

Prävention

Autorinnen: Therese Stutz Steiger, Doris Summermatter Kaufmann.
Unter Mitarbeit von Eva Ebnöther, Karin Huwiler, Mitarbeitenden
der Krebsliga Schweiz und des BAG.

1

Einführung

1.1 Ausgangslage

Internationale Quellen^{1–3} stufen 30 bis 50 % der Tumorerkrankungen als prinzipiell vermeidbar ein, da sie durch die Lebensbedingungen und den Lebensstil mit bedingt sind. Das Nationale Krebsprogramm 2005–2010 (NKP I) hat der Krebsprävention daher bereits ein Kapitel gewidmet – «Die Entstehung von Krebs wirksamer verhindern».⁴

Es ist wichtiger denn je, Krebsprävention und Gesundheitsförderung in einem Krebsprogramm mit zu berücksichtigen. Ein solches Programm muss krankheitsorientiert angelegt sein und sich mit einer qualitativ hochstehenden Therapie, Pflege, Betreuung sowie Rehabilitation von Betroffenen befassen, aber es muss auch dem ressourcen- und risikoorientierten Blickwinkel Rechnung tragen, also Krebs so weit wie möglich zu verhindern suchen. Zentrale Massnahmen hierfür sind Information und Beratung, Präventionsprojekte, die in eine Strategie eingebettet sind, Forschung auf den Gebieten von Public Health wie Epidemiologie, Prävention und Gesundheitswissenschaften sowie Kooperation mit anderen Organisationen. Um entscheidend an Wirksamkeit zu gewinnen, ist insbesondere die politische Steuerung voranzutreiben.

In den letzten Jahren haben unter anderem die Weltgesundheitsorganisation (WHO)⁵ und der World Cancer Research Fund (WCRF)³ vermehrt das Wissen um häufige Risikofaktoren im Zusammenhang mit Krebs und anderen chronischen Krankheiten (wie z. B. Herz-Kreislaufkrankheiten, Diabetes) verbreitet. Für eine angemessene Prävention von Krebs und von chronischen Krankheiten ist ein besseres Verständnis der Entstehungsursachen, aber auch der gesundheitsförderlichen (salutogenetischen) Ansätze⁶ notwendig. Mithilfe dieser Kenntnisse gelangen wir unter anderem zu Massnahmen ausserhalb der klinischen Medizin, welche Krankheiten verhindern oder ihr Eintreten bzw. Rückfälle verzögern können oder betroffenen Personen erlauben, besser mit der Krankheit zu leben. Oft kann dies auch zur Kostensenkung beitragen.

Günstige politische Rahmenbedingungen für alle Einwohner und insbesondere für Menschen mit weniger Bildung, für Kinder, für die alternde Bevölkerung und für andere vulnerable Personen sind zentral. Die bereits angelaufenen nationalen Präventions-Programme des Bundesamtes für Gesundheit BAG «Ernährung und Bewegung», «Alkohol» und «Tabak»^{7–9} berühren in mehrfacher Hinsicht auch die Krebsvorbeugung. Diese Programme wurden mit Fachleuten aus allen betroffenen Kreisen erarbeitet, so auch mit Beteiligung von Fachleuten der Krebsbekämpfung. Das vorliegende Kapitel orientiert sich stark an den Programmen des BAG. Auch bei der Umsetzung des Nationalen Krebsprogramms 2011–2015 wird daher die Abstimmung mit den nationalen Strategien des BAG eine wichtige Aufgabe sein. Dabei ist es besonders wichtig, in den Phasen der Strategieformulierung die Rollen der beteiligten Akteure sorgfältig zu klären.

1.2 Grundlagenaspekte

1.2.1 Gesundheitsförderung

Dass die Erhaltung, die Herstellung und Förderung von Gesundheit in der Verantwortung sämtlicher Gesellschafts- und Politikbereiche liegt und dass Gesundheitsförderung damit ein gesellschaftspolitisches Konzept ist, geht aus den Definitionen für Gesundheit der WHO¹⁰ und der Ottawa Charta¹¹ hervor:

«Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung». WHO 1946

«Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die Gesellschaft Gesundheit ermöglicht».

Ottawa Charta 1986

Damit Menschen eine gesunde Wahl treffen können, brauchen sie entsprechende Voraussetzungen und Rahmenbedingungen.

Tab. 1 Einteilung der Präventionsmassnahmen nach Zielgruppe und Interventionszeitpunkt.¹²

	Gesundheitsförderung	Primärprävention	Sekundärprävention inkl. Früherkennung	Tertiärprävention
Zeitpunkt der Intervention	Lebenslang	Vor Krankheit	Frühstadium	Nach Krankheitsbeginn
Ziel der Intervention	Ressourcen stärken	Senkung der Inzidenz	Progredienz und (oder) Chronifizierung verhindern	Folgeschäden und (oder) Rückfälle verhindern; Lebensqualität verbessern
Adressaten der Intervention	Gesamte Bevölkerung	Gesunde (ohne Symptomatik)	(Hoch-) Risikogruppen	Personen mit chronischen Krankheiten
Beispiele	Förderung des Selbstwertgefühls (als Ressource)	Bewegungsförderung in der Schule	Rauchstopp	Rehabilitation

Vermehrt wird in der Gesundheitsförderung auch die Nachhaltigkeit betont. Eine grundlegende Voraussetzung für Gesundheit ist eine gesunde Umwelt. Daher sind Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten auch nach ökologischen Prinzipien zu planen und umzusetzen, zum Beispiel im Bereich Ernährung. Noch zu wenig genutzt wird das Potenzial der psychischen Gesundheit in der Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderungsaktivitäten. Das psychische Wohlbefinden ist eine grundlegende Voraussetzung für Gesundheit; instabile psychische Gesundheit kann zu Substanzabhängigkeit führen, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten beeinflussen und sich auf die Sozialisation negativ auswirken.

1.2.2 Prävention

Prävention unterteilt sich in die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (Tab. 1), die sich überschneiden. Diese Überschneidungen lassen sich teilweise strategisch nutzen. Interventionen vor Beginn einer Krankheit sind auch aus volkswirtschaftlichen Gründen wichtig.

Im Gegensatz zur Sekundärprävention ist die Primärprävention in der Regel meistens nicht tumorspezifisch. Klare Abgrenzungen sind zuweilen nicht ganz einfach, je nachdem, ob eine Situation nur als Risikofaktor oder bereits als Krankheit interpretiert wird. Chronische Krankheiten entwickeln sich in der Regel in einem komplexen kontinuierlichen Prozess, sodass die Kategorisierung immer einer gewissen Willkür unterliegt.¹³

Individuelle und strukturelle Massnahmen

Wirksame Prävention muss auf der individuellen Ebene und gleichzeitig auf der strukturellen Ebene einsetzen (Verhaltens- und Verhältnisprävention). Die europäische Entwicklung im Umgang mit Tabak hat eindrücklich gezeigt, wie und dass strukturelle Präventionsmassnahmen, z.B. Preisgestaltung, Steuern, Werbebeschränkungen und Rauchverbote, einen Durchbruch bringen können.

Um die Rahmenbedingungen zu beeinflussen, braucht es eine gesundheitsorientierte Politik (z.B. Health in all policies, WHO).

Die strukturelle Prävention setzt also beim politischen bzw. gesellschaftlichen Kontext an. Als weitere Beispiele sind zu erwähnen: Arbeitsbedingungen und Arbeitnehmerschutz oder Anpassen der Lebensmittelgesetzgebung.

Bei der individuellen Prävention geht es darum, die Menschen auf Risikofaktoren aufmerksam zu machen, sie diesem Thema gegenüber zu sensibilisieren und sie zu einem gesünderen Verhalten zu bewegen (z.B. Rauchstopp).

Beeinflussbare Risikofaktoren

Die in Tabelle 2 aufgeführten Risikofaktoren lassen sich zum grössten Teil durch strukturelle und individuelle Prävention beeinflussen. Gerade für Personen, die sozial und damit gesundheitlich benachteiligt sind, müssen oft auch differenzierte Methoden der Prävention zum Zuge kommen. Die ersten vier Risikofaktoren dominieren den heutigen Lebensstil und haben einen grossen Einfluss auf die Krebsentwicklung, die damit verbundene Krankheitslast und die Todesursachen. Diese wenigen Risikofaktoren sind weit verbreitet und

Tab. 2 Beeinflussbare Risikofaktoren für wichtige Krebserkrankungen.

Faktor	Krebsart	Präventionsmöglichkeit
Tabakkonsum	Lungenkrebs, Mundhöhlen-, Speiseröhren-, Kehlkopf-, Darmkrebs, Krebs der Bauchspeicheldrüse, der Harnblase, der Nieren und der Brust	Kombination von strukturellen Interventionen und Einflussnahme auf Individualverhalten; Preis, Steuern, Werbeverbot, Rauchverbot, Rauchstopp
Ernährung Übergewicht, zu hohe Energiezufuhr; unausgewogene Ernährung und Bewegung Bewegungsarmut, zu wenig Energieabgabe	V.a. Darm-, Speiseröhren-, Nierenkrebs, Krebs des Gebärmutterkörpers, post-menopausaler Brustkrebs Leberkrebs	Kombination von strukturellen Interventionen und Einflussnahme auf Individualverhalten; Gewichtsreduktion: Förderung des Grundsatzes «energy in < energy out» Kombination von Bewegung und Ernährung; Verbesserung der Aufbewahrung von Nahrungsmitteln (Verminderung des Aflatoxingehalts); Systematische Bewegungsförderung schon in Kindergarten und Schule
Alkoholkonsum	Krebs der Speiseröhre und der Verdauungsorgane (inkl. Leberkrebs), Brustkrebs	Kombination von strukturellen Interventionen und Einflussnahme auf Individualverhalten; Verkaufseinschränkungen, Werbeverbote, Angebots-/Preissteuerung (z.B. alkoholfreies Bier nicht teurer als übliches Bier)
Ultraviolettstrahlung	Hautkrebs	Verbessertes Sonnenschutzverhalten, Verfügbarkeit adäquater Produkte; Vorbildfunktion von Schule, Arbeit, Verein etc.
Röntgenstrahlung	Diverse Krebsarten	Reduktion der berufsbedingten Expositionen, Beschränkung der medizinischen Exposition auf das absolut Notwendige
Chronische Infektionen + Hepatitis B/C Virus + Humane Papillomaviren + Helicobacter pylori	Leberkrebs Gebärmutterhalskrebs Magenkrebs	Hepatitis B Impfung HPV Impfung Verbesserung der Aufbewahrung von Nahrungsmitteln
Umweltschadstoffe (z.B. radioaktives Radonisotop)	Lungenkrebs	Sanierung von stark belasteten Häusern
Berufsbedingte Schadstoffexposition Liste der vom IARC deklarierten krebserregenden Stoffe, z.B. Asbest	Diverse Krebsarten Mesotheliom	Vermeidung der Exposition gegenüber den krebserregenden Stoffen, bes. im Arbeitsbereich.

Quelle: BAG 2009,^a eigene Zusammenstellung (Stutz, von Wartburg).

verursachen auch andere, nicht übertragbare Krankheiten.¹⁴ Die Risikofaktoren sind Folgen gesellschaftlicher Veränderungen wie Industrialisierung, Urbanisierung, ökonomische Entwicklungen und zunehmende Globalisierung (z.B. des Lebensmittelmarktes).

