfassen, welche in der Bekämpfung der einzelnen Risikofaktoren engagiert sind. Die Partner bilden die nötigen Koordinationsorgane und –strukturen.

Um eine möglichst grosse Verbindlichkeit bei den strategischen Entscheiden zu erzielen, soll eine Programmsteuergruppe gebildet werden, welcher entscheidungsbefugte Personen des BAG, der Kantone bzw. der Gesundheitsdirektorenkonferenz und der wichtigsten Nicht-Regierungsorganisationen umfasst. Insbesondere sind auch die Hauptverantwortlichen für die Programme gegen die einzelnen Risikofaktoren sowie die Leiter von „horizontalen“ Programmen, welche die Massnahmen in ausgewählten Settings oder bei spezifischen Zielgruppen koordinieren, vertreten. Dadurch soll die Koordination von laufenden Aktivitäten in der nationalen Prävention von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten gewährleistet werden. Die Programmsteuergruppe übernimmt auch die Verantwortung für die Entwicklung eines Aktionsplans für ein Nationales Programm für Gesundheitsförderung und Prävention von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten 2010 bis 2015 und überwacht dessen Umsetzung.

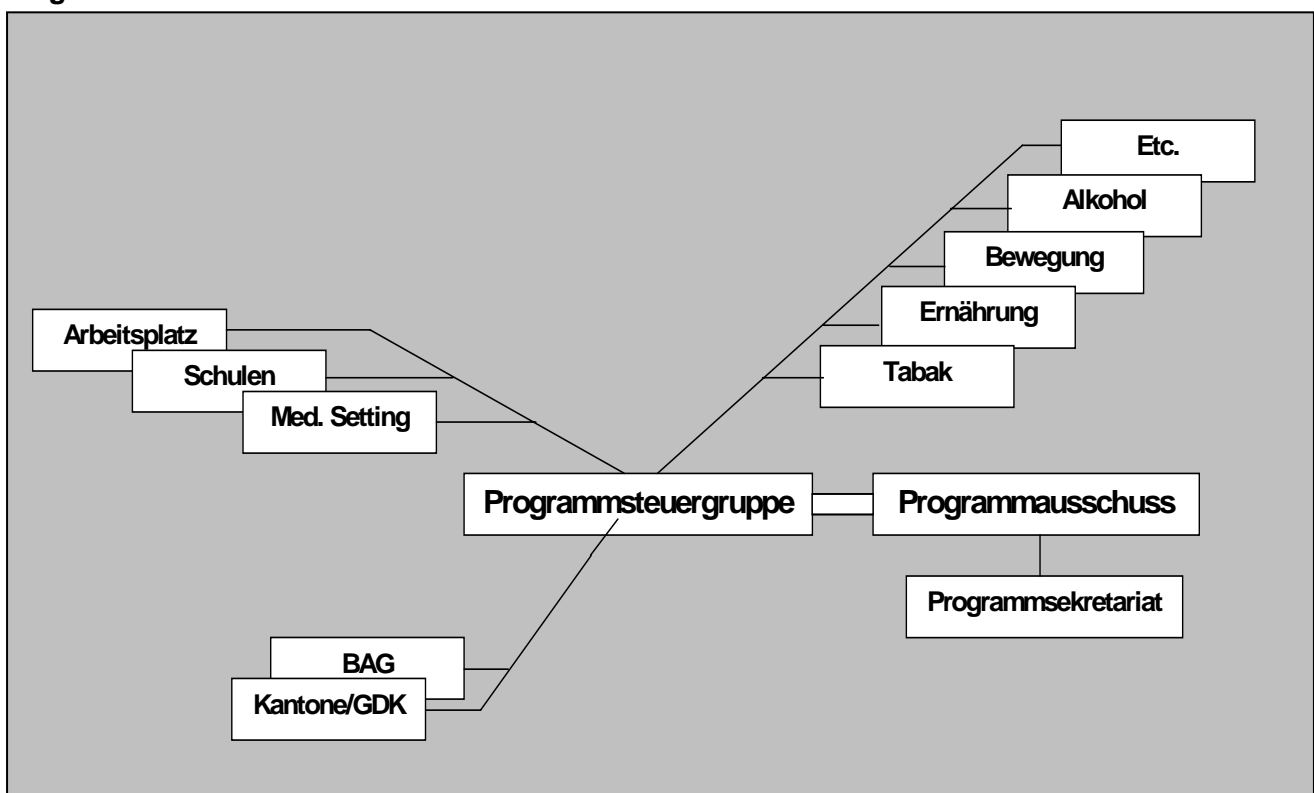
Um die Koordinationsarbeit der Programmsteuergruppe und des gesamten Netzwerkes zu erleichtern und um auch die weiteren Kernaufgaben des Programms – Advocacy und Lobbying sowie Qualitätssicherung – erfüllen zu können, soll ein Programmausschuss gebildet werden. In ihm nehmen jene Organisationen des Gesamtprogramms Einsitz, welche die Mittel für den Betrieb des Programmsekretariats und für die Finanzierung des Monitorings und der Evaluation einbringen. Als Auftraggeber überwachen sie die Qualität der Leistungserbringung in all diesen Kernaufgaben.

Mit dem Monitoring und der Evaluation werden externe Fachstellen beauftragt.

Figur 1 stellt die netzwerkartige Struktur des Nationalen Programms für Gesundheitsförderung und Prävention von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten dar.

Die Strukturen und Prozesse in den Programmen gegen die einzelnen Krebsrisikofaktoren (Tabakpräventionsprogramm, Ernährungsprogramm etc.) werden von den darin engagierten Akteuren definiert.

Fig.1: Struktur des NPGP



7.2 Prozesse

Die Koordination sowie die strategischen Entscheide betreffend das Gesamtprogramm werden in erster Linie Aufgaben der Programmsteuergruppe sein. Die Planung, Steuerung und Kontrolle der Kernaufgaben wie Advocacy und Lobbying, Monitoring und Evaluation sowie die Führung des Programmsekretariats obliegen dem Programmausschuss. Sowohl in der Programmsteuergruppe als auch im Programmausschuss wird eine konsensuelle Entscheidungsfindung angestrebt.

Die auf operativer Ebene anfallende Arbeit zur Koordination der Programme gegen die einzelnen Risikofaktoren (Tabak, Alkohol etc.) und für die Koordination der Aktivitäten zwischen und eventuell auch innerhalb von einzelnen Settings wird Aufgabe des Sekretariats sein. Die Zusammenarbeit und Absprachen werden durch eine geeignete Informationspolitik und durch ein Angebot an Strukturen und Instrumenten für die Kommunikation und die Koordination gefördert.

Die Programmsteuergruppe und der Programmausschuss überprüfen die Fortschritte des Programms. Die Daten zur internen Leistungserbringung werden vom Sekretariat zusammengestellt (Controlling). Angaben über die Wirkung des Programms liefert die externe Evaluation.

7.3 Verantwortlichkeiten

Bund

Der Bund schafft die gesetzliche Legitimation und die rechtlichen Voraussetzungen für die Umsetzung eines kohärenten und wirkungsvollen Nationalen Programms für Gesundheitsförderung und Prävention von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten. Gemeinsam mit den Kantonen und Privaten beteiligt er sich an dessen Finanzierung.

Kantone

Die Beteiligung der Kantone in einem nationalen Programm für Prävention und Gesundheitsförderung ist Voraussetzung für dessen Erfolg. Direkte Kooperationen sind vorzusehen wie auch eine Beteiligung via Gesundheitsdirektorenkonferenz in der Programmsteuergruppe. Ein wichtiges Ziel ist, die chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten zu einem prioritären Thema der Nationalen Gesundheitspolitik (Nationale Gesundheitsplattform) zu machen, wodurch die Verbindung zu den Kantonen weiter intensiviert und vertieft werden kann. Die Koordination der Akteure der Gesundheitsförderung und der Prävention innerhalb der Kantone (z.B. kantonale Krebsligen, Lungenligen etc.) ist Aufgabe der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung.

BAG

Das BAG wird als Hauptakteur in den nationalen Programmen zur Tabak- und Alkoholprävention, als Hauptakteur für eine gesunde Ernährung und als wichtiger Akteur in verschiedenen anderen Domänen neben den Kantonen die „Leading Agency“ im NPGP sein. Alternierend mit den Kantonen führt das BAG den Vorsitz in der Programmsteuergruppe.

Andere Bundesämter

Wichtige weitere Bundesstellen sind das BASPO, das seco, die Eidgenössische Alkoholverwaltung und die Oberzolldirektion sowie die Bundesämter für Strassen und Landwirtschaft. Die Form der Zusammenarbeit innerhalb der Bundesverwaltung und die Vertretung im Steuergremium werden bundesintern geregelt.

Oncosuisse

Die Oncosuisse hat einen Entwurf für ein umfassendes Nationales Krebsprogramm geschrieben und beteiligt sich unter anderem an der Finanzierung des Aufbaus und des Betriebs des Nationalen Programms für Gesundheitsförderung und Prävention.

Krebsliga

Die Krebsliga Schweiz engagiert sich in der Programmsteuergruppe und unterstützt das Programmsekretariat bei der Erfüllung der Kernaufgaben. Sie ist weiterhin in ausgewählten Bereichen der Krebsprävention operativ tätig und koordiniert die Zusammenarbeit unter den kantonalen Krebsligen.

Gesundheitsförderung Schweiz

Gesundheitsförderung Schweiz als Hauptakteur in der nationalen Gesundheitsförderung hat eine wichtige Funktion in der Programmsteuergruppe. Gesundheitsförderung Schweiz beteiligt sich auch auf operativer Ebene im Rahmen ihrer vielfältigen Programme und Projekte. Sie hat zudem die Federführung im geplanten Lebensstil-Programm.

Weitere Non-Profit Organisationen

Die weiteren Akteure auf nationaler und regionaler Ebene, welche eine wichtige Rolle in der Bekämpfung von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten spielen, namentlich die Herzstiftung, die Lungenliga sowie weitere Institutionen aus den Bereichen Diabetes und Krankheiten des Bewegungsapparates, werden in eine breite Koalition aufgenommen. Aufgaben und Kompetenzen werden in einem konsensuellen Verfahren festgelegt.

8 Finanzielle Ressourcen

Die Prävention der chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten wird auch in Zukunft in erster Linie durch die Gelder finanziert werden, welche für die Programme gegen die einzelnen Risikofaktoren zur Verfügung stehen. Um eine merkliche Wirkung zu erzielen, werden diese Mittel generell erhöht werden müssen. Dies kann unter Benutzung bestehender Finanzierungsmodi und/oder im Rahmen einer übergeordneten gesetzlichen Regelung für die Bekämpfung von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten geschehen. Im folgenden werden für die wichtigsten Krebs-Risikofaktoren die zurzeit absehbaren Finanzmittel aufgeführt und diskutiert.

Tabak

Die neu, in erster Linie dank dem Tabakpräventionsfonds jährlich zur Verfügung stehenden 20.3 Millionen Franken (siehe Kap. 3.4) sind eine gute Voraussetzung, um eine erhöhte Wirkung in der Tabakprävention erzielen zu können. Umgerechnet entspricht dies einem Pro-Kopf-Betrag von rund Fr. 3.--. Gemäss den Erfahrungen des US-amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention, welche sich auf die unterschiedlichen Erfolge der Programme in den verschiedenen Einzelstaaten der USA stützen, sollten für erfolgreiche umfassend Programme idealerweise jedoch Fr. 10.-- bis Fr. 25.-- pro Kopf und Jahr zur Verfügung stehen¹. Diese Grössenordnung könnte erreicht werden, wenn die Präventionsabgabe auf dem Zigarettenpaket von heute 2.4 Rappen auf beispielsweise 10 Rappen erhöht würde. Die so für die Prävention zur Verfügung stehenden Rund 90 Millionen Franken sind in Bezug zu setzen zu den jährlichen sozialen Kosten des Tabakkonsums von Fr. 10'000 Millionen Franken².

