

spectra

62



Beratung

2 LOVE LIFE macht den HIV-Test zum Thema

Die neue LOVE LIVE-Kampagne zeigt es lust- und humorvoll, aber in aller Deutlichkeit: Das Vorleben spielt bei jeder Beziehung eine Rolle. Ein HIV-Test zur richtigen Zeit, am richtigen Ort und natürlich mit der entsprechenden Beratung lässt einen ruhig (miteinander) schlafen.

4 Interview: Hubert Crevoisier, VCT-Berater

«Das Wichtigste ist die Beratung, der eigentliche Text ist sekundär» lautet das Credo von Hubert Crevoisier. Der Krankenpfleger ist ein Pionier der HIV-Testberatung, des Voluntary Counselling and Testing (VCT) in der Schweiz. Er arbeitet beim «Checkpoint» von Dialogai in Genf und hat auch für Migrantinnen und Migranten ein Beratungszentrum aufgebaut.

6 Migration & Gesundheit: Der Bund zieht Bilanz

Das Ziel ist und bleibt: Chancengleichheit für Migrantinnen und Migranten. Die Globalevaluation stellt der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2002 – 2007» im Grossen und Ganzen ein gutes Zeugnis aus. An der Nachfolgestrategie für die Jahre 2008 bis 2013 wird bereits gearbeitet.

9 Suchtprävention bei Jugendlichen zeigt Wirkung

Schweizer Schülerinnen und Schüler rauchen, trinken und kiffen weniger als noch vor vier Jahren, das ist das erfreuliche Hauptergebnis der neuesten Schülerbefragung. Die Viersäulenpolitik des Bundes bewährt sich. Allerdings sind die Konsumzahlen beim Alkohol und Cannabis nach wie vor hoch und die Konsummuster beim Alkohol sind Besorgnis erregend.

12 Vergessenes Leid: Opfer sind oft die Kinder

Die Statistik spricht eine deutliche Sprache: Kinder von alkoholkranken Eltern haben ein sechsmal höheres Risiko, später selber Sucht- oder psychische Probleme zu entwickeln. Hilfe für die oft vergessenen Opfer tut dringend Not. In Freiburg und Winterthur sind erste Projekte zur Frühintervention entstanden.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

HIV-Test: Für die richtige Person zur richtigen Zeit am richtigen Ort

Projekt Voluntary Counselling and Testing (VCT). Noch wird jeder zweite HIV-Test ohne Beratung durchgeführt. Das soll sich ändern: Damit Beratung und Test qualitativ hoch stehend und effektiv durchgeführt werden und sich die HIV-negativen Personen aufgrund der Beratung in Zukunft besser schützen, fördert das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zusammen mit seinen Partnern VCT.

Voluntary Counselling and Testing (VCT) bezeichnet international erprobte und standardisierte Inhalte und Abläufe der HIV-Test-Beratung mit dem Ziel einer Präventions-Intervention (s. auch Interview auf Seite 4). VCT besteht aus einer Risikoanamnese, dem Schnelltest und einer Post-Test-Beratung. Das Projekt VCT wird vom Bundesamt für Gesundheit zusammen mit der Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen, der Aidshilfe Schweiz und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH getragen und gesteuert. Ziel des Projektes ist es, dass einerseits Menschen mit HIV ihren HIV-Status frühzeitig kennen – was eine optimale Behandlung ermöglicht – und andererseits die Präventionsschance in der Testsituation durch gute Vor- und Nach-Test-Beratung optimal genutzt wird. Damit wird auch das Ziel 6 des Nationalen HIV/Aids Programms 2004–2008 umgesetzt, die Verbesserung der individuellen Präventionsberatung.

Besser und gezielter testen

In einem breiten Vernehmlassungsprozess zum VCT-Jahr 2007 haben Schweizer Fachleute den bisherigen Konsens in der Testfrage wieder neu

konsolidiert. Er basiert auf dem Grundsatz, dass wir nicht mehr Tests, sondern bessere und gezieltere Tests brauchen. Die vier Hauptziele lauten wie folgt:

1. Bessere Testung in Gruppen mit erhöhter Prävalenz (bei den im NHAP formulierten Zielgruppen Männer, die Sex mit anderen Männern haben, SexarbeiterInnen und MigrantInnen): um dadurch weniger Aids-Erkrankungen bei bisher ungetesteten Personen zu erhalten.
2. Bessere Beratung von Menschen, die sich wegen Risikoverhaltens testen lassen wollen, die aber nicht zu einer Gruppe mit erhöhter Prävalenz gehören: um bei ihnen eine Verhaltensänderung zu erreichen.
3. Mehr Tests nach den Regeln des VCT auf Vorschlag des Arztes/der Ärztin (provider initiated counselling and testing) gemäss Indikation für einen HIV-Test (Schwangerschaft, sexuell übertragbare Krankheiten, unklare Symptomatik): um diagnostisches Potenzial des Tests und Präventionsgesprächs-Chancen zu nutzen.
4. Strukturierte Nachsorge von HIV-positiven Menschen in Bezug auf Prävention und Therapie (case management durch den behandelnden Arzt): um Präventionspotenzial der HIV-Positiven zu nutzen und gute Betreuung – Labor und Therapie – zu ermöglichen.

