Zeitschrift: Das Schweizerische Rote Kreuz
Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz
Band: 80 (1971)
Heft: 5

Artikel: Die Aufgaben der Sozial- und Präventivmedizin
Autor: Schär, Meinrad
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-974516

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 15.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Die Aufgaben der Sozial- und Präventivmedizin

Professor Dr. Meinrad Schär

In den Vereinigten Staaten wurde vor nicht allzulanger Zeit das Gerücht in Umlauf gebracht, dass bei der gegenwärtigen Kostensteigerung im Spitalwesen der Patiententag an einer Universitätsklinik im Jahre 1980 auf rund 1000 Dollar zu stehen kommen werde. Der Aufenthalt an einer Universitätsklinik kostet heute «nur» 150 Dollar pro Tag. Sollte sich die düstere Prognose bewahrheiten, so würden die Kosten innert zehn Jahren um das Siebenfache ansteigen.

Die Verhältnisse sind hierzulande nicht wesentlich anders; ein Patiententag im Kantonsspital Zürich kostet zwar nur rund 150 Franken, die Entwicklung der Spitalpflegekosten verläuft jedoch in gleicher Richtung wie in den Vereinigten Staaten. Die Erhöhung von Fr. 47.— im Jahre 1960 auf rund Fr. 150.— im Jahre 1970 entspricht einer Zunahme um das Dreifache. Ebenso deutlich wie im Spitalsektor macht sich die Kostenexplosion auf dem Gebiete der ambulanten Krankenpflege bemerkbar.

Die Frage nach dem bedauernswerten Zahlenden lässt sich leicht beantworten. Die gegen Krankheit bei einer vom Bunde anerkannten Krankenkasse versicherten Personen bezahlten im Jahre 1960 Prämien und Selbstbehalte im Betrage von rund 470 Millionen Franken. Im Jahre 1968 hatte die von den Versicherten aufgebrachte Summe bereits den Betrag von 1,2 Milliarden Franken überstiegen. Die Bundessubventionen sind in der gleichen Zeit von 47 Millionen Franken auf über 280 Millionen Franken angewachsen, was einer Zunahme der Bundesbeiträge um das Sechsfache entspricht. Die düsteren Prognosen sind somit nicht unbegründet. Beunruhigend ist das Gefühl der Hilflosigkeit.

Kann der Kostenexplosion Einhalt geboten werden, und wer wird eines Tages, wenn die Krankenpflegekosten nicht mehr allein den Versicherten aufgebürdet werden können, die Rechnung begleichen? Steht das Versicherungsobligatorium vor der Türe? Werden die Auslagen der Krankenversicherung durch Lohnabzüge, zum Beispiel ähnlich wie die AHV-IV-Beiträge gedeckt werden, wobei auch die Arbeitgeber für die Finanzierung der Krankenpflege mitherangezogen würden?

Mit einer Kostensenkung ist wohl kaum zu rechnen. Wenn auch vieles in der Medizin — wie beispielsweise chemisch-biologische Untersuchungen und administrative Aufgaben — automatisiert werden kann, die ärztliche Behandlung wird sich nicht automatisieren oder wesentlich vereinfachen lassen; im Gegenteil, die zunehmenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten werden die ärztliche Behandlung eher komplizieren. Die Kostensteigerung in der Medizin geht mit den Fortschritten in der Diagnostik und der Krankenbehandlung einher.

Lassen sich diese Fortschritte auch in einer entsprechenden Verbesserung der Volksgesundheit erkennen? Wenn die mittlere Lebenserwartung des Menschen als Kriterium für den Gesundheitszustand der Bevölkerung gewählt wird, ist der Erfolg der Medizin offenkundig. Um 1900 hatte ein neugeborener Knabe eine Lebenserwartung von 49 Jahren. Heute hingegen beträgt die Lebenserwartung eines neugeborenen Knaben bereits 70 und diejenige eines Mädchens 75 Jahre. Von den im Jahre 1968 in der Schweiz verstorbenen Personen waren nahezu sechzig Prozent über 70 Jahre alt, rund fünfzehn Prozent erreichten sogar das biblische Alter von 85 Jahren.