Ernährung

Aufgrund der aktuellen Sparanstrengungen muss damit gerechnet werden, dass bei den Bundesgeldern in naher Zukunft jedes Jahr rund 10% weniger Mittel zur Verfügung stehen werden. Die wichtigen NGOs wie Gesundheitsförderung Schweiz, Krebsliga und andere werden versuchen, ihr Engagement zu halten. Eine nationalrätliche Motion, welche verlangt, dass die Bundesmittel für die Ernährungsinformation, die Ernährungsausbildung und die Ernährungserziehung von heute rund einer auf zwei Millionen Franken erhöht werden, will der Bundesrat in Form eines Postulates zwar entgegen nehmen. Angesichts der aktuellen „Epidemie des Übergewichts“, welche mit der ungesunden Ernährung und der ungenügenden Bewegung in direktem Bezug steht, und angesichts der Erfahrungen in

¹ *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs*, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta 1999

² *Le coût social de la consommation de tabac en Suisse*, Vitale S. et al. Institut de recherches économiques et régionales, Université de Neuchâtel 1998

der Schweiz mit den Programmen in den Bereichen Drogen, Aids und Tabak muss davon ausgegangen werden, dass die in nächster Zeit wohl vorhandenen 3 bis 4 Millionen Franken schon bald stark erhöht werden müssen, um die durch Übergewicht, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel verursachten volkswirtschaftlichen Kosten – welche heute, allein durch die Adipositas bedingt, jährlich bereits 2'700 Millionen Franken betragen¹ – nicht massiv anwachsen zu lassen.

Bewegung

Der Bereich Bewegung verfügt, vor allem dank Schulsport, „Jugend + Sport“ sowie den grossen Sportverbänden, von allen Risikofaktoren mit rund 150 Millionen Franken über die meisten Mittel. Inwiefern diese den laufenden Sparmassnahmen von Bund, Kantonen und Gemeinden zum Opfer fallen werden, ist schwierig abzusehen. Auffallend ist, dass sich das Bewegungsverhalten der Bevölkerung in der Schweiz trotz der vorhandenen Mittel in den letzten Jahrzehnten verschlechtert hat, was in erster Linie auf eine Veränderung des Lebensstils zurückzuführen ist. Das BASPO schätzt andererseits, dass mit regelmässiger Bewegung und Sport jährlich 3'300 Todesfälle und direkte Behandlungskosten von 2'700 Millionen Franken verhindert werden könnten². Es liegt somit im Interesse der Allgemeinheit, in diesem Bereich vermehrt präventiv tätig zu werden und die dafür nötigen Mittel zur Verfügung zu stellen. Eine Aufstockung bedürfen in erster Linie die Mittel für innovative Projekte, welche die Bewegung im Alltag fördern. Der Finanzbedarf in diesem Bereich ist unklar und es muss eine Aufgabe des Programms sein, zuerst ein evidenzbasiertes und kohärentes Vorgehen zu planen und hieraus die benötigten Mittel abzuleiten.

Alkohol

Mit dem Alkoholzehntel existiert in der Schweiz ein solides Finanzierungsinstrument für die kantonale Alkoholprävention. Die für nationale Aktivitäten zur Verfügung stehenden Mittel wurden aufgrund der Kürzungen im BAG jedoch um über zwei Millionen Franken beschnitten. Trotzdem darf für die nationale Alkoholprävention, unter Einbezug der Gelder aus dem Alkoholzehntel, in den kommenden Jahren mit rund Fr. 25 Millionen gerechnet werden. Dieser Betrag muss allerdings mit den durch den Alkoholkonsum verursachten Schäden von jährlich rund 2000 Todesfällen und direkten Kosten von 700 Millionen, indirekten Kosten (z.B. Arbeitsausfälle) von 1'500 Millionen und immateriellen Kosten (z.B. Verlust von Lebensqualität) von 4'500 Millionen Franken³ in Bezug gesetzt werden. Ausgehend vom neuen, voraussichtlich 2006 vorliegenden Nationalen Präventionsprogramm Alkohol wird der zukünftige Finanzbedarf abzuleiten sein.

UV-Strahlung

Für die Kampagnen zum Schutz vor UV-Strahlung stehen zurzeit rund 1.5 Millionen Franken zur Verfügung. Da Sponsoring hierbei einen beträchtlichen Teil ausmacht, sind diese Mittel nicht gesichert. Ausgehend von den Erkenntnissen aus den australischen Sonnenschutzprogrammen muss geschlossen werden, dass beträchtliche zusätzliche Mittel benötigt werden, um signifikante Verhaltensänderungen erzielen zu können.

Kernaufgaben und Organisation des Programms

Für allgemeine Koordinationsaufgaben und die Evaluation stehen zurzeit rund Fr. 300'000.- pro Jahr durch Beiträge des BAG und der Krebsliga Schweiz zur Verfügung. Für die in dieser Strategie beschriebenen Aufgaben werden jährlich mindestens eine Million Franken benötigt. Dadurch können die Steuerung und Koordination des Gesamtprogramms, die Evaluation sowie das für die weitere Entwicklung und Stärkung des Programms wichtige Advocacy gewährleistet werden. Der Betrag von einer Million Franken liegt in der gleichen Grössenordnung wie das vom CDC für den Aufbau von umfassenden Tabakprogrammen an die US-Einzelstaaten vergebene „Seed money“ (1 Mio.\$ pro Jahr).

¹ *Die Kosten der Adipositas in der Schweiz*, HealthEcon Basel, im Auftrag des BAG, 2004

² *Gesundheitswirksame Bewegung*, BASPO, BAG, Gesundheitsförderung Schweiz, hepa.ch, Magglingen undatiert

³ *Die sozialen Kosten des Alkoholmissbrauchs in der Schweiz*, Jeanrenaud C et al, Bundesamt für Gesundheit, Bern 2003

9 Monitoring, Evaluation und Überprüfung des Programms

9.1 Grundlagen und bisherige Aktivitäten

Basierend auf der WHO Schrift „National Cancer Control Programmes“¹ ist das Monitoring und die Evaluation eines Nationalen Krebsbekämpfungsprogramms grundlegende Voraussetzung für dessen erfolgreiche und effiziente Fortführung. Bereits 1999 und in den Jahren 2000-2002 erfolgte eine Evaluation der bis dahin von der Krebsliga Schweiz, mandatiert vom BAG, unternommenen Aktivitäten im Bereich „Nationales Krebsbekämpfungsprogramm“.

Diese Evaluation erfolgte durch die 5 Schweizer Universitätsinstitute für Sozial- und Präventivmedizin gemeinsam, unter Führung des Institutes in Lausanne. Es wurde eine Globalevaluation durchgeführt: die Strukturevaluation erfolgte durch das Institut Lausanne, die Prozessevaluation durch das Institut Bern mit Bearbeitung spezieller von der Krebsliga gewünschten Fragestellungen durch die Institute Genf und Zürich. Die Ergebnisevaluation, respektive dafür notwendige Vorarbeiten wie Identifizierung der möglichen Datenquellen und Indikatoren erfolgten durch das Institut Basel. Die Datenlage wurde für die 4 Krebsarten (Brustkrebs, Lungenkrebs, Darmkrebs und Hautkrebs (Melanom)) aufgearbeitet, auf welche sich bisher das Nationale Krebsprogramm bezog².

Die Hauptziele eines Nationalen Krebsprogramms bestehen in der Senkung der Krebsinzidenz, der Krebsmortalität und in der Verbesserung der Lebensqualität der an Krebs Leidenden. Im Rahmen der bisherigen Arbeiten zur Ergebnisevaluation wurden als wichtigste Datenquellen identifiziert:

Die Kantonalen Krebsregister
 Die Schweizerische Todesursachenstatistik (BFS)
 Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (BFS)
 Die Schülerbefragungen der SFA
 Die Schweizerische Spitalstatistik (BFS)

9.2 Indikatorenansatz

In Europa wurde im Rahmen von „EUROCHIP“³ in aufwändiger methodischer Vorarbeit ein Indikatorenansatz erarbeitet. Da ein nationales Programm sich mit anderen Nationen vergleichen sollte, ist eine Anlehnung an den Indikatorenansatz von EUROCHIP sinnvoll. Tabelle 5 zeigt die für die Prävention relevanten Indikatoren. Die vollständige Liste befindet sich in Anhang 3.

9.3 Verfügbarkeit der Indikatoren

Tabelle 6 gibt eine Übersicht, für welche Indikatoren, die gemäss EUROCHIP für die Prävention wesentlich sind, in der Schweiz Quellen existieren. Es ist zu beachten, dass abgesehen von der Todesursachenstatistik des BFS und den Krebsinzidenzdaten der Vereinigung der Schweizerischen Krebsregister, zur Aufarbeitung der Indikatoren für das nationale Krebsprogramm finanzielle und personelle Ressourcen einzuplanen sind. Von diesen Ressourcen hängt wiederum die Latenz ab, mit der Daten, in geeigneter Form publiziert, verfügbar sind.

¹ World Health Organization: National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines. 2nd Edition, Geneva, 2002.

² Evaluation des Nationalen Krebsbekämpfungsprogrammes, Phase II, 2000-2002: Studie 4

- Bringolf B, Quinto C, Ackermann-Liebrich U: Datenlage zum Lungenkrebs in der Schweiz, ISPM Universität Basel, 2002.
- Seifert B, Quinto C, Ackermann-Liebrich U: Datenlage zum Brustkrebs in der Schweiz, ISPM Universität Basel, 2002.
- Reiner C, Quinto C, Ackermann-Liebrich U: Das Maligne Melanom in der Schweiz, ISPM Universität Basel, 2002.
- Tanda I, Quinto C, Ackermann-Liebrich U: Darmkrebs in der Schweiz. ISPM Universität Basel, 2002.

³ European Cancer Health Indicator Project: Final Report, Milano, 2003

Tabelle 5: Indikatorensatz für das Monitoring und die Evaluation der Krebsprävention

<p>Lebensgewohnheiten</p> <p>01 Konsum von Früchten und Gemüse</p> <p>02 Alkoholkonsum</p> <p>03 Verteilung des Body Mass Index (BMI) in der Bevölkerung</p> <p>04 Körperliche Aktivität</p> <p>05 Tabak-Survey: Prävalenz von</p> <p style="padding-left: 20px;">a) Rauchen bei Erwachsenen</p> <p style="padding-left: 20px;">b) Rauchen bei 10-14-Jährigen</p> <p style="padding-left: 20px;">c) Ex-Raucher</p> <p>Umwelt und Arbeitsplatzbelastungen</p> <p style="padding-left: 20px;">d) Exposition mit Tabakrauch aus der Umgebung</p> <p>06 Belastungen durch Sonnenbestrahlung</p> <p>07 PM10 (Feinpartikel = 10μm³) Emissionen</p> <p>08 Exposition auf Radon in Innenräumen</p> <p>09 Prävalenz von arbeitsplatzbedingten Expositionen auf Karzinogene</p> <p>10 Asbest-Exposition: Inzidenz und Mortalität von Mesotheliomen</p> <p>Medikamente</p> <p>11 Prävalenz der Verwendung von Hormonersatzmedikamenten</p> <p>Quelle: http://www.istitutotumori.mi.it/project/eurochip/homepage.htm</p>
--

Fett: Indikatoren mit hoher Priorität

9.4 Ausblick

Bezüglich Monitoring und Evaluation eines nationalen Krebsprogrammes in der Schweiz ist gegenwärtig die Unterstützung der Krebsregister der kritischste Punkt. Die Arbeit der Krebsregister ist finanziell und in gewissen Kantonen zudem juristisch auf eine bessere Basis zu stellen. Beispielsweise wäre in der Schweiz eine breitere bevölkerungsbezogene Basis der Erhebung des Datensatzes der EUROCARE-Studie anzustreben, basieren doch die bisher zum Überleben von Krebskranken publizierten Daten mit Bevölkerungsbezug für die Schweiz „nur“ auf den Krebsregistern von Genf und beiden Basel.

Ob die Aufbereitung der Daten aus den obgenannten wichtigsten Datenquellen für das Nationale Krebsbekämpfungsprogramm dezentral an verschiedenen Institutionen oder zentral an einer noch zu schaffenden nationalen Stelle für Krebsepidemiologie und Krebsregistration (Projekt NICER der Vereinigung schweizerischer Krebsregister), an einem oder mehreren kantonalen Krebsregistern, am Bundesamt für Statistik, respektive dort speziell im Bereich des Gesundheitsobservatoriums, oder an einem oder mehreren Instituten für Sozial- und Präventivmedizin erfolgen soll, ist der nächste zu klärende Punkt. Mittelfristig ist eine Institutionalisierung auch dieser Aktivitäten anzustreben. Da diese Prozesse ein spezifisches Fachwissen erfordern und zum Teil Trenderfassung (und damit Wiederholung) voraussetzen, ist Kontinuität auch Voraussetzung für einen effizienten Einsatz der Ressourcen.