Spezifische Testeinrichtungen für Zielgruppen, anonyme Teststellen an Spitälern und Teststellen bei regionalen Aids-Hilfen ergänzen sich gegenseitig und sorgen für ein optimales Angebot.

Kein Test ohne Beratung

Jeder Test muss mit einer guten Bera-

tung einhergehen. Jeder Test ohne Beratung ist eine verpasste Präventionschance; denn viele lassen sich testen, weil sie sich einer Risikosituation ausgesetzt haben – ohne Beratung werden sie ihr Verhalten nicht ändern. 99,7% der Tests fallen negativ aus. Eine präventive Verhaltensänderung hängt von der Beratung ab. Höchstens die Hälfte aller Personen, die sich testen lassen, erhält eine Beratung vor und nach dem Test. Jede zweite erwachsene Person hat sich schon einmal auf HIV testen lassen. 300'000 Tests werden jedes Jahr durchgeführt. Weil sich HIV in der Schweiz auf bestimmte Bevölkerungsgruppen konzentriert (man spricht von einer konzentrierten Epidemie) soll die Testpolitik gezielter diese Menschen mit der Testfrage konfrontieren.

Umfassende Massnahmen

Mit welchen Mitteln will das Projekt VCT die angestrebten Ziele verfolgen?

- Das Check-Your-Loveline-Tool im Internet (s. Artikel Seite 3) zeigt der sexuell aktiven Bevölkerung, ob eine Test-Beratung angezeigt ist und wo diese gemacht werden kann.
- Die LOVE LIFE-Kampagne 07 frischt bei der Allgemeinbevölkerung das Wissen um den HIV-Test auf und präsentiert das Check-Your-Loveline-Tool.
- Das BAG erlässt Empfehlungen für VCT.
- Für die Zielgruppen gemäss NHAP werden spezifische VCT-Angebote geschaffen.
- Die regionalen Aids-Hilfen bieten VCT an.
- Den VCT-Stellen wird ein elektronisches Beratungs- und Meldetool zur Verfügung gestellt.



Voluntary Counselling and Testing, zum Beispiel bei der Aidshilfe in Neuenburg.

– Für Menschen mit HIV wird eine strukturierte Nachsorge entwickelt, die nach verbindlichen Qualitätsstandards durchgeführt wird.

Kontakt: Monika Schwab Zimmer, Sektion Aids
monika.schwabzimmer@bag.admin.ch

Forum

Realize it – ein Kurzinterventionsprogramm für Jugendliche und junge Erwachsene, die ihren Cannabiskonsum reduzieren oder aufgeben möchten

Das Programm Realize it basiert auf Konzepten der lösungsorientierten Kurzzeittherapie und dem motivationalen Interviewing. Die Selbsthilfefähigkeiten der TeilnehmerInnen werden stark unterstützt. Innerhalb von 10 bis 12 Wochen finden fünf Einzelsitzungen und eine Gruppensitzung statt. Die Grundlage der Intervention bildet ein Begleitbuch, welches zugleich als Ratgeber und Konsumtagebuch dient. Der Erfolg des Programms liegt in den Händen der Teilnehmenden. Die Veränderung ist ihr Verdienst. Die Beratenden haben die Aufgabe, zu motivieren und zu ermutigen auf dem Weg zur gewünschten Veränderung. Sie geben Anstösse und regen mit gezielten Fragen die Teilnehmenden an, Neues auszuprobieren. Die Gruppensitzung bietet eine Plattform für einen Erfahrungsaustausch, wo hilfreiche Kontrollstrategien das eigene Verhaltensrepertoire zu erweitern ermöglichen.

Auch für mich als Beraterin bedeutet die Durchführung des Programms eine neue Vorgehensweise. Weiterbildung und eine gründliche Auseinandersetzung mit den zugrunde liegenden Konzepten sind notwendig. Eine der wichtigsten Interventionen ist, die Selbstwirksamkeit der Veränderungsvorätze bei den Teilnehmenden zu fördern. Ich muss mich an das vorgegebene Manual halten. Das standardisierte Vorgehen ist eine Voraussetzung dafür, dass die BeraterInnen aller Standorte, an denen Realize it angewendet wird, das Programm in einer ähnlichen Weise durchführen. So kann die Wirksamkeit der Methode erforscht werden.