Wer vom Fortschritt und Erfolg der Medizin weniger überzeugt ist, vertritt die Ansicht, dass die durchschnittliche Lebenserwartung vergrössert, aber der Gesundheitszustand der Bevölkerung nicht verbessert worden sei. Die Arztkonsultationen, der Medikamentenverbrauch und die Hospitalisierung nehmen zahlenmässig zu. Man sollte meinen, eine Verbesserung des Gesundheitszustandes hätte eine Senkung der Auslagen auf dem Sektor des Gesundheitswesens zur Folge. Besonders in bezug auf die in erster Linie von der Oeffentlichkeit getragenen Massnahmen der Gesundheitsvorsorge und der Krankheitsverhütung neigt man zur Ansicht, dass sich die grossen Investitionen irgendwie bezahlt machen sollten. Sie machen sich bezahlt, das darf vorweggenommen werden, aber nicht im Sinne einer Senkung der Krankenpflegekosten, sondern im Hinblick auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes und die Verlängerung des Lebens.

Während die Lebensverlängerung zahlenmässig leicht zu erfassen ist, bietet die Beurteilung des Gesundheitszustandes etwelche Schwierigkeiten. Alle verfügbaren Kriterien wie Zahl und Dauer der Hospitalisierung, Konsultationen bei Aerzten, Arbeitsabsenzen und so weiter, werden durch die verschiedensten, vorwiegend nichtmedizinische, Faktoren beeinflusst. Die Stellung im Beruf, die Art und der Umfang der Versicherung, die Zahl und die Verteilung der Aerzte und nicht zuletzt auch die individuellen Gesundheitsansprüche wirken sich auf den Krankheitszustand aus. Wenn beispielsweise in Deutschland vor dem Ersten Weltkrieg nur zwei Prozent, heute jedoch gegen acht Prozent der Werktätigen vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden, ist das noch kein Beweis für eine Zunahme der Morbidität und Invalidität. Die Verbesserung des Versicherungsschutzes dürfte in erster Linie dafür verantwortlich sein.

Für den Erfolg der Bemühungen zur Verbesserung der Volksgesundheit spricht der Rückgang bestimmter Krank-

heiten. Auf dem Sektor der übertragbaren Krankheiten sind die Ergebnisse besonders offenkundig und wegen der Meldepflicht statistisch leicht feststellbar. Aber nicht nur die Kinderlähmung, die Diphtherie, der Abdominaltyphus, die Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten sind stark zurückgegangen oder sogar zum Verschwinden gebracht worden, sondern auch verschiedene chronische Leiden und Mangelkrankheiten haben abgenommen. In diesem Zusammenhang seien lediglich der Kropf, die Rachitis, der Magenkrebs und der Speiseröhrenkrebs als Beispiele erwähnt. Es ist jedoch nicht zu verkennen, dass anderseits nicht weniger Krankheiten eindeutig zugenommen haben. Diese Zunahme statistisch zu erfassen, die Ursachen zu ermitteln und gegebenenfalls zu beseitigen, ist eine der Hauptaufgaben der Sozial- und Präventivmedizin.