Es geht bei den obgenannten Punkten nicht um irgendwelche luxuriösen Evaluationsinstrumente, sondern um die Schaffung einer Basis, die eine aussagekräftige Ergebnisevaluation überhaupt erst möglich macht. Es ist an längere Zeiträume, die hierfür erforderlich sind, zu denken: Die WHO geht in ihrer Schrift „National Cancer Control Programmes“ von kurzfristigen Ergebnissen (erreichbar in 5 Jahren), mittelfristigen Ergebnissen (erreichbar in 10 Jahren) und langfristigen Ergebnissen (erreichbar in 15-20 Jahren) aus. Es geht folglich um die Sicherstellung dieser Evaluationsaktivitäten (und damit der Krebsüberwachung in der Schweiz) für einen Zeitraum von über 20 Jahren.

Gegenwärtig findet keine externe Struktur- und Prozessevaluation des nationalen Krebsprogrammes statt. In der Regel muss eine solche nicht permanent erfolgen. Sie ist aber in grösseren Abständen hilfreich, z. B. alle 5-10 Jahre. Umfang und Fragestellungen sind im voraus und für die Dauer einer aussagekräftigen Periode festzulegen.

Tabelle 6: Technische Beschreibung der Eurochip Indikatorenliste¹

Indikator	Definition (wenn immer möglich alters- und geschlechtsstratifizierte Erhebung)	Quelle CH -Bezug -Erhebungsfrequenz -Verfügbarkeit
Lebensgewohnheiten		
01 Konsum von Früchten und Gemüse	Anteil der Bevölkerung, die täglich x Portionen Früchte/Gemüse isst	Erwachsene: Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) -Bundesamt für Statistik, Bereich Gesundheit -alle 5 Jahre (letztmals 2002) -2 Jahre nach letzter Erhebung -ab 1992 vergleichbare Resultate -aber: Wochenkonsum erhoben Jugendliche/Kinder: Schülerbefragung der Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) -SFA -alle 4 Jahre -im Jahr nach der Erhebung
02 Alkoholkonsum	Verteilung des täglichen Alkoholkonsums in Gramm reinen Alkohols in der Bevölkerung (Berechnung aus Anzahl Bier (4-5%), Wein (11-16%) und Spirituosen (40%) pro Kopf und Tag)	Erwachsene: SGB -Trinkhäufigkeiten -ab 1992 vergleichbare Resultate Jugendliche/Kinder: Schülerbefragung der SFA
03 BMI-Verteilung	Anteil Übergewichtiger (BMI \geq 25) und stark Übergewichtiger (BMI $>$ 30) in der Bevölkerung	Erwachsene: SGB -vergleichbare Resultate seit 1992
04 Körperliche Aktivität	Anteil der Bevölkerung, der täglich x Stunden körperliche Aktivität aufweist (üblicherweise mit Schwitzen oder ausser Atem kommen verbunden)	Erwachsene: SGB -Häufigkeit körperlicher Aktivität in der Freizeit pro Woche: vergleichbare Resultate seit 1992 -Körperliche Aktivität bei Arbeiten & deren Dauer erst ab 2002 erfasst Jugendliche/Kinder: Schülerbefragung der SFA
05 Tabakkonsum: Prävalenz a) von erwachsenen Rauchern b) von Rauchern im Alter von 10-14 Jahren c) von Ex-Rauchern	a) Anteil der Bevölkerung im Alter über 15 Jahren, der aktuell raucht (Definition aktuell: mindestens 1g Tabak täglich während 1 Jahr vor der Erhebung). b) Anteil der 10-14 Jährigen, die täglich oder wöchentlich rauchen c) Anteil der über 15-jährigen Bevölkerung, der in den letzten 10 Jahren aufgehört hat zu rauchen	Erwachsene: SGB -vergleichbare Resultate seit 1992 Jugendliche/Kinder: Schülerbefragung der SFA
Umgebung und Berufliche Risiken		
d) Exposition mit Tabakrauch aus der Umgebung	d) Anteil der Bevölkerung der Tabakrauch aus der Umgebung ausgesetzt ist.	SGB seit 2002
06 Exposition gegenüber Sonnenbestrahlung	Anteil der Bevölkerung, der in der Freizeit oder im Beruf Sonnenbestrahlung ausgesetzt ist.	SGB (nur aktiver Schutz vor Sonnenbestrahlung erfasst) -vergleichbare Resultate ab 1997
07 PM 10-Emissionen	Anteil der Bevölkerung, der in seinem Lebensraum einer bestimmten Konzentration von Schwebstaub (mit Partikelgrösse $\leq 10\mu\text{m}$) ausgesetzt ist	NABEL-Datenbank des BUWAL -Messungen verschiedener Luftschadstoffkonzentrationen an 16 Stationen seit 1997 -jährliche Publikation

¹ Curjuric I, Quinto C, Ackermann-Liebrich U: *Krebsmonitoring in der Schweiz und in Europa*. Eine technische Beschreibung der Indikatoren des EUROCHIP-Projektes und Darstellung von Indikatorwerten anhand des Beispiels Darmkrebsprävention, ISPM Universität Basel, 2004 (in Druck).

Umgebung und Berufliche Risiken (Fortsetzung)		
08 Radon Exposition in geschlossenen Räumen	Anteil der Bevölkerung, der einer bestimmten Konzentration von Radongas (<200, 200-400, >400 Bq/m ³) in Wohnräumen ausgesetzt ist	Messdaten der Fachstelle Radon des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) - auf Anfrage
09 Prävalenz beruflicher Exposition mit Karzinogenen	Aktuelle Prävalenz der Exposition Berufstätiger mit Karzinogenen	Keine systematisch erhobenen Daten verfügbar (SUVA: Statistik der anerkannten beruflich bedingten Krebserkrankungen. Auf Anfrage)
10 Asbestexposition: Mesotheliom-Inzidenz und Mortalität	Zeitliche und örtliche Schwankung der Inzidenz und Mortalität des Mesothelioms	Daten der VSKR -siehe Indikator 2Ep.02 Daten der SUVA -auf Anfrage
Medikamente		
11 Prävalenz der Einnahme einer HRT	Anzahl der Hormonersatztherapie-(HRT)-Verschreibungen pro 100'000 Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren	SGB ab 1997, mit Resultaten 2002 nicht vergleichbar (Änderung der Filterfrage)

10 Zeitplan

Eine Übersicht über den möglichen zeitlichen Ablauf des NPGP gibt Figur 2. Mittels Gesprächen mit ausgewählten Akteuren und einer Vernehmlassung, evt. mit anschliessendem Workshop soll die Strategie 2005 bereinigt werden. Die Organisation des NPGP mit Programmsteuergruppe, Programmausschuss und Programmsekretariat wird gemäss Plan ab 2005 aufgebaut, so dass die Kernaufgaben des Programms, nämlich die Unterstützung der Akteure in der Planung und Koordination, das Advocacy zur Stärkung des Programms und zur Beeinflussung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in Richtung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik sowie das Monitoring und die Evaluation möglichst rasch angegangen werden können.

Ab 2007 soll das nationale Lebensstil Programm lanciert werden. Etwa zur gleichen Zeit beginnen die Arbeiten an einem Aktionsplan für ein Nationales Programm für Gesundheitsförderung und Prävention von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten 2010 bis 2015.

Figur 2: Möglicher Zeitplan des Nationalen Programms für Gesundheitsförderung und Prävention

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	//	2015	//	2020
Erarbeitung der Strategie	→											
Aufbau und "Inbetriebnahme" Programmstrukturen		→	→									
Unterstützung der Partner in Planung und Koordination		→	→									
Monitoring und Evaluation		→	→									
Advocacy für gesundheitsförderliche Gesamtpolitik		→	→									
		Strategie	Aktionsplan			Programm						Programm
Lebensstil-Programm		→	→	→								
						Aktionsplan		Programm				Programm
Präventionsprogramm Chronische Krankheiten					→	→						

→ Vorbereitungsarbeiten
 → Umsetzung

Anhänge

11 Anhang 1: Internationale Empfehlungen für das Vorgehen in der Krebsprävention¹

Inhaltsverzeichnis

Gesundheitsförderung und Prävention.....	48
Der „Health Policy Action Cycle“.....	48
Infrastrukturen und Ressourcen.....	49
Datenbasiertes Vorgehen.....	49
Umfassende Programme („Comprehensive Programmes“).....	50
Partizipation.....	51
Die Bedeutung von Advocacy und Lobbying.....	51
Theorie-gestütztes Vorgehen und „Pre-Testing“.....	52
Prioritäten setzen.....	52

Gesundheitsförderung und Prävention

Die Gesundheitsförderung und die Prävention ergänzen sich in der Krebsbekämpfung. Die Gesundheitsförderung verfolgt eine Strategie der Sicherung von grundlegenden Lebensressourcen (Arbeit, Einkommen, Nahrung, Wohnung), der Bekämpfung von sozialer Benachteiligung (z.B. durch Armut, Arbeitslosigkeit) sowie der Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer sicheren Umwelt. Sie geht von den vorhandenen Ressourcen und Stärken der einzelnen Individuen aus und fördert gesunde Lebensweisen und Lebenswelten. Dabei wird nicht zwischen gesund und krank, zwischen risikoreich und risikoarm unterschieden, sondern auf Ressourcen aufgebaut, die alle Personen zum Wohle der Gesundheit stärken können.

Die Primärprävention hat zum Ziel, die Häufigkeit oder den Schweregrad von spezifischen Krankheiten zu vermindern. Dies geschieht, indem die Exposition mit bestimmten Risikofaktoren vermieden oder reduziert wird. Die bevölkerungsbezogene Prävention richtet sich an definierte Zielgruppen oder eine ganze Bevölkerung und empfiehlt nach einer Risikoabwägung pauschale Massnahmen (z.B. Verzicht auf den Konsum von Tabakwaren, Kochsalzfluoridierung, Impfungen). Bei der medizinischen Prävention versuchen Fachleute individuelle Risiken aufzudecken und gezielt anzugehen. Sowohl bei der Gesundheitsförderung als auch bei der Prävention spielt das soziale Umfeld (Familie, Freundeskreis, Schule, Arbeitsplatz und Gesellschaft) eine grosse Rolle.

In der Praxis laufen Gesundheitsförderung und Prävention oft Hand in Hand. Erkenntnisse aus dem einen Handlungsbereich können befruchtend im anderen wirken. Manchmal ist eine Unterscheidung gar nicht mehr möglich. Wenn zum Beispiel ein gesunde Bewegungsverhalten gefördert wird, so verbessert dies generell die gesundheitlichen Ressourcen, wirkt aber bei gewissen Krebsformen auch präventiv.

Der „Health Policy Action Cycle“

Eine Policy oder Strategie bildet ein Element innerhalb des „Health Policy Action Cycle“. Das Konzept des „Health Policy Action Cycle“ wurde vom US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) für die Entwicklung von Krebsbekämpfungsstrategien entsprechend der Abbildung A1.1 weiterentwickelt. Gemäss diesem Schema sind die übergeordneten Ziele auf der Basis von epidemiologischen Angaben und weiteren Daten über die Bedürfnisse, die Ressourcen etc. festzulegen. Danach sind alternative wissenschaftlich abgestützte Strategien zu skizzieren bevor in einem Prozess mit Einbindung von Fachleuten und Stakeholdern eine Priorisierung vorgenommen wird. Das Produkt dieses Prozesses ist ein handlungsleitender Plan für die Umsetzung. Basierend auf den Erfahrungen und Resultaten der Umsetzung, welche in einer Evaluation analysiert werden, sind die Ziele zu aktualisieren und der „Health Policy Action Cycle“ beginnt von neuem.