Neuere Studien am Beispiel von beeinflussbaren Risikofaktoren zeigen, dass umfassende Methoden der Prävention auch kostenwirksam sind.¹⁵

Weniger auf der individuellen als auf der strukturellen Ebene sind Risiken aufgrund einer Belastung durch Umweltschadstoffe sowie berufsbedingte Schadstoffexpositionen zu beeinflussen. Mit der Klimaerwärmung hat die Diskussion um umweltbedingte Schadstoffe wieder an Bedeutung gewonnen, so auch

^a www.bag.admin.ch

die Thematik des Krebsrisikos durch privaten Verkehr (Feinstaub, Mikro- und Nanopartikel). Auch die Auswirkungen des natürlichen Radons sowie das Telefonieren mit Mobiltelefonen wurden vermehrt untersucht.

Bei Tumoren mit eindeutig infektiöser Ursache (z.B. Gebärmutterhalskrebs; primäres Leberzellkarzinom) oder solchen, die auf eine Strahlenbelastung zurückzuführen sind, bestehen wirksame Präventionsmassnahmen in Impfungen und Strahlenschutzmassnahmen (aktualisierte Informationen beim BAG oder bei den kantonalen Behörden^a). Im Jahr 2009 liefen die kantonalen HPV-Impfprogramme an, gemäss Empfehlung der eidgenössischen Impfkommision und des BAG (siehe Kasten).

Soziale Gesundheitsdeterminanten

Der Gesundheitszustand des Individuums oder bestimmter Gruppen wird hauptsächlich von Faktoren aus sechs Einflussbereichen mitbestimmt.¹⁶

- + Soziale Sicherheit und Chancengleichheit
- + Beschäftigung und Arbeitswelt
- + Bildung und Befähigung
- + Lebensraum und natürliche Umwelt
- + Wohnen und Mobilität
- + Lebensmittelproduktion und -konsum

Diese Faktoren sind eine besonders grosse Herausforderung bei der Prävention und Gesundheitsförderung von verbreiteten nicht übertragbaren Krankheiten, die in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen haben und zum Teil immer noch zunehmen.

Wirksame Krebsprävention: HPV-Impfung*

Jährlich erkranken in der Schweiz rund 230 Frauen an einem invasiven Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom), etwa 90 sterben daran. Zusätzlich wird pro Jahr bei etwa 5000 Frauen eine Krebsvorstufe, die schwere Dysplasie der Zervix (CIN2 oder CIN3), festgestellt und behandelt. Das Zervixkarzinom ist eine der wenigen Krebsarten, bei denen gut wirksame und relativ einfache Massnahmen zur Primärprävention (Kondomgebrauch, HPV-Impfung) und Sekundärprävention (Krebsabstrich zur Früherkennung) zur Verfügung stehen, denn über 95 % aller Zervixkarzinome werden durch eine chronische Infektion mit Viren, den Humanen Papilloma-Viren (HPV) ausgelöst, die durch Geschlechtsverkehr übertragen werden. Besonders stark krebserrregend sind die HPV-Varianten 16 und 18.

Die zur Zeit verfügbaren Impfstoffe sind für die Impfung von Mädchen und Frauen zwischen neun (Gardasil[®]) respektive zehn (Cervarix[®]) und 26 Jahren zugelassen. Je früher die Impfung erfolgt, umso höher ist der Impfschutz. Das BAG hat die Impfung Ende 2008 entsprechend den Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF) zugelassen:

- + Basisimpfung für alle Mädchen im Alter von 11 bis 14 Jahren (vor dem 15. Geburtstag)
- + Von 2008 bis 2013 «Nachholimpfungen» für junge Frauen von 15 bis 19 Jahren
- + Impfung nach dem 19. Geburtstag aufgrund der individuellen Situation (Alterslimite aktuell 26 Jahre)

Der Bundesrat hat punkto Kostenübernahme beschlossen, dass die Kosten für die HPV-Impfung ab 1. Januar 2008 von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden, sofern die Impfung im Rahmen von kantonal organisierten Programmen durchgeführt wird. Die Impfung wird von der Franchise befreit.

Die Impfung ist freiwillig.

Der Erfolg der HPV-Impfung lässt sich noch nicht beurteilen. Ob in der Schweiz dank der Impfung Inzidenz und Mortalität des Gebärmutterhalskrebses sinken, lässt sich vermutlich frühestens in 10 bis 15 Jahren sagen – so lange dauert es durchschnittlich, bis als Folge einer HPV-Infektion ein manifester Gebärmutterhalskrebs entsteht. Ein Rückgang von schweren Zellveränderungen am Gebärmutterhals könnte schon früher zu beobachten sein.

* Übersicht über die kantonalen Programme:
www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/03853/index.html?lang=de

Soziale Gegebenheiten wie geringes Einkommen, weniger Bildung, geringe Sprachkompetenz, fehlender sozialer Einfluss, weniger Gestaltungsfähigkeit in Familie und Arbeit sowie fehlende soziale Unterstützung beeinflussen auch das Krebsrisiko: Männer mit minimaler Schulbildung haben ein um 55 % höheres Risiko an Krebs zu sterben als Akademiker.⁴ Zudem bringen Berufe im Gastgewerbe oder in der Landwirtschaft ein erhöhtes Krebsrisiko mit sich.

Auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen ist sozial determiniert und stellt ein theoretisch lösbares Problem dar. Laut einer Genfer Studie haben finanziell besonders benachteiligte Brustkrebspatientinnen ein 2,43 mal höheres Risiko an der Krankheit zu sterben als besser situierte Frauen, obwohl sie sogar ursprünglich weniger durch die Krankheit betroffen waren.¹⁷

Früherkennungsinterventionen ausserhalb systematisch organisierter Programme wie z.B. ein Screening auf Gebärmutterhalskrebs (siehe Kapitel Früherkennung) haben mit aller Deutlichkeit erkennen lassen, dass gewisse Zielgruppen durch das Angebot nicht erreicht werden.

Nicht beeinflussbare Risikofaktoren

Nicht beeinflussbar sind das Alter, das Geschlecht und familiäre Risiken. Die genetische Basis für gewisse Tumorerkrankungen ist bekannt und erfordert eine differenzierte Prävention wie auch Früherkennung.¹² Chemische krebsauslösende Substanzen wirken potenziell erbschädigend. Aus Public Health Sicht ist dies wichtig, doch für die Primärprävention stehen diese Themen derzeit nicht im Zentrum.

Krebserkrankungen werden mit steigendem Lebensalter häufiger. Man geht davon aus, dass verhaltens- und umweltabhängige Risikofaktoren sich kumulieren und dass diese vom alternden Körper nicht mehr kompensiert werden können.¹²

Bei der gegenwärtigen demographischen Entwicklung wird es selbst dann zur Zunahme der Krebserkrankungen kommen, wenn noch mehr evidenzorientierte ineinandergreifende strukturelle und individuelle Präventionsmassnahmen realisiert werden. Gerade deshalb müssen die Präventionsbemühungen von staatlicher, wirtschaftlicher und privater Seite vorangetrieben werden. Jede verhinderte Krebserkrankung – oder andere chronische Erkrankung – erspart viel Leid, aber auch viele gesellschaftliche Probleme und Kosten. Bei Älteren treten oft mehrere chronische Krankheiten zugleich auf, was die medizinische Versorgung noch anspruchsvoller macht und das Risiko für dauerhafte Pflegebedürftigkeit erhöht.¹⁴ Erbliche

Faktoren sind gemäss heutigem, noch lückenhaften Wissensstand verhältnismässig selten. Wenn Krebskrankheiten in der direkten Verwandtschaft bekannt sind (v.a. Darm- und Brustkrebs), wirkt sich dies auf die Strategien der Prävention (zumeist Sekundärprävention) aus.

1.2.3 Gesundheitskompetenz

Die Gesundheitskompetenz bei allen Bürgern, speziell auch bei Patienten und besonders vulnerablen Zielgruppen zu fördern ist eine Notwendigkeit auf allen Ebenen der Interventionen (Gesundheitsförderung, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention). Gesundheitskompetenz steht für die Fähigkeit, bewusste Entscheidungen für ein gesundes Verhalten zu treffen. Wie das Beispiel «Rauchstopp» zeigt, lohnt es sich auch bei bereits bestehendem Risiko, die Gesundheitskompetenz zu fördern und Handlungsspielräume erfahrbar zu machen.

2

Krebsprävention in der Schweiz 2005–2010

Zu den in Tabelle 2 (S. 28) genannten vermeidbaren Risikofaktoren, die eine strukturelle und individuelle Prävention nahelegen, wurden über die Dauer des Nationalen Krebsprogramms 2005–2010 einige Präventionsstrategien wirksam umgesetzt. Der Bundesrat hat drei Programme zu relevanten Risikofaktoren in Auftrag gegeben: das Nationale Programm Tabak (NPT) 2008–2012,⁸ das Nationale Programm Ernährung und Bewegung (NPEB) 2008–2012⁷ und das Nationale Programm Alkohol (NPA) 2008–2012.⁹ Unmittelbar für das Thema relevant ist auch der Gesetzesentwurf für das Bundesgesetz für Prävention und Gesundheitsförderung,¹⁸ dessen Erarbeitung in die Zeit des Nationalen Krebsprogramms 2005–2010 fiel.

2.1 Prävention im Bereich Tabakkonsum

Tabakkonsum ist einer der wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren für Krebs. In ca. 90 % der Fälle von Lungenkrebs stellt die (aktuelle oder frühere) Nikotinabhängigkeit die wichtigste Ursache dar. Auch für andere vorzeitige Todes- und Krankheitsfälle ist der Tabakkonsum in unserer Gesellschaft die wichtigste vermeidbare Ursache. Jährlich sterben in der Schweiz mehr als 9000 Personen an den Folgen des Tabakkonsums.¹⁹

2.1.1 Das Nationale Programm Tabak (NPT) 2008–2012

Das nationale Tabakprogramm konzentriert sich auf folgende Handlungsfelder: Information und Meinungsbildung, Gesundheitsschutz und Marktregulierung, Verhaltensprävention sowie Koordination und Zusammenarbeit.

Der Anteil der 14- bis 65-jährigen in der Schweiz wohnhaften Personen, die rauchen, lag 2009 wie auch 2008 bei 27%, in den beiden Jahren davor bei 29%, im Jahr 2001 hatte er noch 33% betragen.²⁰ Dieser Rückgang hängt damit zusammen, dass seit dem Jahr 2000 mit dem zweiten Tabakpräventionsprogramm des Bundes entsprechende evidenzorientierte strukturelle Präventionsmassnahmen nach internationalem Vorbild verstärkt wurden, auch wenn kaum auszumachen ist, welche Massnahme genau in welchem Ausmass zu dieser Entwicklung beigetragen hat. Es ist bekannt, dass die beste Wirkung mit einem vielschichtigen Vorgehen erzielt wird.

Trotz dieser positiven Entwicklung steht der Tabakkonsum in unserer Gesellschaft nach wie vor als Verursacher vorzeitiger Todes- und Krankheitsfälle mit Abstand an erster Stelle. Von Raucheranteilen um 15%, wie sie bereits einige Bundesstaaten in den USA und Australien kennen, sind wir in der Schweiz noch weit entfernt.