Die *Sozialmedizin* befasst sich zur Hauptsache mit den durch die gesellschaftliche Umwelt bedingten Ursachen von Krankheit, Invalidität und vorzeitigem Tod. Je nach der Ausrichtung der Tätigkeit steht die Sozialmedizin in mehr oder weniger starkem Kontakt mit andern Zweigen der Wissenschaft, wie zum Beispiel der Soziologie, der Anthropologie, der Biologie, der Mathematik und der Statistik. Als Hilfswissenschaft ist in erster Linie die Epidemiologie, die Lehre des Krankheitsgeschehens in einer Bevölkerung, zu nennen. Die Epidemiologie dient der Ermittlung von Krankheits- und Todesursachen. Sie ist für die Präventivmedizin von grosser Bedeutung, weil die Aussichten für erfolgreiche präventive Massnahmen nur bei bekannter Ursache gut sind. Unter *Präventivmedizin* im engeren Sinne des Wortes sind jene medizinischen Massnahmen zu verstehen, die zur Verhütung von bestimmten Krankheiten und dem frühzeitigen Erfassen von prämorbiden Zuständen (Vor- und Frühstadien von Krankheiten) dienen. Oft werden jedoch unter diesem Begriff auch alle Massnahmen technischer und juristischer Art eingeordnet, die in irgendeiner Weise der Förderung der Gesundheit und der Verhütung von Krankheiten und Unfällen dienen. Dieser weitgefassten Umschreibung entspricht die Lehrtätigkeit über Sozial- und Präventivmedizin an den schweizerischen Universitäten.

Im Mittelpunkt der Bemühungen steht bei der präventiven Medizin — im Gegensatz zur kurativen Medizin — das gesunde oder bedingt gesunde Individuum, beziehungsweise die Gesamtheit der gesunden Personen. Die zu treffenden Massnahmen richten sich entweder auf die Krankheitsursachen oder auf die zu schützenden Personen. Zur Erläuterung diene die Tuberkulose, die durch das Tuberkelbakterium verursacht und durch soziale Faktoren in ihrer Ausbreitung und ihrem Verlauf begünstigt wird. Die Ausmerzung der Rindertuberkulose, die Absonderung und die Behandlung von Tuberkulosekranken einerseits und die BCG-Impfung anderseits sind Massnahmen, die zu einer wesentlichen Senkung der Erkrankungsfälle beigetragen haben. Am Beispiel der Tuberkulose lassen sich auch die in der Präventivmedizin häufig verwendeten Ausdrücke der primären und sekundären Prophylaxe erläutern. Die primäre Prophylaxe richtet sich auf die gesunde Person, die vor einer Erkrankung geschützt wird. Im vorliegenden Falle stellt die BCG-Impfung einer tuberkulinnegativen Person eine primäre prophylaktische Massnahme dar. Wird jedoch bei einer tuberkulinpositiv gewordenen Person, die keine oder noch keine klinischen Symptome einer Tuberkulose aufweist, eine prophylaktische Behandlung mit Tuberkulostatika (Tuberkuloseheilmittel) eingeleitet, so handelt es sich um eine typische sekundär-prophylaktische Massnahme.

Die Schwerpunkte der Sozial- und Präventivmedizin

Schwerpunkte für die Forschung und die Tätigkeit auf dem Gebiete der Sozial- und Präventivmedizin ergeben sich aus der Art und dem Grad der gesundheitsschädlichen Gefährdung bestimmter Bevölkerungsteile. Oft ist eine spezifische Gefährdung mangels statistischer Unterlagen nicht bekannt und muss anhand epidemiologischer Studien erst ermittelt werden. Aus diesem Grunde stellt die Epidemiologie (Seuchenlehre) eine wichtige Hilfswissenschaft dar, die die Voraussetzungen für gezielte und erfolgversprechende Massnahmen zur Bekämpfung bestimmter Krankheiten schafft. Die Gefährdung braucht aber keine spezifische zu sein, sie kann sich in allgemein erhöhtem Krankenstand und Sterblichkeit einer Bevölkerungsgruppe manifestieren. Bekannt sind die hohe Sterblichkeit der Neugeborenen, die erhöhten Gesundheitsrisiken schwangerer Frauen und die hohe Morbidität an chronisch-degenerativen Krankheiten der Betagten. In bezug auf spezifische Erkrankungsrisiken in Abhängigkeit von Alter und sozialen Faktoren geben — in Ermangelung von Krankenstatistiken — die Todesursachenstatistiken wertvolle Hinweise.
Ganz offensichtlich stehen heute die chronisch-degenerativen Krankheiten der Kreislauforgane und der Krebs bei den über vierzigjährigen Personen — und gesamthaft — — als Todesursachen an der Spitze. Unter vierzig Jahren sind die Unfälle Todesursache Nummer eins. Wenn sie gesamthaft nicht so sehr in den Vordergrund treten, ist das kein Grund zur Missachtung ihrer Bedeutung. Nicht nur