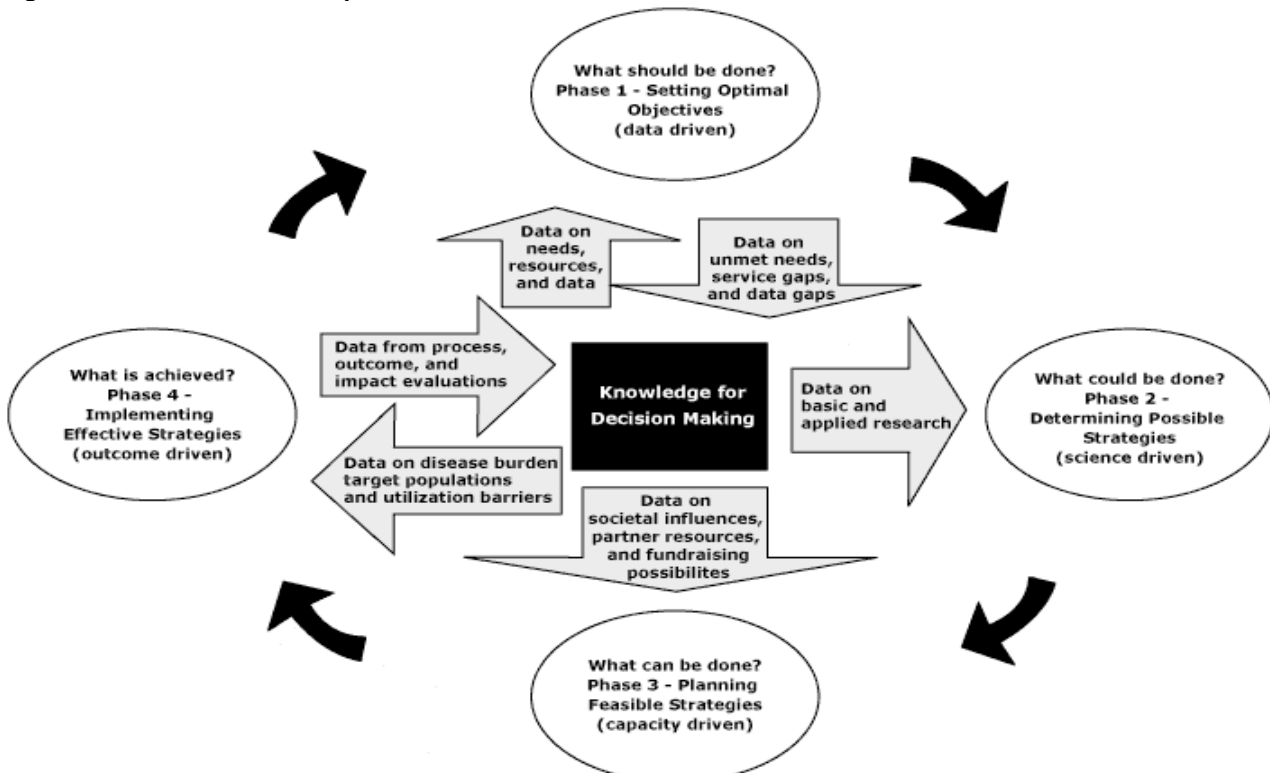
Der Ansatz des CDC betont die Bedeutung eines datengestützten und evidenzbasierten Vorgehens. Die Evaluationsresultate beeinflussen in Form einer Rückkopplungsschleife die neuen Zielsetzungen, wodurch ein

¹ Dieser Anhang ist ein Auszug aus dem Begleitbericht „Die Entstehung von Krebs mit Prävention und Gesundheitsförderung wirksam verhindern, Grundlagen“ vom BAG, der Gesundheitsförderung Schweiz, der Krebsliga Schweiz und Onco Suisse, 2004. In diesem Begleitbericht finden sich auch die Literaturangaben.

fortlaufender, selbstregulierender Prozess entsteht. Dieser Ansatz ermöglicht es, die Umsetzung ständig an den aktuellen Stand des Wissens anzupassen und so die Wirksamkeit der Interventionen fortlaufend zu optimieren.

Die Strategie für die Krebsprävention ist somit nur ein Baustein innerhalb eines grösseren Planungs- und Umsetzungs-Prozesses. Das Verständnis für diesen „Health Policy Action Cycle“ und seine spiralenförmige Umsetzung muss bei den Entscheidungsträgern und Hauptakteuren geschaffen werden. Denn für die Krebsprävention wäre wenig gewonnen, wenn der Prozess mit einem Strategiepapier endet.

Fig. A1.1: Framework for Comprehensive Cancer Control



Quelle: *Guidance for Comprehensive Cancer Planning*, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta 2002

Infrastrukturen und Ressourcen

Sowohl die UICC als auch das Centers for Disease Control and Prevention der USA sind sich in ihren Guidelines einig, dass der Erfolg eines Krebsbekämpfungsprogramms davon abhängt, dass zu Beginn die nötigen Ressourcen für den Aufbau einer Organisation und für Infrastrukturen zur Verfügung gestellt werden. In einer ersten Phase werden keine grosse Finanzbeträge benötigt. Es müssen jedoch die Grundlagen geschaffen werden, um Unterstützung in der Politik und in der Gesellschaft mobilisieren zu können, um Partnerschaften aufzubauen und um einen Evaluationsprozess zu initiieren, welcher es ermöglicht, durch Rückkopplung die Qualität der Arbeit laufend zu verbessern. Das US-amerikanische CDC hat zu diesem Zweck ein Programm für die einzelnen Teilstaaten lanciert, in welchem mit sogenanntem „seed money“ sichergestellt wird, dass die Voraussetzungen für ein erfolgreiches Programm geschaffen werden.

Datenbasiertes Vorgehen

Die übergeordneten Schwerpunkte eines Krebspräventionsprogramms sollten sich von epidemiologischen Daten und Informationen zu den einzelnen Risikofaktoren ableiten. Bei der Priorisierung der Massnahmen sind auch weitere Aspekte zu berücksichtigen wie

- das Vorhandensein von Akteuren und deren Bereitschaft, zu kooperieren
- laufende Programme und Interventionen
- vorhandenes Fachwissen
- finanzielle und personelle Ressourcen.

Für die Planung ist aber auch wichtig zu wissen, welche Defizite bei den Daten, bei den Aktivitäten, im Wissen etc. vorliegen.

Die Datenerhebung ist ein systematischer Prozess mit direktem Bezug zu den intermediären und langfristigen Zielen des Programms. Nur wenn ein effizientes und zweckmässiges Monitoring realisiert wird, können die Wirkungen des Programms gemessen, neue Ziele formuliert und sich kohärent daraus ableitende Massnahmen initiiert werden.

Umfassende Programme („Comprehensive Programmes“)

Die Krebsprävention als Teil einer Gesamtstrategie gegen nicht-übertragbare chronische Krankheiten

Die Erfahrungen sowohl innerhalb als auch ausserhalb Europas zeigen, dass nationale Krebspräventionsprogramme in der Regel gute öffentliche Unterstützung finden. Auch die WHO propagiert diese seit 1994 mit Nachdruck und macht allen Mitgliedstaaten beliebt, umfassende Krebsprogramme zu starten. Die Programme sollen jedoch Teil eines umfassenden nationalen Gesundheitsplans sein.

An ihrer 53. Weltgesundheitsversammlung („World Health Assembly 2000“) hält die WHO für die Krebsprävention fest, dass diese als eine von vier Prioritäten im Rahmen eines integrierten Vorgehens für Gesundheitsförderung und Prävention nicht-übertragbarer Krankheiten umgesetzt werden soll. Die drei anderen Prioritäten sind die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, von Diabetes und von Atemwegserkrankungen. Fünf Risikofaktoren sind von zentraler Bedeutung für diese vier wichtigen Gruppen von chronischen Krankheiten: Tabakkonsum, übermässiger Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht.

Ein koordiniertes Vorgehen drängt sich auf, weil immer wieder die gleichen Akteure involviert sind, die gleichen Methoden und Strategien zur Anwendung gelangen und weil bei der Planung, der Umsetzung und beim Monitoring viele Synergien geschaffen werden können. Eine breite Koalition mit konzertiertem Vorgehen kann den politischen Rückhalt stärken und die Reichweite und letztlich die Wirkung der Anstrengungen vergrössern. Das Europäische Regionalbüro der WHO in Kopenhagen hat denn auch mit CINDI, „Countrywide Integrated Non-communicable Disease Intervention“ eine Initiative gestartet, um diesem umfassenden Ansatz Vorschub zu leisten.

Letztlich dient das koordinierte Vorgehen auch als Rückendeckung. Bei gewissen Risikofaktoren wird deren Bedeutung für die Krebsentstehung wissenschaftlich noch zum Teil kontrovers diskutiert. Dies gilt insbesondere bei der ungesunden Ernährung und beim Bewegungsmangel. Eine Rechtfertigung grosser Programme allein mit dem Argument Krebs könnte ungenügend sein. Wenn aber mit der Gesamtbedeutung des Risikofaktors für die Gesellschaft argumentiert wird, kann ein Engagement gut begründet werden.

Charakteristiken eines umfassenden Programms

Umfassend bedeutet, dass ein Programm eine Vielzahl von Aktivitäten und strategischen Ansätzen aufweist. Umfassend heisst auch, dass ein Programm auf einer breiten Koalition aufbaut und einen inter-sektoralen Ansatz wählt. Dabei werden auch Akteure involviert, die nicht aus dem Gesundheitssektor stammen, z.B. aus der Siedlungsplanung, aus der Landwirtschaft, aus der industriellen Produktion oder der Freizeitindustrie. Ein umfassendes Programm verfügt über genügend personelle und finanzielle Ressourcen, eine adäquate Infrastruktur und dauert mehrere Jahre.

Es gibt viele Beispiele, die belegen, dass eine Verhaltensänderung wahrscheinlicher ist, wenn die Programme umfassend sind. Dies gilt für Tabakpräventionsprogramme, z.B. in den USA oder in einigen nordischen Staaten, es gilt auch für die Ernährung, wie das finnische Beispiel in Nordkarelien zeigt oder beim Sonnenschutz, wie die Erfolge in Australien belegen. Die Gesamtwirkung in solchen umfassenden Programmen ist grösser als von den einzelnen Teilaktivitäten allein zu erwarten wäre.

Umfassende Programme richten sich einerseits an Individuen. Dabei soll das Verhalten durch eine Veränderung des Bewusstseins herbeigeführt werden („Verhaltensprävention“). Dieser Ansatz baut auf Information und Erziehung: Massenmediale Aktivitäten, Broschüren, telefonische Hotlines und Internetangebote sind Beispiele hierfür. Die Botschaften des European Code against Cancer (siehe Kasten) verfolgen diesen Individuumszentrierten, kognitiven Ansatz. Umfassende Programme enthalten aber zwingend auch Ansätze für die strukturelle Prävention und somit zur Beeinflussung des Umfeldes („Verhältnisprävention“). Typische Massnahmen hier sind Gesetzesänderungen, welche die Nutzung von, die Exposition mit oder die Werbung für schädliche Stoffe regeln. Ein weiteres Beispiel sind ökonomische Eingriffe wie Preis- oder Angebotsänderungen, welche das Konsumverhalten der Betroffenen nachhaltig beeinflussen können.

European Code against Cancer

Many aspects of general health can be improved, and many cancer deaths prevented, if we adopt healthier lifestyles:

1. Do not smoke; if you smoke, stop doing so. If you fail to stop, do not smoke in the presence of non-smokers.
2. Avoid obesity.
3. Undertake some brisk physical activity every day.
4. Increase your daily intake and variety of vegetables and fruits: eat at least five servings daily. Limit your intake of foods containing fats from animal sources.
5. If you drink alcohol, whether beer, wine or spirits, moderate your consumption to two drinks per day if you are a man or one drink per day if you are a woman.
6. Care must be taken to avoid excessive sun exposure. It is especially important to protect children and adolescents. For individuals who have a tendency to burn in the sun, active protective measures must be taken throughout life.
7. Apply strictly regulations aimed at preventing any exposure to known cancer-causing substances. Follow all health and safety instructions on substances which may cause cancer. Follow advice of national radiation protection offices.

There are public health programmes that could prevent cancers developing or increase the possibilities that a cancer may be cured:

8. Women from 25 years of age should participate in cervical screening. This should be within programmes with quality control procedures in compliance with European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Screening.
9. Women from 50 years of age should participate in breast screening. This should be within programmes with quality control procedures in compliance with European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening.
10. Men and women from 50 years of age should participate in colorectal screening. This should be within programmes with built-in quality assurance procedures.
11. Participate in vaccination programmes against hepatitis B virus infection.