Laut Tabakmonitoring von 2009 möchten 51% der Raucherinnen und Raucher zu rauchen aufhören.²⁰ Nur sehr wenigen gelingt der Ausstieg auf Anhieb, denn Nikotin macht sehr stark abhängig. Mit Massnahmen zur Verhaltens- und zur Verhältnisprävention lohnt es sich hier Unterstützung zu leisten. Dies ist das Ziel des Nationalen Programms Tabak (NPT) 2008–2012.⁹

2.1.2 Massnahmen zur Verhältnisprävention

Verhältnis- oder strukturelle Präventionsmassnahmen sind z.B. der Schutz vor Passivrauchen, Steuererhöhungen für Tabakprodukte und Abgabebeschränkungen an Jugendliche sowie weitere in der WHO-Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle²¹ aufgeführte Massnahmen. Die Schweiz hat die Rahmenkonvention der WHO im Jahr 2004 unterschrieben, bisher aber nicht ratifiziert. Das grösste Hindernis ist die aktuelle Gesetzgebung zur Werbung für und Promotion von Tabakwaren.

Wirkungsvolle Massnahmen, die in den letzten Jahren in der Schweiz umgesetzt wurden, sind Schutz vor Passivrauchen und Steuererhöhungen auf Tabakprodukte. Die Krebsliga Schweiz KLS unterstützt die Bemühungen zum Schutz vor Passivrauchen auf nationaler und kantonaler Ebene – auf nationaler Ebene hauptsächlich im Verbund mit Partnerorganisationen wie der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention, der Lungenliga Schweiz, der Schweizerischen Herzstiftung und der Sucht Info Schweiz – vormals SFA – und als Teil der breiten Allianz, die im Mai 2010 die Volksinitiative zum Schutz vor Passivrauchen eingereicht hat. In den Kantonen war die KLS u.a. ebenfalls Mitträgerin zahlreicher kantonaler Volksinitiativen. BAG (Nationale Präventionsprogramme) und KLS wollen ihre Zusammenarbeit intensivieren.

Die revidierte Tabakverordnung trat im Mai 2006 in Kraft. Mit ihr wurden in der Schweiz Neuerungen eingeführt, die aus der *2001/37 EC Directive on Tobacco Products* aus dem Jahr 2001²² resultieren. Im Zuge der Verordnung wurde seit 2005 zweimal die Tabaksteuer angehoben und durch Änderung des Tabaksteuergesetzes mit Gültigkeit ab 1. Januar 2010 auch die Besteuerung von Feinschnitttabak, Zigarillos, Zigarren und Schnitttabak erhöht. Die schweizerische Gesetzgebung zur Tabakbesteuerung ist seit den letzten Anpassungen europakompatibel.

2.1.3 Massnahmen zur Verhaltensprävention

Eine wirksame Politik zur Einschränkung des Tabakkonsums muss auch die Ebene des individuellen Verhaltens einbeziehen, beispielsweise durch Wissensvermittlung, Einfluss auf die Einstellung, Stärkung des Selbstvertrauens und der Fähigkeit, ein anvisiertes Ziel erreichen zu können, oder effiziente Entwöhnungshilfen. Die Hauptakteure sind die Krebsliga Schweiz, die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz, die Lungenliga, der Tabakpräventionsfonds, die Eidgenössische Kommission für Tabakprävention (EKTP) und das BAG.

Dank dem seit April 2004 aktiven Tabakpräventionsfonds konnten viele Präventions- und Forschungsprojekte zur Förderung des Nichtrauchens, Grundlagenarbeit im Bereich Wissen und Information, u.a. die Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum (Tabakmonitoring), sowie eine umfassende Arbeit zu transkulturellen Fragen der Prävention finanziert werden. Der Tabakpräventionsfonds finanziert aktuell Programme in vier Kantonen mit. Drei weitere haben entsprechende Anträge gestellt.

Der Tabakpräventionsfonds wurde auf Initiative von Nichtregierungsorganisationen, darunter die Krebsliga Schweiz, in Analogie zum Fonds für Tabakpflanzler (SOTA Fonds) geschaffen. Er wird durch eine Sonderabgabe von 2,6 Rappen pro Zigarettenpäckchen finanziert. Jährlich stehen für die Prävention so rund 16 Millionen CHF zur Verfügung.

Förderung des Nichteinstiegs, des Rauchstopps und des Schutzes von Nichtrauchernden

Diese Schwerpunkte werden im Rahmen des NPT behandelt; deren Umsetzung wird von diversen Organisationen unterstützt.

Laut einer Untersuchung unter britischen Ärzten zur Sterblichkeit über einen Zeitraum von fünfzig Jahren lässt sich die tabakbedingte Sterblichkeit am schnellsten senken, indem man die Anzahl Personen erhöht, die mit Rauchen aufhören.²³ Daher legte das Nationale Rauchstopp-Programm in den letzten Jahren das grösste Gewicht auf die Ansprache und Begleitung der Patienten und Klienten beim Rauchstopp im medizinischen Umfeld (Arzt- und Zahnpraxen, Apotheke und im Spital). Das Nationale Rauchstopp-Programm wird von der Krebsliga Schweiz, der Schweizerischen Herzstiftung und der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention getragen und vom Tabakpräventionsfonds mitfinanziert.^b

Massenmediale Kampagnen

Im Jahre 2001 startete das BAG seine massenmediale Kampagne im Bereich Tabak unter dem Slogan «Rauchen schadet...». Bis 2003 standen die schädlichen Auswirkungen des Rauchens im Zentrum, ab 2004 lag der Schwerpunkt beim Schutz vor Passivrauchen. Seit 2006 läuft die Kampagne unter dem Motto

«Bravo». Die Kampagne 2009 lief unter dem Motto «Eigentlich logisch – weniger Rauch, mehr Leben». Eine neue Kampagne wird ab 2011 unter geändertem Erscheinungsbild und abgewandelter Botschaft weiter geführt.

Fazit In Teilbereichen der Tabakprävention wurde in der letzten Periode ein gesellschaftliches Umdenken erreicht. Fortschritte sind hier klar zu erkennen. Die Präventionsmassnahmen dürfen nicht nachlassen und die Koordination muss weiterverfolgt werden.

2.2 Ernährung und Bewegung

Eine gesunde und ausgewogene Ernährung ist eine wichtige Determinante für das gesunde Körpergewicht; sie kann auch das Krebsrisiko verringern. Auch das Bewegungsverhalten spielt eine wichtige Rolle.^{24,25} Beim Dickdarmkrebs belegen epidemiologische Daten die Wirkung von primärpräventiven Massnahmen in diesen Bereichen.²⁶

Gemäss der Schweizer Gesundheitsbefragung SGB07²⁷ besteht bei Körpergewicht und Ernährungsverhalten der Schweizer Bevölkerung grosser Handlungsbedarf. Die Zahl der übergewichtigen Menschen jeden Alters ist in den letzten Jahren stark angestiegen: 2002 waren 37 % der Bevölkerung übergewichtig oder adipös, zehn Jahre zuvor waren es noch 30 % gewesen. Dieses Phänomen ist auch bei den Kindern bekannt. Die durch Übergewicht und Adipositas sowie durch die damit verbundenen Krankheiten verursachten Kosten beliefen sich 2001 auf CHF 2,7 Milliarden und verdoppelten sich auf 5,8 Milliarden im 2004.²⁸

Weiterhin zeigten die Daten des BAG von 2009,²⁹ dass sich nur rund 40 % der Bevölkerung ausreichend bewegen. Die Geschlechter- und Altersunterschiede haben abgenommen, die Unterschiede nach Nationalität und Sprachregionen bleiben substanziell.

Jedenfalls bleibt viel zu tun, vor allem bei bestimmten Zielgruppen, die dafür bekannt sind, dass sie sich weniger bewegen oder schlechter ernähren als der Durchschnitt. Dazu gehören vor allem junge und weniger gebildete Männer und Frauen.

Hauptakteure des öffentlichen und Non-Profit-Bereichs auf dem Gebiet Ernährung und Bewegung sind das BAG, das Bundesamt für Sport (BASPO) und die Gesundheitsförderung Schweiz. Auch die Krebsliga Schweiz beteiligt sich am Thema Ernährung, die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE),

^b Dank dem Tabakpräventionsfonds konnten auch Online-Informationen speziell für Jugendliche verbessert werden: www.feelok.ch; www.tschau.ch; www.ciao.ch

^c www.actionsante.ch

^d www.moseb.ch

^e www.5amTag.ch, Nationale Kampagne zur Förderung des Konsums von Gemüse und Früchten.

^f www.gesundheitsfoerderung.ch, Kantonale Aktionsprogramme; Nationales Forum für Betriebliche Gesundheitsförderung.

^g www.suissebalance.ch

^h www.fourchetteverte.ch

nutrinet.ch, das Netzwerk Ernährung und Gesundheit, und hepa.ch, das Netzwerk für Gesundheitsförderung durch Sport und Ernährungsberaterinnen. Auch die Partner aus der Privatwirtschaft spielen im Ernährungsbereich eine wichtige Rolle, z.B. Nahrungsmittelproduzenten, Grossverteiler, Gemeinschaftsgastronomie und generell die Gastronomie.

2.2.1 Nationales Programm Ernährung und Bewegung (NPEB) 2008–2012

Um die Bevölkerung und insbesondere die Jugendlichen zu motivieren, sich ausgewogen zu ernähren und genügend zu bewegen, hat das BAG das Nationale Programm Ernährung und Bewegung (NPEB) 2008–2012 lanciert. Damit sollen Übergewicht/Adipositas, Essstörungen und damit verbundene nicht übertragbare Krankheiten wirksam bekämpft werden. Die fünf Zielbereiche umfassen:

- + Nationale Koordination sicherstellen
- + Ausgewogene Ernährung fördern
- + Bewegung und Sport fördern
- + Integrierte Ansätze zur Förderung eines gesunden Körpergewichts unterstützen
- + Beratungs- und Therapieangebote optimieren

Actionsanté – Besser essen, mehr bewegen

Eine Initiative des Bundesamts für Gesundheit (BAG) im Rahmen des NPEB 2008–2012 lautet «Actionsanté – Besser essen, mehr bewegen». ^c Hier finden sich potenzielle Partner aus Wirtschaft und Institutionen zusammen. Sie planen Aktionen und schaffen Voraussetzungen, um die Menschen zu ermutigen, ihre Gewohnheiten umzustellen, einen aktiveren Lebensstil zu pflegen und sich ausgewogener zu ernähren, um dadurch ebenfalls einen Beitrag zur Senkung des Krebsrisikos zu leisten.

Monitoring-System Ernährung und Bewegung (MOSEB)

Eine wichtige Grundlage, um Präventionsmassnahmen zu initiieren oder anzupassen und um andererseits die Lebensmittelsicherheit zu gewährleisten, ist das Monitoring-System Ernährung und Bewegung (MOSEB), ^{d,30} die fortlaufende und systematische Sammlung von vergleichbaren und repräsentativen Daten zu bestimmten Indikatoren der Ernährungs- und Bewegungssituation in der Schweiz. Es nutzt wo möglich bereits etablierte Datenquellen. Das Monitoring beschreibt Entwicklungen und lässt Veränderungen erkennen.

«5 am Tag»

Die Krebsliga unterstützt seit 2001 die Kampagne «5 am Tag» ^e mit Finanz- und Personalressourcen. Träger der Kampagne sind zusätzlich das Bundesamt für Gesundheit und bis Ende 2009 auch Gesundheitsförderung Schweiz. Ziel der «5 am Tag»-Kampagne ist eine Steigerung des Gemüse- und Früchteverzehr auf mindestens fünf Portionen am Tag. Studien, unter anderem von Boffetta ³¹, weisen auf einen Zusammenhang zwischen Übergewicht und einem erhöhten Risiko für Krebs und anderen schweren Gesundheitsstörungen (wie Herzkrankheiten, Schlaganfall und Zuckerkrankheit) hin. Der regelmässige Verzehr von viel Gemüse und Früchten ist ein zentraler Faktor zum Erhalt resp. Erzielen eines gesunden Körpergewichts und somit ein wichtiger Einflussfaktor zur Krebsprävention.