die Zahl der Sterbefälle, sondern das Alter beim Tode der Betroffenen muss gebührend berücksichtigt werden. Der durch einen tödlichen Unfall verursachte Verlust an Lebensjahren beträgt beim männlichen Geschlecht im Durchschnitt dreiunddreissig Jahre, wenn der Berechnung eine mittlere Lebenserwartung von siebzig Jahren zugrunde gelegt wird. Die entsprechenden Zahlen lauten beim Lungenkrebs zehn und beim Herzinfarkt zwölf Jahre. Die Karzinome — mit Ausnahme des Lungenkrebses beim Manne und des Brust- und Gebärmutterkrebses bei der Frau — treten bei dieser Betrachtungsweise stark in den Hintergrund. Der früher häufig auch bei jüngeren Leuten beobachtete Magenkrebs wird heute bei unter sechzigjährigen Personen nur noch selten festgestellt.

Prozentuale Verteilung der Sterbefälle nach Todesursache, Alter und Geschlecht Schweiz 1965/66

Todesursache		Alter und Geschlecht								
		10—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70—79	80 und mehr	Total aller Altersgruppen
		In Prozenten								
Infekionskrankheiten	M	2	2	3	3	3	3	2	3	3
	F	6	5	4	3	2	3	2	3	3
Malignome	M	12	10	14	21	28	28	22	13	21
	F	15	13	27	40	32	31	19	10	19
Herz- und Kreislaufkrankheiten (inkl. Hirnschlag)	M	3	5	16	26	34	40	51	60	42
	F	8	12	16	22	39	45	57	59	46
Schwangerschaft Geburt	M	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	F	1	6	6	1	—	—	—	—	0,2
Selbstmord	M	10	20	16	11	5	2	1	0,5	3
	F	8	17	12	7	3	1	0,4	0,1	1
Unfall	M	52	51	31	17	9	5	3	3	8
	F	30	23	8	5	3	2	3	5	4
Uebrige Todesursachen	M	21	12	20	22	21	22	21	21	23
	F	32	24	27	22	21	18	19	23	27
Sterbefälle (absolut)	M	344	620	650	1340	3500	6760	8200	6180	29070
	F	145	230	360	780	1990	4640	8270	9180	26600

Was die Massnahmen zur Senkung der Krankheitshäufigkeit und zur Verhütung vorzeitiger Sterbefälle betrifft, ist zu erwähnen, dass das Schwergewicht von den Umwelteinflüssen auf die persönlichen Faktoren verlegt werden muss. Der Kampf gegen die Gewässerverschmutzung, die Bemühungen um die Reinhaltung der Luft, der Strahlenschutz und viele andere Massnahmen sind durchaus berechtigt und verdienen auch in Zukunft volle und vermehrte Aufmerksamkeit. Die Tatsache jedoch, dass in hochentwickelten Ländern, wie Holland und Schweden, die mittlere Lebenserwartung bei Männern im Alter von unter sechzig Jahren bereits eine rückläufige Tendenz aufweist, lässt aufhorchen. Mit anderen Worten: Die grossen Fortschritte der kurativen Medizin und die Erfolge in der Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten genügen offenbar nicht, um der zunehmenden Morbidität und Mortalität an chronisch-degenerativen Krankheiten Einhalt zu gebieten. Die Bemühungen um die Verhütung dieser Krankheiten müssen vermehrt werden, wobei die zu treffenden Massnahmen in erster Linie auf die Beeinflussung der Lebensgewohnheiten zu richten sind. Der Genussmittelkonsum und die Lebens- und Ernährungsweise sind in der Tat die grössten Gefahren für unsere Gesundheit. Im Jahre 1967 starben in der Schweiz insgesamt 6065 Männer und 3176 Frauen im Alter von zwanzig bis sechzig Jahren. Wenn man berücksichtigt, dass der grösste Teil der Sterbefälle an Lungenkrebs durch das Zigarettenrauchen und die meisten Fälle von Leberzirrhose durch chronischen Alkoholismus bedingt sind; ferner ein grosser Anteil der Sterbefälle an Verkalkung der Herzkranzgefässe Raucher und etwa ein Drittel der Todesfälle an Selbstmord Alkoholiker betreffen, lassen sich die Gefahren der Lebensweise und des Genussmittelkonsums ermessen.