Die Jugend-, Eltern- und Suchtberatung des Contact Netz in Bern hat bei jugendlichen Cannabiskonsumierenden seit Jahren einen hohen Bekanntheitsgrad. Seit November 2005 konnte bereits mit 60 Cannabiskonsumierenden das Realize it-Programm durchgeführt werden. Es ist eingebettet in eine Palette von verschiedenen Angeboten für Cannabiskonsumierende. Es hat sich gezeigt, dass das Programm mehrheitlich junge

Erwachsene ab 18 Jahren aufwärts anspricht. Einige haben vom Programm in der Presse gelesen oder sind im Internet darauf gestossen, andere haben von der Beratungsstelle oder anderen Fachstellen davon erfahren.

Eine Problemeinsicht und der Wunsch nach Veränderung müssen bei den Teilnehmenden bereits vorhanden sein. Die meisten haben am Ende des Programms ihren Konsum erheblich reduziert und neue Lebensgewohnheiten entwickelt. Einige verbleiben weiter in der Beratungsstelle und nutzen die Angebote Psychotherapie oder Beratung, um weiter an ihrem Konsummuster oder anderen Problemen zu arbeiten. Insbesondere das Führen eines Konsumtagebuchs zur Erkennung der eigenen Konsummuster und Risikosituationen wird als sehr hilfreich erlebt. Die von vielen geschätzte Gruppensitzung bestärkt die KlientenInnen und hilft mit, dass sie ihren Cannabiskonsum reduzieren oder ganz aufgeben.

Das Programm ist in Bern sehr erfolgreich, die Abbruchquote liegt mit 10% sehr tief. Die bisherigen Forschungs-

ergebnisse bestätigen die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Intervention. Nicht immer reicht eine Kurzintervention wie Realize it aus. Sie kann aber für Menschen mit umfassenderen, tiefer liegenden Problemen eine erste Stufe zur Veränderung, bzw. eine Motivation zur längeren, intensiveren ambulanten oder auch stationären Behandlung sein.

Ich selbst habe bereits über 30 Programme durchgeführt und bin vom Produkt sehr überzeugt. Es kommt gut an, bringt auch für langjährige Cannabisabhängige häufig schnelle Erfolge und Gewinne, und es macht Spass, als Beratungsperson eine moderierende Rolle einzunehmen.



Rita Hubrich, Stellenleiterin, Dipl. Sozialarbeiterin FH, CONTACT Bern

Wenn das Vorleben die Beziehung stört

LOVE LIFE STOP AIDS-Kampagne 2007. Einen HIV-Test zu machen, dient auch der Prävention: Im Rahmen der Testberatung wird das Risikoverhalten thematisiert und HIV-positive Menschen erfahren, dass sie andere schützen müssen. Die neue LOVE LIFE-Kampagne thematisiert den HIV-Test und damit die sexuelle Vergangenheit, welche in jeder Beziehung eine Rolle spielt.

Mit dem Slogan «Falls die Vergangenheit Ihre Beziehung stört» erinnert die im April 2007 lancierte neue LOVE LIFE STOP AIDS-Kampagne des Bundesamts für Gesundheit und der Aids-Hilfe Schweiz daran, dass jeder Mensch eine sexuelle Vergangenheit hat, welche nicht ignoriert werden darf. Zum ersten Mal wird auch der HIV-Test selber thematisiert. Die Kampagne 2007 zeigt in ihren Sujets die Präsenz dieser vergangenen Beziehungen auf. Verschiedene Paare werden in intimen Situationen im Schlaf- oder Badezimmer gezeigt. Aber sie sind nicht alleine, sondern umgeben von früheren Partnern oder Partnerinnen. Für die aktuelle Beziehung spielt die Vergangenheit, auch die sexuelle, eine Rolle. Damit Vergangenes eine neue Beziehung nicht stört, schützen sich beide Partner in der ersten Zeit mit Präservativen. Dauert die Beziehung lange genug und wird gegenseitige Treue gelebt, ermöglicht ein gemeinsamer Bilanztest, ein allfälliges HIV-Risiko auszuschliessen.

Der richtige Test, am richtigen Ort

Auch Personen, die keine neue Beziehung eingehen wollen, kann die sexuelle Vergangenheit und ein damit verbundenes HIV-Risiko interessieren. Wer herausfinden will, ob ein Test sinnvoll ist, kann unter www.check-your-lovelife.ch – einem internetbasierten Beratungsinstrument – mittels wissenschaftlich fundiertem Fragebogen zum eigenen Verhalten herausfinden, ob ein HIV-Test Sinn macht. Zudem wird auch empfohlen, wo ein solcher Test durchgeführt werden kann.