Gesundheitsförderung Schweiz

Eine grosse Mehrheit der Kantone implementiert respektive plant kantonale Aktionsprogramme zu gesundem Körpergewicht ^f und spricht gezielt Kinder und Jugendliche an.

Jedes Aktionsprogramm basiert auf mehreren Säulen: Es fördert unter anderem gesunde Ernährung und Bewegung bei Kindern und Jugendlichen, weiterhin fördert es langfristige Veränderungen in den Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen in den Kantonen. Jährlich organisiert Gesundheitsförderung Schweiz eine Netzwerktagung zum Erfahrungsaustausch zwischen den Programmverantwortlichen.

Suisse Balance

Auch das Kompetenzzentrum Suisse Balance ^g verfolgt den kombinierten Ansatz Bewegung und Ernährung, unterstützt von BAG und Gesundheitsförderung Schweiz. ^f Suisse Balance motiviert und überzeugt andere Akteure, im Bereich Ernährung und Bewegung selbständig Initiativen zu ergreifen, beispielsweise mit Partnern aus der Landwirtschaft, der Nahrungsmittelindustrie, von Medien und Grossverteilern, und vernetzt Massnahmen unterschiedlicher Fachkreise.

Fourchette verte

Der Verband fourchette verte Schweiz ^h vergibt mit der Unterstützung der Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS) und von Gesundheitsförderung Schweiz ein Qualitäts- und Gesundheitslabel für Restaurationsbetriebe, welche ausgewogene Mahlzeiten anbieten. Damit soll auch Menschen, die auf Auswärtsessen angewiesen sind, eine ausgewogene Ernährung in einem angenehmen und gesun-

den Umfeld angeboten werden (Nichtraucherzone, Hygiene, Abfalltrennung). Der Verband hat weiterhin zum Ziel, bei Angestellten der Restaurationsbetriebe die Kenntnisse über den Zusammenhang zwischen Ernährung und Gesundheit zu verbessern.

Fazit Im Bereich Ernährung und Bewegung wurden viele Bestrebungen initiiert. Das Potenzial für Prävention ist hoch. Die hier relevanten Risikofaktoren spielen nicht nur für Krebs, sondern auch für andere sehr verbreitete chronische Krankheiten eine ganz wesentliche Rolle.

2.3 Alkohol

Zwischen Alkoholkonsum und der Erkrankung an verschiedenen Krebsarten bestehen eindeutige Zusammenhänge. Rehm und Mitarbeiter³² halten in ihrem Bericht «Alcohol-attributable mortality and burden of disease in Switzerland» Krebsarten fest, die mit Alkoholkonsum korreliert sind, so z.B. Mund-, Rachen-, Speiseröhren-, Magen-, Leber- und Bauchspeicheldrüsenskrebs. Auch wurden Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und Brustkrebs beschrieben. Für das Jahr 2002 wurden in der Schweiz 1227 Todesfälle und 12 271 verlorene Lebensjahre aufgrund von Krebs im Zusammenhang mit Alkoholkonsum berechnet. Rund 300 000 Personen in der Schweiz sind alkoholabhängig.³³

Als einer der wichtigsten Risikofaktoren für chronische Krankheiten verursacht problematischer Alkoholkonsum jährlich Kosten von über CHF 6,5 Milliarden.³⁴ Hauptakteure auf nationaler Ebene sind das BAG, die Eidgenössische Alkoholverwaltung EAV, die Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen (EKAL), die Suchtinfo Schweiz, InfoDrog, der Fachverband Sucht und GREA sowie das Blaue Kreuz.

2.3.1 Nationales Programm Alkohol (NPA) 2008–2012

Auch im Bereich Alkohol wurde ein nationales Programm lanciert, das Nationale Programm Alkohol (NPA) 2008–2012. Seine Vision lautet: Wer alkoholische Getränke konsumiert, tut dies, ohne sich oder andere zu gefährden. Zentrales Ziel ist die Reduktion der negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums auf das öffentliche Leben (weniger Gewalt, Unfälle sowie der Schutz von unbeteiligten Dritten) und auf die Volkswirtschaft (Senkung der Kosten).

Bei der WHO wurde man sich bewusst, dass die zwiespältige Problematik des Alkohols – einerseits Kulturgut, andererseits sucht- und krankheitserregende Substanz – jahrelang den Aufbau ähnlicher Präventionsstrategien wie beim Tabak verhindert hat.³⁵ An der World Health Assembly WHA³⁶ wurde im Mai 2010 zu einem dezidierten Vorgehen aufgefordert. Mit Alkoholpräventionskampagnen soll erreicht werden, dass die Konsumenten ihren Alkoholkonsum kritisch hinterfragen und dass in der Gesellschaft die Bereitschaft für Massnahmen der Alkoholprävention wächst. Die Kampagne «Alles im Griff» lief von 1999 bis 2008, mit prägnanten Botschaften und Sujets, die über die Jahre angepasst wurden. Zurzeit wird im Rahmen des Nationalen Programms Alkohol NPA 2008–2012 überprüft, wie die Thematik der Alkoholprävention künftig in der Öffentlichkeit präsent sein soll.

Fazit Auch beim problematischen und regelmässigen Alkoholkonsum besteht noch ein sehr hoher Handlungsbedarf.

2.4 Aktivitäten gegen Risikofaktoren in der Umwelt und am Arbeitsplatz

2.4.1 UV-Strahlung

Die Schweiz weist eine der höchsten Erkrankungsraten am malignen Melanom (schwarzer Hautkrebs) in Europa auf.³⁷ Auch der helle, noch wesentlich stärker UV-abhängige Hautkrebs ist ausserordentlich häufig. Das Risiko vor allem für den hellen Hautkrebs kann durch vernünftigen Umgang mit der UV-Strahlung beeinflusst werden.

Seit mehreren Jahren ist die Krebsliga aktiv und führt einen Hautkrebstag zur Information der Bevölkerung durch. Weiter stellt sie aktuelles Informationsmaterial zu den Themen Sonnenschutz und Früherkennung zur Verfügung und unternimmt zahlreiche Medienaktivitäten. Zu Solarien und Vitamin D werden Studien durchgeführt. Auf dem Gebiet sind auch die Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie, pharmaSuisse, der Schweizerische Apothekerverband sowie die Suva aktiv.

2.4.2 Umweltschutz – nachhaltige Entwicklung

Exemplarisch soll hier auf die Luftverschmutzung eingegangen werden, die zur Entstehung von Krebs beiträgt (und sich darüber hinaus auf viele andere Bereiche wie Lungenkrankheiten, Herz-Kreislaufkrankungen usw. auswirkt). In der Luftreinhalte-Verordnung³⁸ sind für einige Schadstoffe Immissionsgrenz-

werte (zulässige Belastungswerte in der Atmosphäre) festgelegt. Für weitere rund 150 Stoffe werden Emissionsgrenzwerte (Schadstoffkonzentration im Abgas oder in der Abluft) festgelegt. Das Krebsrisiko wird beispielsweise durch Feinstaub (PM10), flüchtige organische Verbindungen (VOC) und Benzol (C6H6) erhöht. Zur Senkung der Schadstoffemissionen im Verkehr bilden Abgasvorschriften für Motorfahrzeuge, Flugzeuge und Schiffe die Grundlage. Sollen in diesem Bereich die Emissionen wirksam zurückgehen, sind jedoch Massnahmen nötig. Hauptakteure auf nationaler Ebene sind das Bundesamt für Umwelt (BAFU), das Bundesamt für Raumentwicklung (ARE) und die Ärzte für Umweltschutz.

2.4.3 Gesundheit am Arbeitsplatz

Für Fragen der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz gibt es gesetzliche Erlasse, die entsprechende Massnahmen regeln. Dazu gehören auch Vorschriften zum Umgang mit krebserzeugenden Stoffen.

Die betriebliche Gesundheitsförderung hingegen ist noch wenig etabliert. Hierzu gehören – im engeren und weiteren Zusammenhang mit Krebs – der Schutz vor Passivrauchen, die Unterstützung bei Tabakstopp, Alkoholprävention, Angebote für gesunde Ernährung und Bewegungsförderung, Stressprävention und viele mehr.

Relevante Akteure auf nationaler Ebene sind die Eidgenössische Kommission für Arbeitssicherheit (EKAS), das Schweizer Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO), die Suva, Gesundheitsförderung Schweiz sowie der Schweizerische Verband für betriebliche Gesundheitsförderung (SVBGF). Zudem wurde ein nationales Forum für die betriebliche Gesundheitsförderung geschaffen, in dem die zentralen Partner eingebunden sind.

2.5 Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung

Der Gesetzesentwurf über das Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung¹⁸ fiel in die Zeit des Nationalen Krebsprogramms 2005–2010 und könnte die Periode des Nationalen Krebsprogramms 2011–2015 stark prägen.

Im September 2007 erteilte der Bundesrat dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) den Auftrag, zur Überwindung der Strukturschwäche in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung sowie Früherkennung neue gesetzliche Grundlagen zu erarbeiten, um die Steuerung, die Koordination und die Effizienz von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherken-

nungsmassnahmen zu verbessern und damit zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz beizutragen (Stand Drucklegung November 2010).ⁱ

Fazit Die Wirksamkeit der drei nationalen Präventionsprogramme wird ab 2011 evaluiert, sodass Aussagen dazu noch verfrüht sind. Bei der Prävention von Krebs und anderen nicht übertragbaren Krankheiten ist es wichtig sich zu vergewärtigen, welche Aktionen bereits laufen und in welchen Bereichen Kooperationen mehr bewirken könnten, bevor Investitionen in neue Projekte und Produkte erfolgen.

3

Die Schweiz im internationalen Vergleich

Krebsprävention ist ein internationales Anliegen. In den industrialisierten Ländern stehen wie in der Schweiz bei der Krebsprävention vor allem Gesundheitsprobleme im Fokus, die eng mit dem heutigen Lebensstil verknüpft sind: Tabakkonsum, ungesunde Ernährung, Übergewicht und Bewegungsmangel.

3.1 Präventionsprogramme in europäischen Ländern und den USA

Auch in den Nachbarländern der Schweiz, in weiteren Ländern Europas und in den USA werden Strategien und Massnahmen zur Krebsprävention erarbeitet: von nationalen und regionalen Gesundheitsbehörden (in der Schweiz vom BAG und von den kantonalen Gesundheitsdirektionen), von Gesundheitsorganisationen (wie der Krebsliga) und von lokalen Organisationen (wie den kantonalen Krebsligen) (Tab. 3). Bei der Mehrheit der Staaten ist eine staatliche Organisation für die strategischen Aspekte der Krebsprogramme zuständig (in der Regel offizielle, von den Regierungen beschlossene Programme) oder das Ministerium hat einen Sitz in der Trägerschaft.

Die Präventionsempfehlungen und -massnahmen der Krebsprogramme konzentrieren sich in diesen Ländern auf die folgenden Gesundheitsrisiken:

ⁱ www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/index.html?lang=de

Tab. 3 Nationale Krebsprogramme in Europa (Auswahl) und in den USA.