Die Präventivmedizin, die die Erhaltung der Gesundheit und die Verhütung von Krankheiten und vorzeitigen Sterbefällen zum Ziele hat, steht vor einer grossen Aufgabe.

Die Zukunft der Sozial- und Präventivmedizin

In Anbetracht der zunehmenden Bedeutung der Krankheitsverhütung und nicht zuletzt auch wegen der stark ansteigenden Kosten für die Krankenpflege sind von weitblickenden Aerzten und Politikern vor rund fünf Jahren Vorstösse im Hinblick auf die Förderung der präventiven Medizin unternommen worden. In diesem Zusammenhang seien lediglich die Motion von Ständerat Borel vom Jahre 1966 und die Eingabe der schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften an das Departement des Innern vom Juni 1967 erwähnt. Beide Vorstösse nahmen Bezug auf eine sich zunehmend bemerkbar machende Lücke in der medizinischen Forschung. Insbesondere sollten die angewandte klinische Forschung sowie die Sozial- und Präventivmedizin gefördert werden. Der schweizerische Wissenschaftsrat unterstützt diese Bestrebungen, indem er auf die Bedeutung der sich durch die Technisierung und Industrialisierung rasch ändernden Umweltverhältnisse

und ihrer Auswirkungen auf den Menschen hinwies und vermehrte Verantwortung der Allgemeinheit für das gesundheitliche Wohlergehen des einzelnen forderte.
Es lag auf der Hand, den Nationalfonds, der bis dahin die Grundlagenforschung durch grosse finanzielle Aufwendungen gefördert hatte, mit der Förderung der Forschung auf den Gebieten der angewandten klinischen Medizin und der Sozial- und Präventivmedizin zu betrauen.
In bezug auf die Sozial- und Präventivmedizin wies der Forschungsrat des Nationalfonds auf die Notwendigkeit einer aktiven Planung und Koordinierung der Forschung hin und schlug vor, ein selbständiges Organ, die Forschungskommission für die Gesundheit, zu schaffen. Die konstituierende Sitzung dieser Kommission, die aus sechs vom Bundesrat und sechs von der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften ernannten Mitgliedern besteht, fand im Mai 1970 in Bern statt. Nach der Ansicht des Wissenschaftsrates darf sich die Forschungskommission für die Gesundheit nicht nur auf die Begutachtung der Forschungsvorhaben beschränken. Der Aufgabenbereich der neuen Kommission umfasst die Planung und Koordinierung der Forschung auf den Gebieten der Epidemiologie, der Hygiene, der präventiven und sozialen Medizin, der Organisation des Gesundheitswesens und der sozialmedizinischen Sicherung sowie der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Die Forschungskommission für die Gesundheit soll auch der Sanitätsdirektorenkonferenz und dem Eidgenössischen Gesundheitsamt als beratendes Organ zur Verfügung stehen. Diese neue Kommission sieht sich somit vor die grosse Aufgabe gestellt, einen umfassenden Katalog der bestehenden staatlichen und privaten Institutionen und ihrer Tätigkeitsbereiche aufzustellen, die Informationen über das Krankheitsgeschehen in der Bevölkerung und die Sterblichkeit zu vermehren, eine Liste der auf Grund epidemiologischer Erkenntnisse als dringlich zu betrachtenden sozial- und präventivmedizinischen Massnahmen aufzustellen und die Zusammenarbeit aller um die Verbesserung der Volksgesundheit bemühten Stellen zu fördern. In diesem Sinne wird auch die Zusammenarbeit mit den internationalen Organisationen, insbesondere den verschiedenen Fachabteilungen der Weltgesundheitsorganisation intensiviert werden.