European Code against Cancer: <http://www.cancercode.org/code.htm>

Partizipation

Die Partizipation der Betroffenen, seien es die Adressaten oder die Akteure, wird gemäss Ottawa-Charta als eine der Grundprinzipien der Gesundheitsförderung angesehen. Sie drängt sich auf, wenn im Rahmen von grossen Koalitionen die Mitglieder motiviert werden sollen, koordinierte Aktionen umzusetzen. Dies ist nur möglich, wenn bereits die Ziele und Prioritäten in einem gemeinsamen Prozess festgelegt wurden. Die Rollen und Verantwortlichkeiten der verschiedenen Partner müssen einvernehmlich festgelegt und aufgeteilt werden. Bestehende Aktivitäten sollen konsequent unter ein übergeordnetes Dach integriert werden. Gleichzeitig muss aber Rücksicht auf die Umstände und unterschiedlichen Bedürfnisse und Kapazitäten genommen und jedem Partner der nötige Raum belassen werden, seine Identität zu wahren, eigenständige Auftritte zu haben und auch Kritik üben zu können.

Die Bedeutung von Advocacy und Lobbying

In ihrem Präventionshandbuch hebt die UICC die Bedeutung des Advocacy und des Lobbying¹ speziell hervor. Gerade wenn die finanziellen Mittel knapp sind, seien Advocacy und Lobbying besonders wichtig. Allzu oft werden die knappen Ressourcen in eine Vielzahl von kleinen und unkoordinierten Interventionen mit kognitivem Ansatz und unsicherer Wirkung verzettelt. Dabei ist insbesondere bei der Tabakprävention wissenschaftlich nachgewiesen, dass die kontextuellen, insbesondere die politischen und ökonomischen Massnahmen wirksam und am kosteneffizientesten sind. Solche Massnahmen können primär durch Lobbying und Advocacy ausgelöst werden. Diese Erkenntnis ist zweifellos auch auf ein gesamtes Krebspräventionsprogramm übertragbar.

Das Ziel von Advocacy und Lobbying ist, Entscheidungsträger und Rollenmodelle der Gesellschaft zu überzeugen, präventive Initiativen zu unterstützen und in ihrem eigenen Berufs- und Lebensumfeld umzusetzen. Diese Personen haben in der Regel ein hohes Ansehen und einen grossen Einfluss. Sie können die Information nach

¹ Lobbying steht hier für eine Spezialform des Advocacy, welche sich an die Politiker und die Verwaltung richtet.

aussen tragen, andere Leute zu einer Verhaltensänderung motivieren und oft auch selber die Verhältnisse in den Settings, in denen sie wirken, günstig beeinflussen. Beispiele für Advocacy sind:

- Politische Entscheidungsträger überzeugen, Gesetze und Verordnungen einzuführen oder abzuändern und deren Implementation sicherzustellen
- Verantwortliche der grossen Massenmedien auf präventive Themen aufmerksam machen, ihnen Unterlagen liefern und sie motivieren, darüber zu berichten
- Unternehmer überzeugen, die Arbeitsbedingungen in ihren Betrieben zu verbessern
- Stars aus dem „Show-Business“ dafür gewinnen, als Rollenmodelle zu agieren

Advocacy braucht Zeit. Beziehungen zu Politikern, Medienverantwortlichen, wirtschaftlichen Entscheidungsträgern und weiteren wichtigen Personen aufzubauen ist ein langwieriger Prozess. Rasche Erfolge dürfen nicht erwartet werden. Wenn es mit Lobbying aber gelingt, die nötigen gesetzlichen Grundlagen einzuführen, welche eine adäquate Finanzierung der Krebsprävention sichern, so ist dies letztlich ein sehr wirkungsvolles und kosten-effizientes Vorgehen. Das Gleiche gilt, wenn durch ein geeignetes Medien-Advocacy Information an die Bevölkerung herangetragen werden kann, welche sonst nur mit teurer Werbung kommuniziert werden könnte.

Selbstverständlich ist Advocacy nicht das einzige Mittel, um das menschliche Umfeld gesünder zu machen. Andere Methoden sind ebenfalls erfolgsversprechend und situationsgerecht anzuwenden, z.B. die Volksinitiative, die Basisarbeit in Gemeinden, etwa zur Sicherung eines Schulweges oder der gewerkschaftliche Einsatz zur Verringerung der Belastungen am Arbeitsplatz.

Theorie-gestütztes Vorgehen und „Pre-Testing“

Es gibt viele Hinweise dafür, dass ein theoriegestütztes Vorgehen die Wirkung einer Intervention verbessert. Dabei sollten sich die Akteure auf eine der breit akzeptierten kognitiven oder Umwelt-Theorien stützen, wie sie beispielsweise von Nutbeam oder von UICC zusammen getragen wurden. Welche Theorie adäquat ist, hängt von den Zielen und den Umständen ab. Oft ist eine Kombination von Theorien sinnvoll.

Um die Erfolgchancen einer Intervention weiter zu vergrössern lohnt es sich, mit „Pre-Tests“ und Pilotversuchen sicherzustellen, dass den Bedürfnissen des Zielpublikums entsprochen wird, dass die Botschaften ankommen und dass die erwünschte Wirkung erzielt wird.

Prioritäten setzen

Auch innerhalb eines umfassenden Krebspräventionsprogramms müssen Prioritäten gesetzt werden:

- Nach Inhalten (Tabakprävention, Ernährung, Bewegung etc.)
- Nach Strategien und Methoden (Advocacy, massenmediale Kommunikation, Setting-bezogene Prävention etc.)
- Nach Zielgruppen

Inhaltliche Prioritäten

Die UICC setzt für Europa die folgenden Prioritäten:

1. Tabak
2. Ernährung, Bewegung, Gewicht und Alkohol
3. Krebs Früherkennung
4. weitere Krebs-Risikofaktoren

Diese Prioritäten ergeben sich aus einer gesamteuropäischen Sicht. Es wird aber betont, dass jedes Land, basierend auf einer Analyse der epidemiologischen Zahlen und weiteren landesspezifischen Daten, seine Ziele selber festlegen muss.

Angesichts der aktuellen Situation in der Schweiz ist die Tabakprävention auch bei uns als oberste Priorität anzusehen. Dies ist einerseits auf die epidemiologische Bedeutung des Tabakkonsums für die Gesundheit zurückzuführen. Andererseits konnte genügend gezeigt werden, dass effektive und kosteneffiziente Massnahmen zur Bekämpfung des Tabakkonsums existieren.

Ernährung, Bewegung, Gewicht und Alkohol werden von der UICC in einen Block zusammengefasst, weil sie – zumindest die ersten drei – bei der Umsetzung aufgrund des engen inhaltlichen Zusammenhangs sinnvollerweise gemeinsam behandelt werden. Alkohol wurde miteinbezogen, obwohl in den meisten europäischen Ländern spezifische Alkoholpräventionsprogramme laufen. Deren Ziel ist jedoch in erster Linie, alkoholbedingte

Unfälle und Gewalt zu vermeiden. Für die Krebsentstehung ist jedoch weniger die wiederholte Betrunkenheit sondern vielmehr der Gesamtkonsum von Alkohol von Bedeutung. Dieser soll im Rahmen der Kommunikationsanstrengungen rund um die Ernährung, die Bewegung und das Gewicht in geeigneter Form thematisiert werden. Parallel dazu sollen natürlich die bisherigen, eigenständigen Alkoholpräventionsaktivitäten fortgeführt werden.

Die von der UICC an dritter Stelle aufgeführte Früherkennung von Krebs wird im Rahmen eines anderen Teilprojektes von OncoSuisse bearbeitet.

An vierter Stelle führt die UICC „Weitere Krebs-Risikofaktoren“ auf. Aufgrund der epidemiologischen Datenlage in der Schweiz drängen sich Massnahmen für die Primärprävention bei den folgenden Krebsrisikofaktoren auf:

- UV-Strahlung (Hautkrebs)
- Radon (Lungenkrebs)
- Karzinogene am Arbeitsplatz (verschiedene Krebsformen)
- Karzinogene Luftschadstoffe (v.a. Lungenkrebs)

Die durch Infektionen verursachten Krebserkrankungen sind in der Schweiz von unterschiedlicher Bedeutung. Bei Infektionen des Magens mit *Helicobacter Pylori*, Co-Faktor bei der Entstehung des Magenkrebses, liegt aufgrund der sinkenden Inzidenzen des Magenkrebses und der Tatsache, dass keine breit abgestützten und breit umsetzbaren primärpräventive Massnahmen existieren, kein Handlungsbedarf vor. Das BAG empfiehlt hingegen seit 1997 die Impfung gegen Hepatitis B Virus bei allen Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren sowie bei allen weiteren Personen mit erhöhtem Risiko, unter anderem mit dem Argument des mit einer Infektion verbundenen erhöhten Leberkrebsrisikos. Betreffend dem Human Papillomavirus läuft die internationale Forschung für einen Impfstoff auf Hochtouren. Wenn diese Forschung erfolgreich ist, wird in Zukunft ein nützliches Instrument für die Prävention des Gebärmutterhalskrebses vorliegen.

Bei den durch reproduktive und hormonelle Faktoren der Frau beeinflussten Krebsformen besteht nur ein geringer Handlungsspielraum. Im Hinblick auf die Minderung des Brustkrebsrisikos sollte jedoch zumindest das Stillen gefördert werden.

Im Bereich der iatrogenen Krebsursachen bestehen grössere Unsicherheiten betreffend der Bedeutung und auch betreffend allfällig zu ergreifender Massnahmen.

Prioritäten bei den Strategien und Methoden

Aufgrund der in Anhang 2 dargestellten Evidenz der Wirksamkeit verschiedener Interventionsansätze empfiehlt die UICC die folgenden Strategien und Methoden (in dieser Reihenfolge):

1. Änderung der Gesetze und Verordnungen / Lobbying
2. Information
3. Medizinisches Setting / Individuelle medizinische Beratung
4. Arbeitsplatz
5. Schulen
6. Kommunaler Ansatz

Die Bedeutung des Lobbying und des Advocacy wurde bereits wiederholt hervorgehoben. Gemessen am Aufwand ist bei diesem Ansatz mit der grössten Wirkung zu rechnen.

Hingegen rät die UICC von teuren massenmedialen Kampagnen ab, wenn sie nicht in ein grösseres, umfassendes Programm eingebunden sind. Sinnvoll seien dagegen vergleichsweise günstige Informationsmaterialien und Internet-gestützte Dienste, um auf Anfragen aus der Bevölkerung reagieren zu können.

Die Kurzintervention im medizinische Setting wird als besonders erfolgsversprechend angesehen, zumindest für die Tabak- und Alkoholprävention. Eine Koordination der vielen verschiedenen primär- und sekundärpräventiven Interventionen in der Arztpraxis und eine enge Zusammenarbeit mit den medizinischen Verbänden drängen sich auf.

Am Arbeitsplatz sind sowohl die arbeitsplatzbedingten Karzinogene zu reduzieren als auch generelle gesundheitsförderliche Bedingungen zu schaffen. Hier können sehr viele Menschen, insbesondere auch aus sozial schlechter gestellten Schichten, erreicht werden. Strategien, welche Hochrisikopersonen identifizieren und individuelle Massnahmen zur Risikominderung propagieren, weisen bessere Erfolge auf.

Interventionen an Schulen sollten Bestandteile von grösseren Programmen sein, welche die Eltern und Gemeinden miteinbeziehen und sie sollten nicht nur einen kognitiven Ansatz verfolgen sondern auch das schulische Umfeld günstig beeinflussen. Punktuelle Programme haben wenig Aussicht auf Erfolg. Die Aktivitäten sollten im Rahmen einer generellen Initiative für gesundheitsförderliche Schulen umgesetzt werden.

Auch für das Setting Gemeinde empfiehlt die UICC, die lokalen Initiativen mit umfassenden Programmen zu kombinieren, welche gesetzliche Grundlagen schaffen, wirtschaftliche Anreize setzen und von massenmedialelen Kampagnen begleitet werden.