Land	NKP ¹	Krebsp. ²	Weitere Informationen
Frankreich	Ja	Ja	www.e-cancer.fr/en/plancancer-2009-2013
Italien	Ja	Ja	www.salute.gov.it/dettaglio/phPrimoPianoNew.jsp?id=264
Österreich	In Planung	–	
Deutschland	Ja	Nein	www.bmg.bund.de/nn_1168720/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/N/Glossar/begriff-Nationaler-Krebsplan.html Krebsprävention: Aufgabe der Deutschen Krebsgesellschaft http://blogs.globalink.org/uicc/templates/uicc/pdf/eb-europe/deu/beilage.pdf
Dänemark	Ja	Ja	www.sst.dk/publ/Publ2005/PLAN/kraeftplan2/KraeftplanII_UK/KraeftplanII_UK_med.pdf
Niederlande	Ja	Ja	www.npknet.nl
Belgien (flämischer Teil)	Ja	Ja	www.tegenkanker.be/onderzoeksrapport
Grossbritannien	Ja	Ja	www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_081006
Spanien	Ja	Ja	www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancer-cardiopatia/CANCER/opsc_est1.pdf.pdf
Portugal	Ja	Ja	
Ungarn	Ja	Ja	
USA	Ja	Ja	apps.nccd.cdc.gov/CCCSearch/Default/Default.aspx

¹ Nationales Krebsprogramm

² Krebsprävention Teil des NKP

Rauchen, Tabakkonsum und Passivrauchen

- + Massnahmen zur Motivation für einen Rauchstopp
- + Unterstützung beim Rauchstopp
- + Vorbeugung des Tabakkonsums bei jungen Menschen
- + Restriktionen bei der Promotion und beim Konsum
- + Preise, Steuerpolitik, Warnhinweise, Werbe- und Abgabebeschränkungen, Produktzusammensetzungen
- + Rauchverbote am Arbeitsplatz, in öffentlichen Räumen

Ernährung und Übergewicht

- + Förderung einer gesunden Ernährung mit vielen Früchten, Gemüse und Fasern
- + Empfehlungen für das Vermeiden ungesunder Ernährungsgewohnheiten (z.B. Aufnahme von tierischen Fetten)
- + Motivation für den Abbau von Übergewicht
- + Kennzeichnung von Produkten (z.B. Ampelsystem)

Bewegungsmangel

- + Massnahmen für die Motivation der Bevölkerung, sich mehr zu bewegen
- + Förderung «niederschwelliger» Bewegungsprogramme

Alkoholkonsum

- + Empfehlungen für einen risikoarmen Alkoholkonsum
- + Motivation für den Abbau des Alkoholkonsums bei riskantem Alkoholkonsum
- + Restriktionen beim Verkauf und beim Konsum
- + Preise

Tab. 4 Empfehlungen zur Krebsprävention des World Cancer Research Fund.^{3,j}

Empfehlungen	Public Health Ziel (Bevölkerungsebene)	Individuelles Ziel
Körperfettanteil «So schlank wie möglich bleiben, im Rahmen des Körpergewichts-Normbereichs»	Mittlerer Erwachsenen-BMI zwischen 21 und 23 Anteil der übergewichtigen und adipösen Bevölkerung in 10 Jahren maximal auf dem derzeitigen Stand, besser niedriger	Gewicht zu Ende der Adoleszenz bei BMI 21 Normalgewicht ab 21 Jahren halten, nicht zunehmen Zunahme des Taillenumfangs vermeiden
«Körperliche Aktivität als selbstverständlicher Teil des Alltags»	Anteil der überwiegend nicht aktiven Bevölkerung alle 10 Jahre halbieren, durchschnittlicher Aktivitätslevel (PAL) über 1,6	Äquivalent für 30 Minuten flottes Gehen als tägliches Minimum Ausbau der Aktivität parallel zur Fitnesssteigerung Bewegungsarme Beschäftigungen (z.B. TV sehen) reduzieren
«Energiedichte Nahrung limitieren, zuckerhaltige Getränke meiden»	Auf Populationsebene durchschnittlichen Konsum zuckerhaltiger Getränke alle 10 Jahre halbieren Durchschnittliche Energiedichte von Mahlzeiten auf 125 kcal/100 g senken	Vermeiden von Fast Food Energiedichte Nahrung zurückhaltend konsumieren, zuckerhaltige Getränke meiden
«Pflanzliche Nahrungsmittel überwiegen in der Ernährung»	Nichtstärkehaltige Gemüse und Obst: mindestens 600 g/Tag durchschnittlich Verzehr faserreicher Kost fördern	«5 am Tag» Getreideprodukte mit hohem Faseranteil bevorzugen, raffinierte stärkehaltige Nahrungsmittel begrenzen
«Tierische Lebensmittel, rotes Fleisch und Wurstwaren reduzieren»	Rotes Fleisch < 300 g/Woche, wenig verarbeitet	< 500 g rotes Fleisch pro Woche, wenig verarbeitet
«Alkoholkonsum limitieren»	Anzahl der Personen mit problematischem Alkoholkonsum um alle 10 Jahre 30 % reduzieren	Maximal 2 Drinks/Tag für Männer, 1 für Frauen
«In der Nahrungsmittelzubereitung Salzkonsum reduzieren, Schimmel meiden»	Salzverzehr unter 5 g/Tag Personenzahl mit Konsum über 6 g/Tag alle 10 Jahre halbieren Aflatoxinbelastung durch Schimmel minimieren	Vermeiden gesalzener, salzkonservierter Nahrungsmittel Begrenzung des Salzverzehrs auf 6g/Tag Verzicht auf schimmelige Nahrungsmittel
«Ausgewogene Ernährung, die Supplemente überflüssig macht»	Maximieren des Anteils der Bevölkerung, der den Nährstoffbedarf ohne Supplemente decken kann	Supplemente werden zur Krebsprävention nicht empfohlen

Infektionskrankheiten

- + Förderung der Primär- und Sekundärprävention von HPV-Infektionen/Dysplasien der Zervix/ Gebärmutterhalskrebs
- + Förderung der Primärprävention von Infektionen mit Hepatitisviren

Strahlenbelastung

- + Massnahmen zur Motivation der Bevölkerung, sich vor Sonnenlicht/UV-Strahlung zu schützen
- + Empfehlungen und Massnahmen für den Schutz vor zu hoher Radonbelastung

Umweltfaktoren

- + Massnahmen zum Gesundheitsschutz gegen schädliche Einflüsse wie Staub und Chemikalien am Arbeitsplatz und in der Umwelt (Gesetzgebung, Verbote, Umsetzung, Elimination, Kontrolle)
- + Information über die Gefahren von Feinstaub, Asbest etc.

j www.wcrf.org

Die Risikofaktoren werden in den einzelnen Ländern unterschiedlich gewichtet. Die meisten Länder legen – wie die Schweiz – das Schwergewicht ihrer Präventionsbemühungen auf die wichtigen «grossen» Risikofaktoren Rauchen, Ernährung/Übergewicht, Alkohol, Bewegungsmangel sowie Schutz vor UV-Strahlung. Kaum ein Land beschränkt sich auf weniger Faktoren. In den USA koordiniert die nationale Gesundheitsorganisation (Center for Disease Control) die Ausarbeitung von Krebsprogrammen in den Bundesstaaten. Dort spielt die Prävention ebenfalls eine wichtige Rolle. Inzwischen existieren nicht nur für alle Bundesstaaten und die Pazifik-Territorien der USA spezifische Krebsprogramme, sondern auch für Minderheiten. Empfehlungen gibt auch der World Cancer Research Fund,³ ein Nonprofit-Netzwerk mit Fokus auf globaler Krebsprävention. Tabelle 4 zeigt die Art der konkreten Empfehlungen für die Public Health- und die individuelle Ebene.

3.2 Präventions- und Früherkennungsprogramme der WHO und der EU

Die Empfehlungen zur Krebsprävention der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gewichten als weltweite Organisation die globale Situation stärker, indem sie die Prävention von Infektionskrankheiten^k empfehlen, die zu Krebs führen können. Die WHO fördert weltweit die Entwicklung nationaler Krebsprogramme^l unter Verantwortung der Regierungen. In Europa unterstützt die europäische Sektion der WHO die einzelnen Länder bei der Ausarbeitung nationaler Krebsprogramme. Die «International Agency for Research on Cancer» (IARC), eine Teilorganisation der WHO, liefert durch epidemiologische Forschung die Grundlageninformationen für die Erarbeitung der nationalen Krebsprogramme.

Die Europäische Union (EU) setzt in ihrer Gesundheitspolitik auch auf die Krebsprävention. Im «European Code Against Cancer»^m sind die Präventionsziele für Europa festgelegt. Diese konzentrieren sich auf die bereits genannten Risikofaktoren. Bei der Erarbeitung der Richtlinien besteht eine enge Zusammenarbeit mit der «European Cancer Patient Coalition».ⁿ

^k www.who.int/cancer/prevention/en

^l www.who.int/cancer/nccp/en

^m www.ecpc-online.org

ⁿ www.cancercode.org

Fazit Die Präventionsstrategien des Nationalen Krebsprogramms der Schweiz entsprechen weitgehend den Strategien, welche in anderen europäischen Ländern (durch deren Regierungen) implementiert wurden. Das Krebsprogramm setzt bei der Krebsprävention seine Schwerpunkte in den Bereichen, die auch von der WHO und der EU als besonders dringlich angesehen werden. Die Rolle des Staates könnte jedoch besser geklärt sein, damit die Prävention in eine Strategie eingebettet wird.

4

Leadership, Koordination und Kooperation

Bei wesentlichen Risikofaktoren wird, wie in den vorangehenden Abschnitten beschrieben, durch zahlreiche Akteure in der Schweiz bereits vieles gezielt bewegt, mit entsprechend sich abzeichnenden Erfolgen. Um den Weg in diese Richtung noch zu verbreitern, gilt es im Nationalen Krebsprogramm 2011–2015 vor allem in den Bereichen Steuerung, Koordination, Kooperation und Chancengleichheit gezielt anzusetzen.

4.1 Steuerung und Leadership

Um der neuen Krebsstrategie zu Erfolg verhelfen zu können, ist eine nationale Steuerung unabdingbar. Je besser die Krebsstrategie auf nationaler Ebene gesteuert werden kann, desto leichter fallen die Koordination und das Eingehen von Partnerschaften. So können Massnahmen aufeinander abgestimmt, der Fortschritt überprüft und rechtzeitig Korrekturen vorgenommen werden, sodass auch die Finanzmittel effizienter und effektiver zu nutzen sind.

Sinnvoll ist es, dass sich zentrale Akteure zu diesen Aufgaben absprechen, einigen und allenfalls für einzelne Bereiche Leadership übernehmen. Die Krebsprävention muss dabei in nationale Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien aufgenommen werden. Eine Rollenklärung und Aufgabenteilung auf Bundesebene zwischen den verschiedenen zuständigen Akteuren ist absolut notwendig, ebenso eine Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen.

Auch die Krebsliga Schweiz und die kantonalen Ligen sollten sich im schweizerischen Gesundheitswesen gemeinsam klar positionieren. Es gilt, gemeinsam Partnerschafts- und Kooperationsziele zu definieren mit dem Ziel, homogene Standards und Botschaften nach aussen zu vertreten, zu einer integrierten und ganzheitlichen Versorgung beizutragen sowie eine

Effizienzsteigerung der eingesetzten Finanzen zu erzielen. Auch fördert dieses Vorgehen die Glaubwürdigkeit und führt zu einem stärkeren Auftritt.