Vermutlich ist ein grosser Teil der vorzeitigen Sterbefälle sowie dementsprechend auch Unfälle und Krankheiten durch die Verhaltensweise und die Lebensgewohnheiten des Menschen bedingt. Epidemiologische Erhebungen haben beispielsweise ergeben, dass die Ernährung einen Einfluss auf die Entstehung der Arteriosklerose hat und in ursächlicher Beziehung zu den Durchblutungsstörungen des Herzmuskels und ihren Folgeerscheinungen steht. In vielen Fällen wird der krankhafte Prozess durch übermässigen Tabakkonsum und die in allen westlichen Ländern zu beobachtende Bewegungsarmut begünstigt. Reizüberflutung, psychosozialer Stress und andere umweltbedingte Einflüsse werden gerne als Ursache der zunehmenden Häufigkeit von Herzkrankheiten hingestellt. Unerklärlich bleibt bei einer solchen Annahme die Tatsache, dass während der dreissiger Jahre, als die Krise und die Kriegsgefahr schwer auf der Bevölkerung lasteten und zu einer Zunahme der Selbstmordfälle bei Männern und Frauen mittleren und höheren Alters führten, die Sterbefälle an Herz- und Kreislaufkrankheiten keinen Anstieg erkennen liessen. Krisenbedingt haben damals der Alkoholkonsum und auch die Sterbefälle an Leberzirrhose abgenommen, während heute im Zeitalter der Hochkonjunktur der Konsum stark alkoholischer Getränke zunimmt; gleichzeitig aber auch die durch Fahren in angetrunkenem Zustand verursachten Verkehrsunfälle und die Sterbefälle an Delirium tremens, an Leberzirrhose sowie an anderen durch Alkoholmissbrauch bedingten Krankheiten. Der Missbrauch von Tabak, insbesondere in der Form des Zigarettenrauchens lässt sich leicht an der Zunahme der chronischen Bronchitis und des Lungenkrebses erkennen. Auch in bezug auf diese Krankheiten besteht die Neigung zur Projektion der Gefahrenursache in die Umwelt. Man möchte die Luftverschmutzung für den Lungenkrebs verantwortlich machen und glaubt, durch die Unterstützung der Bestrebungen zur Reinhaltung der Luft genügend für die Senkung der Sterbefälle an Lungenkrebs getan zu haben.

Die Präventivmedizin darf sich aus den soeben erwähnten Gründen nicht mit der Erforschung und Durchsetzung von Massnahmen zur Verbesserung der Umwelt des Menschen begnügen, sondern ihr Ziel sollte sein, den Menschen gesundheitsbewusster werden zu lassen. Das ist eine grosse, aber erfolgversprechende Aufgabe, die nicht Epidemiologen und Aerzte allein lösen können, sondern die der Mitarbeit der Soziologen, Psychologen und Pädagogen bedarf. Auch die Politiker und Gesetzgeber haben einen wichtigen Beitrag zu leisten, dadurch, dass sie gesetzliche Regelungen, die der Einschränkung des Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsums dienen, befürworten. In diesem Zusammenhang ist das Verbot der Reklame für Tabakwaren, alkoholische Getränke und Medikamente am Radio und Fernsehen und das Verbot des Ausschankes alkoholischer Getränke an Autobahnraststätten zu nennen. Auf dem Erziehungssektor sind vor allem der Gesundheitserziehung an den Schulen und