Prioritäten bei den Zielgruppen

Durch eine Eingrenzung der Zielgruppe kann die Zahl der zu kontaktierenden Personen reduziert, die Massnahmen und die Sprache können spezifisch ausgerichtet werden. Dies verbessert die Kosteneffizienz. Krebs ist jedoch eine multifaktorielle Krankheit, die alle Bevölkerungsgruppen trifft. Sie tritt zwar bei älteren Personen gehäuft auf. Als eine Krankheit mit langer Latenzzeit muss die Prävention jedoch schon früher ansetzen¹. Aus diesem Grund ist es nicht sinnvoll, die allgemeine Krebsprävention nur auf ausgewählte Segmente der Bevölkerung auszurichten.

Anders sieht es aus bei einzelnen Risikofaktoren. Beispiele für Zielgruppen, welche gewissen Krebsrisiken verstärkt ausgesetzt sind und wo sich die Konzentration auf eine kleine Zielgruppe lohnt, sind:

- ArbeitnehmerInnen, die am Arbeitsplatz Karzinogenen ausgesetzt sind
- Personen, die in Radon-belasteten Gebieten wohnen
- Jugendliche, welche ein erhöhtes Adipositas-Risiko haben

Die Priorisierung der Zielgruppen innerhalb der Programme gegen die einzelnen Krebs-Risikofaktoren erfolgt im Rahmen der strategischen Planung dieser Programme.

Auffallend sind die Gradienten zwischen verschiedenen Sozialschichten. Einige wichtige Krebsformen treten in sozial schlechter gestellten Schichten häufiger auf, so zum Beispiel der Lungenkrebs, der Magenkrebs und der Gebärmutterhalskrebs. Hingegen liegen die Inzidenzen von Brustkrebs und des malignen Melanoms bei den privilegierten Sozialschichten höher. Auffallend ist auch die bei allen Krebsformen von der International Agency for the Research on Cancer (IARC) aufgezeigte geringere Überlebensrate von sozio-ökonomisch unterprivilegierten Schichten, was auf eine schlechtere Diagnostik und Behandlung schliessen lässt. Aufgabe eines nationalen Präventionsprogramms wird sein, sicherzustellen, dass ein adäquater Mix von Interventionen realisiert wird, mit spezieller Rücksicht auf die sozial schlechter gestellten Bevölkerungsgruppen und die sprachlich nicht oder schlecht assimilierten Personen.

In Zukunft, wenn mehr Kenntnisse betreffend die prädisponierenden genetischen Faktoren für Krebs vorliegen und breit akzeptierte präventive Massnahmen zur Hand sind, werden neue und gezieltere Wege in der Prävention gegangen werden können. Heute ist dies aber nur bei wenigen familiär gehäuften Krebsformen sinnvoll.

¹ Ältere Personen sind hingegen eine bevorzugte Zielgruppe für die Krebs Früherkennung

12 Anhang 2: Die Wirksamkeit von Interventionen in der Krebsprävention¹

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	56
Was heisst Evidenz?.....	56
Tabakprävention.....	57
Ernährung, Bewegung und Gewicht.....	58
Alkoholprävention.....	60
UV-Prävention.....	60
Prävention von arbeitsplatzbedingten Krebserkrankungen.....	61
Verminderung der Radon-Exposition.....	61
Prävention der luftschadstoffbedingten Krebserkrankungen.....	61
Wirksamkeit ausgewählter Präventionsansätze.....	61
Wissenschaftliche Evidenz und Transfer in die Praxis.....	63

Einleitung

Angesichts der Schwierigkeiten, das menschliche Umfeld und das menschliche Verhalten so zu verändern, dass das individuelle Krebsrisiko sinkt und weil die finanziellen Mittel für diese Anstrengungen in der Regel knapp sind, ist der Nachweis umso wichtiger, dass die Massnahmen, welche ergriffen werden, eine grösstmögliche Wirkung zeigen und kosteneffizient sind. Die Erkenntnisse aus der relative neuen Evidenzforschung werden im Folgenden aufgeführt.

Was heisst Evidenz?

Evidenz setzt sich zusammen aus dem Mass der Wirkung (positive und negative!) und der Qualität des Nachweises dieser Wirkung. Eine Intervention, deren Wirksamkeit mit Studien von beschränkter Aussagekraft gemessen wurde (z.B. Studien ohne Kontrollgruppe) kann nicht vorbehaltlos empfohlen werden. Nur wenn die Wirkung eindeutig ist und mit qualitativ hochstehenden Untersuchungen – idealerweise kontrollierte, randomisierte Studien – belegt werden konnte, erfolgt eine Bewertung in der höchsten Evidenz-Klasse. Um differenzierte Aussagen machen zu können, wurden von verschiedenen Autorengruppen Evidenzkategorien eingeführt. Während beispielsweise das CDC zwischen den Bewertungen „Stark Empfohlen“, „Empfohlen“ und „Ungenügende Evidenz um Wirksamkeit zu belegen“ unterscheidet, hat die US Preventive Services Task Force einen komplexen Bewertungsraster entwickelt, welcher in Tabelle A2.1 dargestellt ist.

Tab. A2.1: Empfehlungsschema der US Preventive Services Task Force

Qualität des Nachweises	Netto-Vorteil (Vorteile minus Nachteile)			
	Substanziell	Moderat	Klein	Null/Negativ
Gut	A	B	C	D
Genügend	B	B	C	D
Schwach	Schwach = I: ungenügende Evidenz, um den Netto-Vorteil der Intervention zu bestimmen oder um eine Empfehlung für oder gegen die Intervention auszusprechen			

Im folgenden kann nicht im Detail auf einzelne Interventionen eingegangen werden. Für detailliertere Angaben sei auf die wissenschaftliche Literatur verwiesen. Die folgenden Übersichten stammen v.a. aus Synthesearbeiten der UICC und des CDC. In diese Synthesearbeiten sind insbesondere auch die Erkenntnisse der Cochrane Collaboration prominent eingeflossen.

Tabakprävention

In gross angelegten Untersuchungen haben das CDC und die Weltbank die Wirkung verschiedener Interventionen zur Tabakprävention untersucht. Die Empfehlungen der CDC sind in Tabelle A2.2, jene der Weltbank in Tabelle A2.3 zusammengefasst. Die Empfehlungen decken sich weitgehend mit jenen der UICC.

¹ Dieser Anhang ist ein Auszug aus dem Begleitbericht „Die Entstehung von Krebs mit Prävention und Gesundheitsförderung wirksam verhindern, Grundlagen“ vom BAG, der Gesundheitsförderung Schweiz, der Krebsliga Schweiz und Onco-suisse, 2004. In diesem Begleitbericht finden sich auch die Literaturangaben.

Tabelle A2.2: Empfehlungen des CDC für Interventionen zur Tabakprävention

Intervention	Empfehlung
Strategien, um die Passivrauch-Exposition zu vermindern	
Rauchverbote und –restriktionen	Stark Empfohlen
Informations- und Motivationskampagnen („community education“) um die Tabakrauchexposition im häuslichen Umfeld zu reduzieren	Ungenügende Evidenz um Wirksamkeit zu belegen
Strategien, um bei Kindern, Adoleszenten und jungen Erwachsenen den Einstieg zu verhindern	
Tabakpreiserhöhungen	Stark Empfohlen
Massenmediale Kampagnen, wenn mit anderen Massnahmen (umfassende Programme) kombiniert	Stark Empfohlen
Strategien, um den Tabak-Ausstieg zu fördern	
Tabakpreiserhöhungen	Stark Empfohlen
<i>Massenmediale Aktivitäten</i>	
Kampagnen, wenn mit anderen Massnahmen (umfassende Programme) kombiniert	Stark Empfohlen
Raucherentwöhnungs-Serie: wiederholter massenmedialer Aufruf zur Raucherentwöhnung über eine kurze Zeitspanne	Ungenügende Evidenz um Wirksamkeit zu belegen
Raucherentwöhnungswettbewerbe: kurzzeitiger massenmedialer Aufruf zur Tabakentwöhnung an einem gegebenen Aufhörtag	Ungenügende Evidenz um Wirksamkeit zu belegen
<i>Interventionen im medizinischen Setting</i>	
Erinnerungshilfen für medizinische Fachleute, um mit den Patienten das Thema Tabak anzusprechen (als Einzelmassnahme)	Empfohlen
Weiterbildung für Fachleute (als Einzelmassnahme)	Ungenügende Evidenz um Wirksamkeit zu belegen
Erinnerungshilfen und Weiterbildung für medizinische Fachleute (mit und ohne Patienteninformation)	Stark Empfohlen
Feed-back-Systeme für medizinische Fachleute, welche den Erfolg in der Tabakentwöhnung bei den eigenen Patienten aufzeigen	Ungenügende Evidenz um Wirksamkeit zu belegen
Verminderung der Patienten-Selbstkosten für effektive Behandlungsformen	Empfohlen
Quit-Lines, wenn kombiniert mit anderen Massnahmen wie: aktiver telefonischer Support, Informationsmaterialien zum Abgeben, massenmediale Verstärkung etc.	Stark Empfohlen
Altersbeschränkungen für den Erwerb oder den Konsum von Tabakwaren	In Bearbeitung
Interventionen an der Schule: Information und Motivation, nicht mit dem Rauchen zu beginnen	In Bearbeitung
Einschränkungen der Tabakindustrie: Inhaltliche Zusammensetzung der Tabakwaren, Labels, gesetzliche Regelungen der Tabakwerbung und Promotion	In Bearbeitung

Tabelle A2.3: Empfehlungen der Weltbank für kosteneffiziente Interventionen zur Tabakprävention

Intervention	Zielgruppen
Steuererhöhungen auf Zigaretten und anderen Tabakwaren	RaucherInnen und potentielle RaucherInnen (v.a. Jugendliche)
Rauchverbote und –restriktionen an öffentlichen Orten und am Arbeitsplatz (Schulen, Gesundheitseinrichtungen, öffentlicher Verkehr, Restaurants, Kinos etc.)	NichtraucherInnen
Umfassende Werbe- und Promotionsverbote für alle Tabakprodukte, Logos und Markennamen*	RaucherInnen und potentielle RaucherInnen (v.a. Jugendliche)
Bessere Information für Konsumenten: Gegen-Werbung, Medienberichterstattung, Kommunikation von wissenschaftlichen Erkenntnissen	RaucherInnen und potentielle RaucherInnen
Grosse Warnaufschriften auf der Verpackung von Zigaretten und anderen Tabakwaren	RaucherInnen
Hilfe für Rauchende, die aufhören wollen, inklusive verbesserter Zugang zu Nikotinersatzpräparaten und anderen Aufhörtherapien	RaucherInnen

* Wenn komplette Verbote nicht möglich sind, sollten strenge Restriktionen und starke Gegen-Werbung angestrebt werden.

Ernährung, Bewegung und Gewicht

Gesunde Ernährung

Gemäss UICC konnte in grossen Übersichtsarbeiten nachgewiesen werden, dass Interventionen zur Erhöhung des Früchte- und Gemüsekonsums im Rahmen von „5-am-Tag“ Kampagnen insofern wirkungsvoll sind, als sie den Konsum tatsächlich erhöhen können. Dies gilt für Kinder in der Grundschule, z.B. bei Interventionen mit einem Verhaltensansatz als auch bei einer Einflussnahme auf das Angebot von Schulkantinen. Bei Erwachsenen wurde gezeigt, dass Interventionen am Arbeitsplatz, in der Familie und im sozialen Umfeld erfolgreich sein können. Generell gilt, dass die Erfolgsaussichten besser sind, wenn sich die Interventionen an Gruppen mit erhöhtem Risiko richten.

Erfolge konnten auch bei der Reduktion des Fettkonsums nachgewiesen werden. Gute Studien, welche in Schulen, an Arbeitsplätzen und im medizinischen Setting durchgeführt wurden, belegen, dass eine signifikante Verbesserung der Blutfettwerte möglich ist. Die Wirkung wurde in erster Linie bei hoch-motivierten Personen festgestellt, welche in intensiven Programmen partizipierten. Hingegen zeigten Interventionen mit einer kommunalen Perspektive keine Wirkung auf das Blut-Cholesterol.