4.2 **Bessere Koordination – das Präventionsgesetz**

Ein möglicher Schritt für nationale Steuerung von umfassenden Präventionsstrategien könnte das Präventionsgesetz sein. Es besteht ein Mangel an Vernetzung und Koordination der Akteure und somit ein ineffizienter Mitteleinsatz. Der Mangel an Vernetzung und Koordination führt einerseits teilweise zu einem Überangebot an Informationen und Aktivitäten – z.B. im Bereich Ernährung, Bewegung – andererseits bestehen Lücken im Angehen von Themen und Problemkreisen. Dies betrifft nicht nur Krebs, sondern auch bei chronischen Erkrankungen besteht Handlungsbedarf.

Dachorganisationen und kantonale Organe fördern in unterschiedlichem Ausmass die Prävention und Früherkennung von Krebs. Andere chronische Krankheiten haben zum Teil die gleichen Risikofaktoren wie Krebs, z.B. Herz-Kreislaufkrankheiten, Diabetes, Osteoporose, Bluthochdruck oder Adipositas. Psychische Gesundheitsstörungen gehören zwar nicht in diese Reihe, aber sie beeinflussen den Erfolg von Prävention – auch der Früherkennung und Therapie – stark. Dies alles müssen Entscheidungsträger und Fachleute zur effektiven und effizienten Durchführung von Präventionsmassnahmen berücksichtigen.

4.3 **Kooperationsmöglichkeiten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung**

Erfreulicherweise ist heute allgemein anerkannt, dass beim Thema Krebs Gesundheitsförderung und Prävention Bestandteile einer Strategie sein müssen. Doch muss vermieden werden, hierzu das Rad neu zu erfinden und damit zur Überinformation oder zu widersprüchlichen Informationen beizutragen.

Ein Grundsatz könnte sein, für das Teilgebiet der gesundheitsfördernden Korrektur von Lebensstilfaktoren mit den Organisationen zusammen zu arbeiten resp. sich auf diese zu beziehen, die hier einen Auftrag haben (z.B. BAG). Die Standards, Empfehlungen und Botschaften dieser Organisationen sollen übernommen und allenfalls mit notwendigen Präzisierungen in Bezug auf die zu bearbeitenden Krankheiten ergänzt werden. Idealerweise werden zentrale Organisationen wie die Krebsliga Schweiz, die Schweiz. Diabetesgesellschaft, die Herzstiftung etc. zur Konsultation solcher

allgemeinen Lebensstilbotschaften mit einbezogen. Das Gleiche gilt auch für die Planung und Umsetzung von Lobbying-Arbeiten.

Ein weiterer Grundsatz sollte sein, dass Fachorganisationen ihre Aktivitäten und Verantwortung nahe an der Krankheit wahrnehmen und im Bereich der Schnittstellen-Themen wie Gesundheitsförderung und unspezifische Lebensstilfragen eher die Kooperation mit den entsprechenden Akteuren suchen.

4.3.1 **Verantwortliche auf nationaler Ebene**

Organisationen, die im engeren oder weiteren Zusammenhang mit Krebs im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention auf nationaler Ebene einen gesetzlichen Auftrag haben respektive sich auf nationaler Ebene engagieren, sind das Bundesamt für Gesundheit (BAG), das Bundesamt für Sport (BASPO), die Krebsliga Schweiz, Gesundheitsförderung Schweiz und die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE). In Bezug auf die Prävention der wichtigsten Risikofaktoren sind das zusätzlich u.a. die Arbeitsgemeinschaft Tabak (AT) und die Sucht Info Schweiz (ehemals Schweiz. Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenfragen, SFA), die Lungenliga, die Eidgenössische Kommission für Arbeitssicherheit (EKAS), das Schweizer Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO), die Suva, der Schweizerische Verband für betriebliche Gesundheitsförderung (SVBGF), das Bundesamt für Umwelt sowie das Bundesamt für Raumplanung.

4.3.2 **Verantwortliche auf kantonaler Ebene**

Für die Kooperation und Umsetzung von Strategien auf kantonaler Ebene sind das entsprechend die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), die kantonalen Krebsligen, die kantonalen Gesundheitsämter und die Delegierten für Prävention und Gesundheitsförderung sowie beauftragte Suchtfachstellen oder Gesundheitsförderungsfachstellen (z.B. die Stiftung Berner Gesundheit, BEGES, im Kanton Bern oder ZEPRA, ein Dienstleistungsangebot im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in den Kantonen St. Gallen und Graubünden), die kantonalen Arbeitsinspektorate und Ämter für Fragen des Umweltschutzes und der Raumplanung.

4.3.3 Organisationen mit Interessen in gleicher Zielrichtung

Strategisch ist es sinnvoll, sich mit Organisationen zu koordinieren und zu vernetzen, die sich mit Krankheiten befassen, deren Risikofaktoren sich mit denen für die Krebsentstehung überschneiden.

Nebst den bereits aufgeführten z.T. schon bestehenden Kooperationen sind aktuell weitere in Vorbereitung, so eine Kooperation mit der Herzstiftung sowie mit weiteren Organisationen der Schweiz. Gesundheitsligen-Konferenz GELIKO, welche die Interessen von Menschen mit chronischen Krankheiten vertritt, z.B. mit der Lungenliga im Bereich Lungenkrebs, der Schweiz. Diabetesgesellschaft im Bereich Ernährung und der AIDS-Hilfe im Bereich Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten.

Die schweizweiten Netzwerke Nutrinet – Ernährung und Gesundheit – und Hepa – Gesundheitsförderung durch Sport – unterstützen die Vernetzung, Information und Koordination in diesem Bereich. Auch das Forum für betriebliche Gesundheitsförderung bietet eine mögliche Kooperationsplattform.

Ein Projekt im Ernährungsbereich, das sich für eine Kooperation anbietet, ist Action D, das sich für die Diabetesprävention einsetzt.^o Das Projekt wird von den Krankenversicherern Helsana, Visana und Xundheit sowie von Gesundheitsförderung Schweiz finanziert. Gesundheitsförderung Schweiz weist seit kurzem auf die Bedeutung der nachhaltigen Entwicklung (Ökologie) hin. Es besteht die Chance, auf gleicher Augenhöhe neue Verbindungen, Partnerschaften und Allianzen mit den Behörden, Organisationen und Fachstellen einzugehen.

^o www.actiond.ch

^p www.sanaprofil.ch

^q www.gesundheitscoaching-khm.ch

^r Netzwerk gesundheitsfördernder Spitäler, Healthy Hospital: www.healthhospitals.ch

^s www.Migesplus.ch

^t www.transpraev.ch, Projekt Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung

4.3.4 Organisationen mit gleichen Zielgruppen

Kooperationen sind auch sinnvoll mit Organisationen, die die gleichen Zielgruppen ansprechen, beispielsweise die älteren Menschen. Bei dieser Zielgruppe kumulieren sich häufig mehrere Risiken und Krankheiten. Hier ist es sinnvoll, nicht nur krankheitsspezifische Präventionsmassnahmen anzubieten, sondern einen ganzheitlichen Ansatz koordiniert zu vertreten.

Pro Senectute Schweiz bearbeitet als einen Schwerpunkt den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Auf nationaler und kantonaler Ebene besteht eine hervorragende Infrastruktur, um ältere Menschen mit Gesundheitsbotschaften und -angeboten zu erreichen. Ein Anknüpfungspunkt sind zum Beispiel die Angebote «Sanaprofil»^p oder «Zwäg ins Alter», die zu Risikofaktoren für Pflegebedürftigkeit informieren und die auch Sport- und Bewegungsprogramme anbieten. Für politisches Lobbying und strukturelle Anliegen bietet sich eine Partnerschaft mit dem Schweizerischen Seniorenrat an, der die wirtschaftlichen und sozialen Anliegen der älteren Menschen gegenüber Bund, Verbänden, Institutionen, Medien und Öffentlichkeit vertritt.

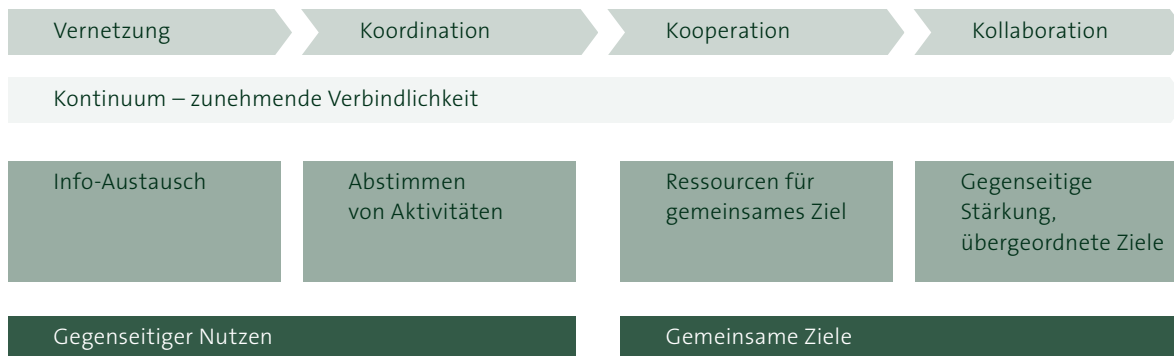
Für die Zielgruppe der Jugendlichen kommen zum Beispiel Kooperationen mit Pro Juventute Schweiz sowie mit Infoklick – Kinder- und Jugendförderung Schweiz – in Frage. Beide Organisationen sind auch regional sehr gut verankert und vernetzt.

4.3.5 Schnittstellen zwischen Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und Therapie

Mit der integrierten Versorgung und zunehmenden Einführung von Qualitätsstandards in weiten Teilen des Gesundheitswesens wird es wichtiger, auch die Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Stufen einer Krankheit auf der Gesundheitskette von der Gesundheitsförderung über Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention bis hin zu Therapie, Rehabilitation und Pflege aktiv zu bearbeiten (integrierte Health Care). Eine wichtige Funktion zum Management dieser Schnittstellen können Hausärzte, aber auch Screening-Einrichtungen sowie weitere Dienstleister im Gesundheitswesen spielen.