der gesundheitlichen Volksbelehrung grösste Aufmerksamkeit zu schenken. Die gesunde Lebensweise, zu der Kinder, Jugendliche und Erwachsene erzogen werden sollen, ist die billigste und wirksamste Krankheitsprophylaxe. Man möge doch die Worte Johann Peter Franks, eines Pioniers auf dem Gebiet der vorbeugenden Medizin, beherzigen und «den gesunden Zustand des Körpers durch eine kluge Lebensweise erhalten, die Krankheiten von ihm abwenden und seine Tage, solange es die Gesetze der Sterblichkeit gestatten, fristen.»

(Aus dem nachstehend besprochenen Buch «Gesundheitspolitik heute»)

GESUNDHEITSPOLITIK HEUTE

Das Jahrbuch 1970 der Neuen Helvetischen Gesellschaft befasst sich mit «Gesundheitspolitik heute». Damit wird ein sehr aktuelles Thema aufgegriffen und durch fundierte Beiträge verschiedener Autoren in seiner Komplexität dargestellt. Es ist nicht als Nachteil zu werten, dass manche Aspekte oder Gedanken gleichzeitig beim einen oder andern Verfasser erscheinen; dies lässt die Hauptlinien hervortreten, an denen sich eine fortschrittliche Gesundheitspolitik wird orientieren müssen. Théo Chopard, der Redaktor des Jahrbuches, fasst sie im Nachwort in neun Punkten zusammen:

Die Bevölkerung nimmt ständig zu — Die Menschen werden im Durchschnitt älter — Der Rhythmus in Leben und Technik ist beschleunigt — Diese Entwicklung hat eine wachsende physische und psychische Belastung des einzelnen und der Gesellschaft zur Folge — Angesichts der Unsicherheit der Zukunft für die menschliche Gesellschaft stellen sich dunkle Aengste ein — Diese wiederum rufen ein grösseres Sicherheitsbedürfnis hervor — Immer verbreiteter und nachdrücklicher wird die Forderung nach Reformen laut, damit jedermann die Möglichkeiten der Medizin und der Pharmazie geniessen könne — Die zu langsame Anpassung von Krankenhauseinrichtungen an die wachsenden Bedürfnisse und die beunruhigende «Kostenexplosion» für ärztliche Behandlung und Spitalaufenthalt verschärfen die Notwendigkeit von Reformen — Die Gefahr biologischer Manipulationen ist noch kaum untersucht.

Chopard schliesst mit dem Hinweis, dass der Zweck des Jahrbuches nicht darin bestehen könne, eine fertige Idee der zu verfolgenden Gesundheitspolitik vorzulegen, es gehe vielmehr darum, den Rohstoff für weitere Denkarbeit zu liefern und die Bürger zu informieren, ohne deren Mitwirkung keine befriedigenden Lösungen möglich sind.

Neben Standortbestimmungen und grundsätzlichen Erwägungen zum Beispiel «Gesundheitspolitik im föderativen Staat», «Problèmes psychiatriques, problèmes de la société», «Le rôle de la pharmacie dans une politique générale de la santé», «L'évolution de la mentalité médicale», «L'information médicale» stehen Beiträge mehr informativen Charakters, die mit Zahlen und genauen Angaben ein Teilgebiet beleuchten, wie etwa «Sport und Hygiene», «Hygiene am Arbeitsplatz», «L'hospitalisation en Suisse», «Der Aufwand für Gesundheitsgüter in der Schweiz», «Les relations entre l'assurance-maladie et le corps médical». Diese Auswahl aus den 25 Kapiteln zeigt, wie weit gespannt der Bogen ist, der im vorliegenden Jahrbuch behandelt wird. Es bleibt nur zu wünschen, dass die hier dargebotenen Tatsachen und Ideen bei der Ausarbeitung der Gesundheitspolitik von morgen benützt werden.