Bei den umfassenden Programmen konnte das Nordkarelien-Projekt in Finnland beeindruckende Erfolge aufweisen. Diese manifestierten sich nicht nur bei den Ernährungsparametern sondern es konnte auch eine Senkung der Mortalität für kardio-vaskuläre Erkrankungen und für Krebs gezeigt werden. Das Projekt in Nordkarelien stützte sich auf einen inter-sektoralen Ansatz, eine gezielte Preispolitik, Labelling, den Einbezug der Nahrungsmittelindustrie und umfasste auch die Arbeit in verschiedenen Settings und breite Kommunikationsanstrengungen. Andere grosse Programme in Minnesota und Pawtucket konnten jedoch keine vergleichbaren Resultate replizieren.

(Aktuelle tabellarische Gesamtübersichten über die Wirksamkeit von Interventionen, wie sie für die Tabakprävention oder die Bewegungsförderung existieren, sind zurzeit keine bekannt. Sowohl das CDC als auch der World Cancer Research Fund WCRF haben solche jedoch in Bearbeitung.)

Bewegungsförderung

Im Bereich der körperlichen Aktivität hat das CDC eine grosse Übersichtsarbeit publiziert. Die Erkenntnisse sind in Tabelle A2.4 zusammengefasst.

Tabelle A2.4: Empfehlungen des CDC für die Förderung der körperlichen Aktivität

Intervention	Empfehlung
Informationsstrategien zur Förderung der Bewegung	
Umfassende Programme mit starker massenmedialer Komponente, kombiniert mit Beratung, Unterstützungs- und Selbsthilfegruppen, Risikofaktoren-Screening und –Information, Events und Einrichten von Fusswegen	Stark Empfohlen
Massenmediale Kampagnen ohne weitere Massnahmen	Ungenügende Evidenz um Wirksamkeit zu belegen
Aufrufe am Ort des Geschehens („point-of-decision prompts“): motivierende Hinweistafeln bei Liften und Rolltreppen, aus gesundheitlichen Gründen die Treppen zu benutzen	Empfohlen
Behandlung des Themas „körperliche Aktivität“ im Schulunterricht mit Schwerpunkten Wissensvermittlung und Befähigung zur Verhaltensänderung (Behavioural skills)	Ungenügende Evidenz um Wirksamkeit zu belegen
Verhaltens- und soziale Ansätze zur Förderung der körperlichen Aktivität	
Individuell angepasste Verhaltensänderungsprogramme	Stark Empfohlen
Förderung und Verbesserung des Sportunterrichts in der Schule	Stark Empfohlen
Schulbasierte Gesundheitserziehung mit dem Ziel, die Zeit am Fernsehen und mit Video-Spielen zu verkürzen	Ungenügende Evidenz um Wirksamkeit zu belegen
Sportförderung und Gesundheitserziehung in der tertiären Ausbildung (Fachhochschule, Universität)	Ungenügende Evidenz um Wirksamkeit zu belegen
Interventionen zur Bewegungsförderung durch soziale Netzwerke (z.B. im Quartier, am Arbeitsplatz)	Stark Empfohlen
Interventionen zur Bewegungsförderung durch familiäre Unterstützung	Ungenügende Evidenz um Wirksamkeit zu belegen
Umwelt- und Policy-Ansätze zur Förderung der körperlichen Aktivität	
Zugang zu Orten zur Förderung der körperlichen Aktivität (Fitnessstudios, Fitness-Parcours etc.) schaffen oder erleichtern, kombiniert mit Information (inkl. Arbeitsplatzmassnahmen)	Stark Empfohlen
Verkehrspolitik, Förderung des Langsamverkehrs durch Veränderung der Infrastrukturen	In Bearbeitung
Siedlungsplanung inkl. Zonenplanung, Quartier- und Strassengestaltung	In Bearbeitung

Gewichtsmangement

Obwohl verschiedene bevölkerungsbezogene Interventionen zur Verbesserung der Ernährung und zur Förderung der Bewegung nachweislich wirksam sind, sind die Hinweise dafür, dass damit auch das Gewicht beeinflusst werden kann, schwach. Entweder konnte die Wirkung nicht nachgewiesen werden oder die Wirkung auf das Gewicht wurde nicht gemessen.

Beim individuellen Ansatz wird von der UICC und der Suisse Balance empfohlen, die Ernährung langfristig umzustellen und dabei den Konsum von Fett und Kalorien zu reduzieren. Dies soll mit den folgenden Massnahmen kombiniert werden:

- Zusammenarbeit mit Fachleuten und in einem Gruppen-Setting
- Verhaltenänderungstechniken verwenden (persönliche Ziele setzen, Eigenmonitoring etc.)
- Die Ernährungsumstellung mit einem Bewegungsprogramm verbinden.

Günstig wirken sich zudem häufige Kontakte mit dem Arzt oder mit dem Ernährungsberater sowie eine Betreuung über länger Zeit aus.

Alkoholprävention

Die UICC unterteilt die Interventionen zur Reduktion des Alkoholkonsums in angebotsseitige und nachfrageseitige Massnahmen. Massnahmen zur Beeinflussung der Nachfrage werden generell als weniger erfolgsversprechend angesehen als jene, die das Angebot steuern. Tabelle A2.5 gibt eine Übersicht über die aktuellen Erkenntnisse.

Tabelle A2.5: Wirkung von Interventionen zur Senkung des Alkoholkonsums

Massnahme	Wirkung
Angebotssteuerung	
Preispolitische Massnahmen	Sehr wirkungsvoll
Reduktion der geographischen Dichte der Verkaufsstellen	Wirkungsvoll
Reduktion der Öffnungszeiten	Wirkungsvoll
Altersbeschränkungen	Hinweise für eine Wirkung in der von der Massnahme betroffenen Altersgruppe
Nachfragesteuerung	
Interventionen an Schulen mit dem Ziel der Wissensvermittlung sowie der Stärkung von sozialen Kompetenzen	Schwache Wirkung*
Interventionen im Setting Familie	Schwache Wirkung
Kommunale Aktionen	Schwache Wirkung, Reduktion von Verkehrsunfällen
Massenmediale Kampagnen	Keine signifikante Wirkung nachweisbar, kombiniert mit anderen Interventionen kann evt. eine gewisse Wirkung erzielt werden
Kurzinterventionen durch medizinische Fachpersonen	Sehr wirkungsvoll, v.a. wenn verbunden mit einer Selektion der Risikogruppen
Warnaufschriften auf Alkoholbehältnissen	Eher wirkungslos. Evt. Wirkung bei Schwangeren
Werberestriktionen	Eine gewisse Wirkung ist wahrscheinlich

*Die Wirkung ist besser, wenn die Intervention als Teil eines umfassenden Programms angeboten wird.

UV-Prävention

Die UICC hat 2004 27 Studien zur Wirkung von Sonnenschutzinterventionen analysiert. Nur zwölf waren randomisierte Studien, 5 hatten eine Kontrollgruppe und 10 hatten keine. Die Interventionen verfolgten entweder einen bevölkerungsbezogenen Ansatz, einen Setting-Ansatz oder richteten sich an spezielle Zielgruppen. Die Ziele lagen in den Bereichen Wissen, Einstellungen, Absichten und Verhalten.

Alle Interventionen bewirkten einen Wissenszuwachs. Bei den Einstellungen und Absichten resultierten gemischte Resultate: Einige Studien zeigten eine Wirkung, andere nicht. Vereinzelt zeigten Studien ohne Kontrollgruppen ein verbessertes protektives Verhalten. Aber keine der kontrollierten Studien untersuchte die Wirkung auf das Verhalten. In einem Fall wurde die Wirkung auf Sommersprossen und Naevi untersucht und kein Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppen gefunden. Die UICC schliesst aus den vorhandenen Daten, dass bei limitierten Mitteln mit der Hautkrebis-Früherkennung raschere Resultate zu erwarten sind als mit der Primärprävention. Wenn hingegen beträchtliche Mittel über längere Zeit für ein umfassendes Programm zur Verfügung stehen, kann, wie das Beispiel Australien nahe legt, Primärprävention sehr erfolgreich sein, wo sowohl die Inzidenz als auch die Mortalität beim Melanom rückläufig sind.

In Anlehnung an die australischen Erfahrungen folgt, dass umfassende Programme sich primär an Kinder und Jugendliche richten sollten. Massenmediale Informationen spielen eine wichtige Rolle, müssen jedoch mit schulbasierten Interventionen (z.B. Unterrichtseinheiten, Schutzvorrichtungen auf Pausenplätzen), Sonnenschutzvorrichtungen an öffentlichen Orten wie Schwimmbädern und Sportstadien aber auch an exponierten

Arbeitsplätzen, eine Tiefpreispolitik für Sonnenschutzprodukte (Sonnencremes, Hüte und andere UV-Schutzkleider) sowie Auflagen an Solarien kombiniert werden.

Prävention von arbeitsplatzbedingten Krebserkrankungen

Nach UICC gibt es sehr wenige Reviews, welche gezielt Interventionen zur Expositionskontrolle am Arbeitsplatz im Hinblick auf eine Senkung der Krebsinzidenz untersucht haben. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Insbesondere spielen die langen Latenzzeiten, die vielen Variablen und ethische Vorbehalte eine wichtige Rolle. Für viele karzinogene Stoffe liegen jedoch gute epidemiologische Untersuchungen vor, welche eine Dosis-Wirkungsbeziehung aufzeigen. Es darf deshalb davon ausgegangen werden, dass gesetzliche Auflagen zur Expositionsminimierung sehr wirkungsvoll sind. Diese können zu einem Ersatz karzinogener Arbeitsstoffe oder zu technischen, organisatorischen und personenbezogenen Massnahmen führen und dadurch die Expositionen verhindern, minimieren oder zumindest unter einen vorgegebenen Grenzwert reduzieren. Es genügt jedoch nicht, Stoffe und Prozesse zu reglementieren. Voraussetzung für den Erfolg von gesetzlichen Auflagen ist deren konsequente Implementierung.

Die UICC empfiehlt, dass supra-nationale Einrichtungen wie die EU oder die World Trade Organisation WTO den Schutz von Arbeiterinnen und Arbeitern sowie den Schutz der Umwelt genügend berücksichtigen, wenn sie marktregulierend eingreifen. Die nationale Gesetzgebung kann – wie das Beispiel Schweiz zeigt – in einzelnen Fällen aber auch über internationale Standards hinausgehen (z.B. beim Asbest). Von Bedeutung ist zudem, dass „schmutzige“ Industrien nicht in Länder mit geringerem Schutzniveau ausgelagert werden. Monitoring und Information sind wichtig, öffentliche Debatten und der Einbezug der Sozialpartner (Gewerkschaften, Arbeitgeber) gemäss UICC weitere mögliche präventive Ansätze.

Verminderung der Radon-Exposition

Das BAG hat verbindliche Richtwerte und Grenzwerte für Radongas-Konzentrationen festgelegt. Eine Reihe von baulichen und organisatorischen Massnahmen haben sich als wirkungsvoll erwiesen. Dazu zählen: Abdichten von Böden und Wänden, Abdichten von Leitungszuführungen aus dem Erdreich ins Haus, der Verzicht auf Naturböden in Kellern, das Absaugen von radonhaltiger Luft unter der Bodenplatte, Entlüftung von Kellern oder die kontrollierte Lüftung in Wohnbereichen. Bei sorgfältiger Planung und Ausführung ist der Erfolg der Massnahmen sichergestellt.

Prävention der luftschadstoffbedingten Krebserkrankungen

Der Partikelfilter ist ein wirksames Mittel zur Reduktion der feinen kanzerogenen Dieselpartikel. 99% der Partikel können damit eliminiert werden. Wenn alle Lastwagen, Diesel-Personenwagen, Baumaschinen und die landwirtschaftlichen Traktoren als wichtige Quellen dieser Partikel mit Partikelfiltern ausgerüstet werden, wird das kanzerogene Potential der Luftverschmutzung deutlich reduziert. Zusätzlich können Massnahmen bei den Flugzeugen und Holzheizungen ergriffen werden und so die Emissionen weiter reduziert werden.

Zur Reduktion der Luftbelastung mit Benzol, einem anderen wichtigen Luftkarzinogen, ist eine weitere Verschärfung der Abgasvorschriften für Personenwagen und ein konsequenter Vollzug der Vorgaben der Luftreinhalte-Verordnung, vor allem im Bereich der Tankstellen, notwendig. Solche Massnahmen sind, wie vergangene Erfahrungen gezeigt haben, sehr wirkungsvoll.