Bei den Hausärzten liegt ein grosses Potenzial, Patienten bei der Konsultation auf allgemeine Lebensstilfaktoren, Risiken und präventive Möglichkeiten anzusprechen. Ein beispielhaftes Projekt lautet «Evidence based preventive medicine (EviPrev)»³⁹ – Prävention und Gesundheitsförderung in der Hausarztpraxis. Das Programm will schweizerischen Ärztinnen und Ärzten (Haus- und Fachärzten) neue Tools für Interventionen

Abb. 1 Tragende Säulen einer effektiven Zusammenarbeit (zusammengestellt von D. Summermatter)



zur Prävention zur Verfügung stellen. Die Lancierung von EviPrev ist für 2012 geplant, nach einer Pilotphase in den Jahren 2010–2011. Ein weiteres Beispiel ist das Projekt Gesundheitscoaching⁹ der Schweizer Hausärztinnen und Hausärzte, das Patienten und Hausärzte unterstützt, als Partner gemeinsam die Gesundheit zu stärken und Krankheiten vorzubeugen. Auch Früherkennungsprogramme können das Potenzial nutzen, indem sie KlientInnen vor Ort und persönlich auf weitere Lebensstil- und Risikofaktoren ansprechen und sie über entsprechende präventive Möglichkeiten und konkrete Angebote informieren. Die dem Netzwerk gesundheitsfördernder Spitäler angehörenden Einrichtungen können ebenfalls eine wichtige Funktion übernehmen; das Ansprechen auf gesundheitsfördernde und präventive Fragen gehört zum besonderen Engagement dieser Spitäler.^f

4.3.6 Zugang zu benachteiligten Bevölkerungsgruppen

Ein wichtiges, aber nicht einfach zu erreichendes Ziel für Gesundheitsdienstleister besteht darin, möglichst viele Menschen und alle sozialen Schichten zu erreichen. Für mehr Chancengleichheit drängt sich eine Kooperation mit Migesplus⁵ auf, einer nationalen Fachstelle für Migration und Gesundheit, beauftragt vom Schweizerischen Roten Kreuz und vom BAG. Migesplus verfügt über langjährige und breite Erfahrungen, Kontakte und Netzwerke. Im Bereich der Tabak- und Alkoholprävention hat das Projekt «Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung»^t das Wissen zur Arbeit mit der Migrationsbevölkerung gesammelt und stellt es Fachpersonen und Organisationen zur Verfügung, die sich für eine verbesserte Prävention und Gesundheitsförderung

für Personen mit Migrationshintergrund einsetzen wollen. Das Projekt geht von einem transkulturellen Ansatz aus: Die Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung sollen so geöffnet werden, dass sie auch den Bedürfnissen der Migrationsbevölkerung gerecht werden und den Zugang zur Gesundheitsversorgung sicherstellen. Sinnvoll wäre zu prüfen, ob die bestehende Rauchstopplinie⁴⁰ – eine Telefonberatung zum Rauchstopp, die auch in diversen Fremdsprachen angeboten wird – für weitere Präventions- oder auch Früherkennungsangebote angepasst werden könnte.

Fazit Bei der Planung von Programmen und Massnahmen sollte geprüft werden, ob bereits Akteure existieren, zu denen Koordinationsmöglichkeiten bestehen und mit denen frühzeitig eine Vernetzung geplant werden kann.

4.4 Voraussetzungen für wirkungsvolle Kooperationen

Die WHO^{11,41} weist auf die zentrale Bedeutung eines «koordinierten Zusammenwirkens» hin und fordert «zur Bildung von Allianzen und Partnerschaften zur Entwicklung nachhaltiger Massnahmen...» auf.

Abbildung 1 (S. 41) zeigt, über welche Fragen sich Partner einigen müssen, um erfolgreiche, also für beide Seiten nutzbringende Kooperationen eingehen zu können. Die «Win-Win-Perspektive» ist zentral, denn «schreien doch alle nach Koordination, so will sich doch keiner koordinieren lassen».^u

Eine Möglichkeit zur Unterstützung von Kooperationen über die bereits genannten hinaus könnte die neu geschaffene Plattform quint-essenz.ch^v darstellen, die Fachpersonen rund um Gesundheitsförderung und Prävention die Möglichkeit eines virtuellen Austausches bietet.

5

Ziele und Empfehlungen

Die Primärprävention bleibt ein tragender Pfeiler des nationalen Krebsprogramms. Es gilt den Einfluss des Lebensstils und der Lebensbedingungen sowie weiterer Faktoren auf das Krebsrisiko noch besser bekannt zu machen und innovative präventive Informationen und Interventionen voranzutreiben. Die aufgeführten wichtigen Risikofaktoren bei Krebs stellen eine Herausforderung für Individuum und Gesellschaft im Umgang mit Konsumgewohnheiten (ausgewogene Ernährung, Alkohol) und Sucht (Tabak, Alkohol) dar.

^u Dr. Bertino Somaini, vormals Direktor von Gesundheitsförderung Schweiz

^v www.quint-essenz.ch, Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung

^w Die entsprechenden Ziele des NPT 2008–2012 lauten:
Oberziel 1: Der Anteil der Rauchenden in der Wohnbevölkerung der Schweiz ist um 20 %, d. h. von 29 % (2007) auf rund 23 % gesunken.
Oberziel 2: Der Anteil der Rauchenden in der Altersgruppe der 14- bis 19-Jährigen ist um 20 %, d. h. von 24 % (2007) auf unter 20% gesunken.
Oberziel 3: Der Anteil der Personen, die wöchentlich sieben Stunden oder mehr dem Tabakrauch anderer Personen (Passivrauchen) ausgesetzt sind, ist um 80 %, d. h. von 27 % (2006) auf rund 5 %, gesunken.

Da ein Drittel bis die Hälfte der Krebsfälle durch Lebensstil und -bedingungen mit verursacht sind, besteht die wirksamste Prävention nach wie vor in einem ausgewogenen Gesundheitsverhalten: keine Zigaretten, regelmässige Bewegung, abwechslungsreiche und fettarme Ernährung, wenig Alkohol und Sonnenbäder stark eingrenzen.

5.1 Erfolgversprechende Strategien in der Krebsprävention

- + Steuerung der Krebsprävention – sinnvoll wären das Bilden einer nationalen Plattform für Informationsaustausch und Synergien-Nutzung sowie die Integration in die breitere Gesundheitsförderung und Prävention chronischer Krankheiten.
- + Strukturelle, gesetzgeberische Massnahmen: Bei politischen Entscheidungsträgern müssen das Bewusstsein für die gesetzgeberische Seite der Prävention weiterhin gestärkt und Entscheidungen ermöglicht werden. Entsprechende Initiativen sollten im Rahmen der vorgeschlagenen Plattform ergriffen und priorisiert werden.
- + Verbesserte fachliche Koalitionen: Prävention kann sich vor allem durch Partnerschaften, Koordination und Kooperation weiterentwickeln: Partnerschaften unter den staatlichen Akteuren, auch interkantonal, zwischen kulturellen und politischen Instanzen; Kooperationen auch mit Wirtschaftskreisen.
- + Einbezug von Betroffenen: Interessierte oder Betroffene sind in Programmplanung, -umsetzung und -auswertung einzubeziehen.⁴²
- + Information und Zielgruppenerreichung: Die Bevölkerung soll die wichtigen gesundheitsrelevanten Lebensstil-Entscheidungen im Alltag kennen:
 - + Informationen zu gesundheitsförderlichen Angeboten sind leicht verfügbar (Ziel: «Health Literacy»; Gesundheitskompetenz, Empowerment).
 - + Professionelle Vertreter von Gesundheit und Bildung unterstützen deren Verbreitung.
 - + Die Beibehaltung nach erfolgreicher Lebensstiländerung wird gefördert.

- + Eine programmatische Bekämpfung von Krebs muss Primärprävention (Verhindern der Krebsentstehung), Sekundärprävention (Früherkennung), Tertiärprävention, Forschung und Evaluation umfassen.
- + Integrierte Strategien der Primärprävention, die sich auf ungesunde Ernährung, Bewegungsarmut, Tabakkonsum und schädlichen Alkoholkonsum sowie Arbeitsschutz, Arbeitssicherheit und betriebliche Gesundheitsförderung konzentrieren, zeigen wahrscheinlich auf längere Sicht bei den führenden Krankheiten die grösste Wirkung.¹⁴
- + Forschung und epidemiologische Überwachung (Krebsregister)⁴² dienen der Entwicklung geeigneter Strategien und ihrer Effektivitätskontrolle.
- + Qualitätsmanagement mit verbesserter Abstimmung der Strategien, gleichen Qualitätskriterien auf den verschiedenen Ebenen über die gesamte Behandlungskette ab Prävention ist anzustreben.
- + Chancengleichheit: Die gesundheitliche Ungleichheit in der Schweiz wird, wenn immer möglich, thematisiert und die epidemiologischen Erkenntnisse werden der Öffentlichkeit bekannt gemacht, um die lokale und regionale Politik dafür zu sensibilisieren.
- + Nachhaltige Entwicklung: Sämtliche Aktivitäten und Empfehlungen sollen konform mit ökologischen Prinzipien der nachhaltigen Entwicklung sein.

Prävention von Krebserkrankungen ist eine langwierige Aufgabe, da Erfolg, d.h. ein Rückgang der neuen Fälle (Inzidenz), schwierig aufzuzeigen ist und sich nicht nach einer Periode nachweisen lässt. Daher muss man sich mit Zwischenschritten behelfen. Dementsprechend sind die unten stehenden Ziele und Massnahmen formuliert.

Auch aus der Sicht der Prävention muss ein stabiles, mit internationalen Daten vergleichbares Krebsregister so schnell wie möglich schweizweit flächendeckend aufgebaut werden, um gezieltere Massnahmen ergreifen zu können.

5.2 Die Präventions-Ziele

Die im NKP 2005–2010 vorgeschlagenen Wege der Prävention sollen auf fachlich hohem Niveau konsequent weiterverfolgt und optimal koordiniert werden. So lange in der Schweiz keine strategischen Gesundheitsziele formuliert werden können, müsste eine Plattform «Krebs und andere nicht übertragbare Krankheiten» eingesetzt werden, damit die Meilensteine gemeinsam besprochen und Aktionspläne aufeinander abgestimmt werden könnten.

Krebs betrifft sehr viele Gesundheitsbereiche: Involvierte Fachleute müssen die unten stehenden Ziele in einem nächsten Schritt noch weiter operationalisierbar machen.

Ziel 1

Bis Ende 2015 verbessern sich die Rahmenbedingungen für die Prävention weiterhin, gesunde Lebensbedingungen und ein gesunder Lebensstil verbreiten sich

Empfehlungen

- + Öffentliche und zielgruppengerecht aufbereitete Informationen; Informationen zu allen Krebs-erkrankungen weisen wo möglich auch auf die Wichtigkeit eines gesunden Lebensstils hin und nennen Risiko- und Schutzfaktoren sowie notwendige Rahmenbedingungen (wo sinnvoll auch unter Einbezug des Aspekts der nachhaltigen Entwicklung).
- + Die Massnahmen der drei Nationalen Programme Tabak NPT, Ernährung und Bewegung EPEB sowie Alkohol NPA (jeweils 2008–2012) sollten durch vermehrte Kooperation, Koordination und integrative Ansätze verstärkt werden.
 - + **Ziele bei der Tabakprävention:** Möglichkeit, mit mindestens denselben Ressourcen weiter zu arbeiten
 - + **Ratifizierung der Rahmenkonvention Tabak**
 - + **Ausweiten des Know-how auf weitere Fachkreise:** Einstieg bei Jugendlichen vermindern, Nichtraucherquote bis 2015 um 10 % erhöhen (gegenüber 2007); der Anteil der Rauchenden in der Wohnbevölkerung der Schweiz und in der Altersgruppe der 14- bis 19-Jährigen ist auf 23 % bzw. unter 20 % gesunken. Der Anteil der Personen, die wöchentlich mehr als 7 Stunden dem Tabakrauch anderer ausgesetzt sind, ist von 27 % (2006) auf rund 5 % gesunken (NPT 2008–2012^w).

- + **Ziele bei Ernährung/Bewegung:** Die Empfehlungen des NPEB 2008–2012^x und des «World Cancer Research Fund Report» (Tab. 4, S. 37) werden konsequent aufgenommen; der Anteil der Bevölkerung mit gesundem Körpergewicht und mit ausreichender Bewegung ist um 5 % erhöht (Vergleich: Gesundheitsbefragung 2007).
- + **Ziele beim problematischen Alkoholkonsum (Rauschtrinken, chronischer und situationsunangepasster Konsum):** entschiedene weitere Prävention, der Anteil an Personen mit problematischem Alkoholkonsum und mit Abhängigkeit sinkt signifikant; Forschung auch zu den Langzeitfolgen von Alkoholexzessen bei Jugend-

lichen, verbessertes Einhalten der Schutzbestimmungen. Massnahme zur Kompetenzförderung von spezifischen Zielgruppen und besonders vulnerablen Personen; Angehörige und das direkte Umfeld sind spürbar entlastet.^y

- + Entwicklung von Bildungs- und Informationsangeboten für Personen aus verschiedenen Schichten: Erreichbarkeit der Zielgruppe sicherstellen; Kooperation mit bestehenden Organisationen, die für die Zielgruppe Expertise haben.
- + Massnahmen im Bereich Ultraviolettstrahlung: Fortführen und Intensivieren der Kampagnen gegen das Sonnenbaden; Solariumverbot für Kinder und Jugendliche.