Wirksamkeit ausgewählter Präventionsansätze

In der Analyse der UICC zur Wirksamkeit von Interventionen gegen einzelne Risikofaktoren kristallisieren sich einzelne strategische Ansätze als besonders erfolgsversprechend heraus, andere bewirken weniger als oft erwartet wird. Die wichtigsten strategischen Ansätze werden im Folgenden kurz beschrieben.

Änderung der Gesetze und Verordnungen / Lobbying

Dieser Ansatz erweist sich als besonders wichtig und erfolgsversprechend. Gemäss UICC liegen positive Beispiele aus den Bereichen Tabakprävention, Alkoholprävention, Arbeitnehmerschutz und – mit weniger guten Evidenzen – auch Ernährung und Bewegung vor.

In der Tabakprävention konnte gezeigt werden, dass Tabaksteuern, Werbeverbote, Rauchverbote, Vorgaben betreffend Inhaltsstoffen und Verpackungen sowie in der Öffentlichkeit ausgetragene Rechtsstreitigkeiten zur Anprangerung des unethischen Verhaltens der Tabakindustrie messbare Wirkung auf den Konsum haben. Beim Alkohol können Alkoholsteuern, Altersbegrenzungen, die Verringerung von Verkaufsstellen und Verkaufszeiten, Werbebeschränkungen und Warnhinweise zu einem Verbrauchsrückgang führen. Gesetze und Verordnungen waren auch sehr wichtig bei der Reduktion von arbeitsplatz- und umweltbedingten Expositionen. Bei der Ernährung und der Bewegung liegen sehr viel weniger Erfahrungen vor, obwohl auch hier einige positive Beispiele existieren, z.B. die günstige Wirkung von neuen Radstreifen und –wegen oder positive Effekte durch gesetzlich vorgeschriebene Verbesserungen von Schulmahlzeiten.

Massenmediale Kampagnen

In der Tabakprävention hat sich gemäss UICC gezeigt, dass Informationskampagnen für die Öffentlichkeit, wenn sie nicht von weiteren Aktivitäten begleitet werden, in der Regel nicht genügen, um Verhaltensänderungen zu bewirken. Beim Alkohol konnte festgestellt werden, dass öffentliche Informationskampagnen eine gewisse Wirkung auf Meinungen und Einstellungen haben aber, auf sich alleine gestellt, kaum zu Verhaltensänderungen führen. Bei der Prävention von Übergewicht gibt es schwache Hinweise für einen geringen Effekt. Die UICC folgert hieraus, dass es nicht empfehlenswert ist, teure massenmediale Kampagnen zu lancieren, wenn sie nicht in ein grösseres, umfassendes Programm eingebunden sind.

Medizinisches Setting

Nach UICC sind von medizinischen Fachpersonen durchgeführte Kurzinterventionen bei der Raucherentwöhnung wirksam und kosteneffizient. Die Kurzintervention hat auch bei der Alkoholprävention eine signifikante Wirkung. Die Evidenzen sind weniger stark bei der Förderung der gesunden Ernährung, beim Gewichtsverlust und bei der Bewegungsförderung. Bei diesen Interventionen konnte festgestellt werden, dass die Wirkung verbessert wird, wenn sich die Intervention auf Hochrisikogruppen konzentriert. Gewichtsmanagementprogramme haben die beste Aussicht auf Erfolg, wenn sie von trainierten Fachleuten und innerhalb einer Gruppe sowie in Verbindung mit Verhaltensänderungstechniken und Bewegungsprogrammen erfolgen.

Arbeitsplatz

Der Arbeitsplatz bietet sich sowohl für Massnahmen zur Expositionsreduzierung von arbeitsplatzbedingten Karzinogenen als auch als Setting für Interventionen, welche Aspekte des Lebensstils tangieren, an. Einschränkungen des Rauchens am Arbeitsplatz unterstützen Rauchende in ihren Bemühungen, aufzuhören. Eine geeignete Alkoholpolitik am Arbeitsplatz, welche in die Arbeitnehmer investiert, ist mit weniger Entlassungen verbunden und führt zu signifikanten Vorteilen für die Arbeitgeber, indem Arbeitsabwesenheiten, Gesundheitskosten und die Zahl der Unfälle reduziert werden. Einfache Ernährungsinterventionen an Arbeitsplätzen zeigen bescheidene Verbesserungen des Ernährungsverhaltens. Intensive und umfassendere Programme mit individuellen Abklärungen und Verhaltensberatung sind erfolgsversprechender. Generell scheint die Wirkung bei den Ernährungsinterventionen aber nur so lange anzuhalten, wie die Intervention dauert, was nach einer eigentlichen Ernährungspolitik und kontextuellen Eingriffen am Arbeitsplatz ruft. Massnahmen zur Förderung der körperlichen Aktivität am Arbeitsplatz werden vom CDC in der Kategorie „Stark Empfohlen“ aufgeführt.

Schulen

Bei der Tabakprävention zeigen die bisherigen Erfahrungen gemäss UICC, dass Interventionen erst erfolgsversprechend sind, wenn sie in ein umfassendes Programm eingebaut werden. Einen gewissen Erfolg können moderne Alkoholpräventionsprogramme vorweisen. Beim Ernährungsverhalten konnte gezeigt werden, dass eine günstige Beeinflussung durch geeignete kognitive und kontextuelle Massnahmen möglich ist. Mit einer Verbesserung der Qualität und Mengenausweitung des Sportunterrichts kann auch das Bewegungsverhalten günstig beeinflusst werden. Es gibt auch gewisse Hinweise dafür, dass mit einem multidisziplinären Ansatz Erfolge bei übergewichtigen Kindern erzielt werden können. Bei der UV-Prävention konnten keine Verhaltensänderungen nach Schulinterventionen gemessen werden.

Kommunaler Ansatz

Die Erkenntnisse betreffend die Wirkung von Interventionen im Setting Gemeinde sind nach UICC noch schwach. In der Tabakprävention konnte eine positive Wirkung erzielt werden, wenn die Interventionen gross, vielgestaltig angelegt und mit hohen Budgets ausgestattet waren. Einige positive Beispiele liegen zudem aus der Alkoholprävention vor.

Wissenschaftliche Evidenz und Transfer in die Praxis

Der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit einer Intervention muss ein wichtiges Argument bei der Planung sein. Grundsätzlich sollten jene Interventionen bevorzugt werden, welche eine hohe Evidenz aufweisen. Oft spielen jedoch viele andere Faktoren bei der Wahl einer Intervention eine Rolle, z.B. die Kosten, das vorhandene Know-how, die gesellschaftspolitischen Präferenzen. Leider ist eine gute Evidenz auch kein Garant dafür, dass die gleiche Intervention zu einem anderen Zeitpunkt, an einem anderen Ort und somit in einem unterschiedlichen Umfeld die erwünschte Wirkung erzielen wird. Im Gegensatz zu Laborexperimenten, wo der Versuchsaufbau genau definiert werden kann, ist die Prävention ein Geschehen, das sehr vielen nicht oder nur beschränkt kontrollierbaren äusseren Einflüssen unterworfen ist.

Interventionen müssen an die lokalen gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen angepasst werden. Vielleicht ist das Zielpublikum eine etwas andere sozio-politische Gruppe als in der Studie, welche die wissenschaftliche Evidenz erbracht hat. Geschlechtsspezifische und kulturelle Eigenschaften sind zu berücksichtigen und Sprachbarrieren zu überwinden. Sich auf vorliegende Evidenzen zu stützen ist deshalb wichtig, entbindet die Planer aber nicht davon, die Wirksamkeit der Intervention mit geeigneten Mitteln sicherzustellen. So sollte die Verständlichkeit von Botschaften getestet werden bevor eine breite Umsetzung erfolgt. Die Durchführung von „Pre-tests“ und Pilotversuchen empfiehlt sich.

Grundsätzlich sollten alle Massnahmen evaluiert werden. Eine Evaluation ist aber geradezu zwingend, wenn Interventionen gewählt werden, für die ein Wirkungsnachweis aussteht.

13 Anhang 3: Eurochip-Indikatorensetz für die Evaluation von nationalen Krebsprogrammen

Quelle: <http://www.istitutotumori.mi.it/project/eurochip/homepage.htm>

Prevention	Epidemiology & Cancer registration	Screening	Treatment & Clinical Aspects	Macrosocial and Economic Variables
<p><u>Lifestyle</u></p> <p>01. Consumption of fruit and vegetables*</p> <p>02. Consumption of alcohol*</p> <p>03. Body Mass Index distribution in the population*</p> <p>04. Physical activity*</p> <p>05. Tobacco survey*: prevalence of a) tobacco smokers among adults b) tobacco smokers among 10-14 year olds c) ex-smokers</p> <p><i>Environment & Occupational Risk</i></p> <p>d) exposure to environmental tobacco smoke (ETS)</p> <p>06. Exposure to sun radiation</p> <p>07. PM10 (particulate matter= 10μm³) emissions*</p> <p>08. Indoor exposure to radon</p> <p>09. Prevalence of occupational exposure to carcinogens</p> <p>10. Exposure to asbestos: mesothelioma incidence and mortality trends</p> <p><u>Medicaments</u></p> <p>11. Prevalence of use of hormonal replacement drugs*</p>	<p>1. Population covered by high quality Cancer Registries</p> <p>2. Cancer incidence rates, trends and projections*</p> <p>3. Cancer relative survival rates, trends and projections*</p> <p>4. Cancer prevalence proportion trends and projections*</p> <p>5. Cancer mortality rates, trends, projections and person-years of life lost due to cancer*</p> <p>6. Stage at diagnosis: percentage of a) cases with early diagnosis b) cases with a metastatic test</p>	<p><u>Screening Examinations:</u></p> <p>1. Percentage of women that have undergone a mammography (breast cancer)</p> <p>2. Percentage of women that have undergone a cervical cytology examination (cervical cancer)</p> <p>3. Percentage of persons that have undergone a colorectal cancer screening test</p> <p><u>National evaluation in HMP of organized mass screening process indicators</u></p> <p>4a. Organized screening coverage</p> <p>4b. Screening recall rate</p> <p>4c. Screening detection rate</p> <p>4d. Screening localized cancers</p> <p>4e. Screening positive predictive value</p> <p>4f. Screening benign/malignant biopsy ratio</p> <p>4g. Screening interval cancers</p> <p>4h. Screening specificity</p>	<p><u>Health system delay</u></p> <p>1. Delay of cancer treatment (pilot studies)</p> <p><u>Resources</u></p> <p>2. Percentage of radiation systems in the population</p> <p>3. Percentage of diagnostic Computed Axial Tomographies (CT's) in the population</p> <p>4. Percentage of Positron Emission Tomographies (PET's) on population (for future)</p> <p>5. Percentage of magnetic resonances on population (for future)</p> <p><u>Treatment</u></p> <p>6. Compliance with best oncology practice</p> <p><u>Palliative care</u></p> <p>7. Use of morphine in cancer patients</p> <p>8. Percentage of patients receiving palliative radiotherapy</p>	<p><u>Social indicators</u></p> <p>01. Educational level attained*</p> <p>02. Income by decile*</p> <p>03. Gini's index*</p> <p><u>Macro economic indicators</u></p> <p>04. Gross domestic product*</p> <p>05. Total social expenditure*</p> <p>06. Total national expenditure on Health</p> <p>07. Total public expenditure on Health</p> <p>08. Anti-tobacco regulations</p> <p>09a. Public expenditure for cancer prevention on anti-tobacco activity</p> <p>09b. Total expenditure for population-based cancer registries</p> <p>09c. Total expenditure on organized cancer screening programmes</p> <p>09d. Public expenditure on cancer drugs*</p> <p>09e. Public expenditure on cancer research</p> <p>09f. Estimated cost for a cancer patient</p> <p><u>Demographic indicators</u></p> <p>10. Age distribution in 2010, 2020 and 2030*</p> <p>11. Life-table quantities*</p>

Anmerkungen:

* In anderen Projekten des Health-Monitoring-Programms (HMP) der EU untersucht

Fett: Indikatoren mit hoher Priorität

Jeder Indikator wird mit einem internationalen Code in der Form "Domain Code.Indicator Number" bezeichnet