^x Die Mission des NPEB 2008–2012 lautet:

- + Schaffung und Erhaltung von gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen;
- + Übergewicht und Adipositas stabilisieren und reduzieren;
- + Angebote auf Zielgruppen und Settings ausrichten;
- + Diskriminierung entgegenwirken und Chancengleichheit berücksichtigen.

Die fünf Ziele dazu lauten:

- + Nationale Koordination sicherstellen;
- + Ausgewogene Ernährung fördern;
- + Bewegung und Sport fördern;
- + Integrierte Ansätze zur Förderung eines gesunden Körpergewichts;
- + Beratungs- und Therapieangebote optimieren.

^y Die entsprechenden Oberziele des NPA 2008–2012 lauten:

- + Gesellschaft, Politik und Wirtschaft sind für die besondere Verletzlichkeit von Kindern und Jugendlichen durch alkoholische Getränke sensibilisiert und unterstützen entsprechende Jugendschutzmassnahmen;
- + Der problematische Alkoholkonsum (Rauschtrinken, chronischer und situationsunangepasster Konsum) ist reduziert;
- + Die Anzahl alkoholabhängiger Personen hat abgenommen;
- + Die Angehörigen und das soziale Umfeld sind von den negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums spürbar entlastet;
- + Die negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums auf das öffentliche Leben und die Volkswirtschaft haben sich verringert;
- + Die staatlichen und nicht-staatlichen Akteure im Bereich Alkohol koordinieren ihre Tätigkeiten und gewährleisten gemeinsam die erfolgreiche Umsetzung des NPA;
- + Die Bevölkerung kennt die negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums und unterstützt geeignete Massnahmen, um diese zu verringern.

Ziel 2

Weitere Risikofaktoren sind erforscht und entsprechende Massnahmen ergriffen

Umweltschadstoffe, genetische Interaktionen mit Umwelt und Lebensstil, Massnahmen zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz und spezifische Virusinfektionen werden von Akteuren im onkologischen Bereich mitverfolgt und Aktivitäten eingefordert, auch wenn diese Themen in erster Linie Aufgaben der Behörden sind.

Empfehlungen

- + Informationsaustausch und -abgleich mit den zuständigen Behörden
- + HPV-Impfung: Flächendeckende Information der Zielgruppe
- + Prüfen in Zusammenarbeit mit den bestehenden Akteuren der Arbeitssicherheit, des Gesundheitsschutzes und der Betrieblichen Gesundheitsförderung, wo es nötig und sinnvoll ist, Massnahmen zur Krebsprävention zu ergänzen/aufzunehmen
- + In der Betrieblichen Gesundheitsförderung nebst Verhaltens- und Verhältnisprävention zu Ernährung und Bewegung explizit auch Themen wie psychische Gesundheit (z.B. Kontrollüberzeugung) aufnehmen

Ziel 3

Management der Qualität und der Schnittstellen zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sind bei den Fachbereichen etabliert

Die erwähnten Schnittstellen müssen besser bearbeitet und die Qualität entsprechend abgestimmt werden.

Empfehlungen

- + Etablieren einer Instanz zur Koordination
- + Einheitliches Konzept der Qualitätssicherung auf nationaler Ebene, Erarbeiten der Qualitätsindikatoren/Qualitätskriterien, die für alle Ebenen gleich lauten
- + Hausärzte, beispielsweise in den Projekten EviPrev und Gesundheitscoaching, sowie Infrastrukturen für Früherkennung informieren auch über Präventionsmöglichkeiten und -Angebote
- + Nutzung vorhandener Instrumente (z.B. quint-essenz.ch – das Qualitäts- und Projektmanagement-Tool für Massnahmen in Gesundheitsförderung und Prävention), gegebenenfalls Erarbeitung weiterer Instrumente
- + Beratungskonzepte für eine ganzheitliche Perspektive (z.B. Mehrfachrisiken)
- + Kriterien für qualitätsgesicherte Online-Informationen
- + Entwerfen eines Weiterbildungskonzepts für Kommunikation, Dialog und Beratung auf gesamtschweizerischer Ebene

Ziel 4

Die Forschungszweige Prävention und Public Health haben an Bedeutung gewonnen

Mit dem Aufbau oder Unterhalt von Krebsregistern durch einen Teil der Kantone versuchte man bisher, wichtige Datengrundlagen auch für die Prävention zu schaffen. Leider bestehen weiterhin Lücken bei einigen Kantonen und vor allem auf nationaler Ebene.

Empfehlungen

- + Mindestens 10% des jährlichen Forschungsbudgets für Krebs wird für Präventionsforschung und deren Förderung aufgewendet
- + Es werden Anstrengungen unternommen, dass andere Organisationen im Bereich chronischer Krankheiten mitziehen
- + Präventionsforschung zu nicht übertragbaren chronischen Krankheiten wird in der Botschaft zur Förderung von Bildung, Forschung und Innovation 2012–2016 und im Ressortforschungskonzept des Bundes gebührend berücksichtigt

- + Soziale Bedingungen, Gesundheitsverhalten und Verteilung von Gesundheit und Krankheit werden vermehrt erforscht
- + Lebensqualität, Leistungsfähigkeit, Gesundheitskompetenz, Eigen- und Mitverantwortung werden eingehender erforscht

Referenzen

- 1 WHO Regionalbüro Europa: Bewältigung der wichtigsten Krankheiten in der Region: Herausforderungen und Lösungen; Faktenblatt EURO/03/06.
- 2 World Health Organization WHO-Global-Report Preventing Chronic Diseases: A Vital investment; 2005. <http://www.who.int/chp/en>
- 3 World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR, 2007.
- 4 Oncosuisse: Nationales Krebsprogramm Schweiz 2005–2010.
- 5 WHO. 2008–2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf
- 6 Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health; How People Manage Stress and Stay Well, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987.
- 7 BAG: Nationales Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012. http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05141/05142/index.html?lang=de
- 8 BAG: Nationales Programm Alkohol, NAP 2008–2012. <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00596/index.html?lang=de>
- 9 BAG: Nationales Programm Tabak 2008–2012 (NPT 2008–2012). www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00613/index.html?lang=de. 33 SR 832.10
- 10 Weltgesundheitsorganisation WHO: Verfassung vom 22. Juli 1946; www.admin.ch/ch/d/sr/0_810_1/
- 11 World Health Organization WHO, Ottawa Charta, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
- 12 Klotz T. Prävention von Krebskrankheiten, S. 141–154. In Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Bern: Huber, 2. Auflage 2009.
- 13 Geoffrey R. The Strategy of Preventive Medicine. Oxford University Press 1992; 8-9.
- 14 WHO 2009. Public Health Forum 2010;18: Heft 66.
- 15 BAG 2010: Ökonomische Evaluation von Präventionsmassnahmen. www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07612/07620/index.html?lang=de
- 16 World Health Organization. WHO: Closing the gap in a generation. Social Determinants of Health 2008. www.who.int/social_determinants/final_report/en/
- 17 Bouchardy C, Verkooijen HM, Fioretta G. Social class is an important and independent prognostic factor of breast cancer mortality. *Int J Cancer* 2006;119(5): 1145-1151.
- 18 Botschaft zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung. www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/index.html?lang=de
- 19 Bundesamt für Statistik BfS, 2009: Tabakbedingte Todesfälle in der Schweiz. Schätzung für die Jahre 1995–2007.
- 20 Radtke T, Keller R, Krebs H, Hornung R. Passivrauchen in der Schweizer Bevölkerung 2008. Im Auftrag des BAG, Gesundheitspolitik, Fachstelle Tabakpräventionsfonds. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie 2009.
- 21 WHO 2003: Rahmenkonvention (FCTC) Tabak. www.who.int/fctc/en/index.html
- 22 Tabakverordnung – Revision; Mai 2006. www.admin.ch/ch/d/sr/946_513_8/a2a.html
- 23 Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *Brit Med J* 2004;328:1519-1528.
- 24 WHO: Global Strategy on Diet and Physical activity. What works? www.who.int/dietphysicalactivity/whatworks/en/index.html
- 25 Biesalski HK. Die Bedeutung der Ernährung in der Prävention und Therapie von Krebs. *Dtsch Ärztebl* 1997;94:A-3477-2480.
- 26 Buset M. Primary prevention of colorectal cancer. *Acta Gastroenterol Belg* 2003; 66(1):20-27.
- 27 BfS, Bundesamt für Statistik (2009): Schweizerische Gesundheitsbefragung. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/02/key/01.html>, Einsicht am 17.08.2009.
- 28 Schneider H, Venetz W, Gallani Berardo C. Overweight and obesity in Switzerland. Part 1: Cost burden of adult obesity in 2007. Bern: Bundesamt für Gesundheit, 2009.
- 29 BAG; Bundesamt für Gesundheit; Actionsante: www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05245/index.html?lang=de
- 30 Bundesamt für Gesundheit BAG: Monitoring-System Ernährung und Bewegung (MOSEB): Indikatoren-sammlung zum Nationalen Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012 (NPEB). www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/05293/index.html
- 31 Boffetta P, Tubiana M, Hill C et al. The causes of cancer in France. *Ann Oncol* 2009;20:550–555.
- 32 Rehm J, Roerecke M, Patra J. Alcohol-attributable mortality and burden of disease in Switzerland. Zurich: Research Institute for Public Health and Addiction (Forschungsbericht aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Nr. 214). 2006.
- 33 Wicki M, Gmel G. Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener. Ein Update der Sekundär-analyse der Daten Schweizer Spitäler bis 2007. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme 2009.
- 34 Jeanrenaud C. et al. Soziale Kosten des Alkoholmissbrauchs. Institut de recherches économiques et régionales IRER, Neuenburg 2003.

- 35 Editorial: Moving cancer up the global health agenda. Lancet 2010;375:2051. doi:10.1016/S0140-6736(10)60942-7.
- 36 World Health Assembly WHA, Mai 2010, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_13-fr.pdf
- 37 Krebsliga Schweiz, Prävention und Früherkennung Hautkrebs, Sonnenschutz, UV-Strahlung. www.krebsliga.ch/de/pravention/pravention_krebskrankheiten/hautkrebs_/
- 38 Bundesamt für Umwelt BAFU: Luftreinhalte-Verordnung 814.318.142.1.
- 39 Cornuz J, Rodondi N, Ospelt R, et al. EviPrev, ein Programm zu Prävention und Gesundheitsförderung in der Hausarztpraxis. Schweiz Ärztezeitung 2010;91:60-63.
- 40 Krebsliga Schweiz, Die Rauchstopplinie. <http://www.swisscancer.ch/index.php?id=1214>.
- 41 WHO. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World (11 August 2005). www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/
- 42 NICER: National Institute for Cancer Epidemiology and Registration 2010: www.asrt.ch/nicer/ of adult obesity in 2007. Bern: Bundesamt für Gesundheit, 2009.