HIV-Test wird zum Thema

Es ist das erste Mal in der Geschichte der Aidspräventions-Kampagne, dass der Test selber zum Thema wird. Damit wird ein Schritt für einen unverkrampften



Umgang mit dem HIV-Test getan: Wer sich in riskanter Umgebung, d.h. in einer Gruppe, in welcher der Anteil von HIV-Positiven hoch ist, riskant verhalten hat, wird zum Test an einer spezialisierten Teststelle motiviert. Alle anderen können mit check-your-lovelife.ch herausfinden, ob es Sinn macht, den Test beim Hausarzt oder bei einer Teststelle zu machen. Auf der Homepage ist – unabhängig vom Interesse an einem HIV-Test – in kurzer und humorvoller Form alles zu erfahren, was man über Sex schon immer wissen wollte.

Beitrag zur Aidsprävention

Der Test erfolgt nach wie vor freiwillig und vertraulich und kann – dank guter Beratung – einen Beitrag an die HIV-Prävention leisten. Dank Einsatz des Schnelltests sind Beratung und Testung in einer kundenfreundlichen Weise möglich: Es ist nur eine einzige Konsultation nötig, in dieser wird beraten, getestet und das Resultat mitgeteilt. Je nach Risikobeurteilung wird die Dauer und Intensität dieser Beratung variiert. Mehr zur HIV-Testberatung, dem (VCT),

im Artikel auf Seite 2 und im Interview auf den Seiten 4 und 5.

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

www.check-your-lovelife.ch
www.lofelife.ch

Kampagne gezielt auf unterschiedliche Lebenswelten ausgerichtet

Die Evaluation der LOVE LIFE STOP AIDS-Kampagne 2005 hat ergeben, dass die Kampagne insgesamt auf eine hohe Beachtung und eine gute Akzeptanz stiess, jedoch drei Kernzielgruppen, die so genannten Sinus-Milieus der «Konsumorientierten Arbeiter», der «Eskapisten» und der «Experimentalisten» mit den Präventionsbotschaften nur teilweise erreicht wurden. Eine vertiefte Auswertung ist diesem Phänomen nachgegangen, um die Lebenswelten der einzelnen Sinus-Milieus besser zu verstehen und Erkenntnisse für die künftige Ausrichtung der Kampagne zu gewinnen.

Dabei wurde klar, dass die einzelnen Gruppen aus unterschiedlichen Gründen nicht erreicht wurden. Die optimale Ansprache einzelner Sinus-Milieus erfordert eine sehr spezifische, zielgruppengerechte Kommunikation betreffend Inhalt, Tonalität und Kanal. «Wir haben aufgrund dieser Erfahrungen beispielsweise vermehrt TV-Spots vor oder während Sportsendungen geplant, weil diese von «Konsumorientierten Arbeitern» gern geschaut werden», erläutert Adrian Kammer, Leiter der Sektion Kampagnen im BAG.

Aus erster Hand

Beratung spielt in praktisch jedem Präventions- oder Gesundheitsförderungskonzept eine wichtige Rolle. Bei der HIV-Prävention waren es vor 20 Jahren ehrenamtliche Beratende, die an den «Aids-Telefonen» Auskunft gaben, heute sind es professionelle Mitarbeitende der regionalen Aids-Hilfen.

Seit der Gründung der Aids-Hilfen vor über 20 Jahren wurden Konzepte zur Verbesserung der Beratungsqualität entwickelt und vielerorts umgesetzt. Heute haben Fragende dank Professionalisierung der Beratungsarbeit und Qualitätssicherung Gewähr, dass sie gut beraten werden. Die Aids-Hilfen beklagen allerdings, dass schwindende Ressourcen diese Qualität wieder einzuschränken drohen. Uns scheint jedoch, dass bei aller Professionalisierung ein wesentliches Kriterium an eine Beratung noch nicht umgesetzt ist: Die Frage nämlich, bei wem sich eine Beratung «lohnt». Bei knapper werdenden Ressourcen brauchen Qualitätssicherungssysteme ein Element, das dafür sorgt, dass vor allem diejenigen beraten werden, die Beratung wirklich brauchen.

Menschen, die Fragen zu ihrem HIV-Risiko haben, passen grob in drei Kategorien: Die «well and worried» machen sich Sorgen, obwohl sie kein Risikoverhalten haben; zweitens sind es diejenigen mit ungeschützten Sexualkontakten mit PartnerInnen ohne relevantes HIV-Risiko (Angehörige von Gruppen mit tiefer Prävalenz) und drittens Menschen mit Risikoverhalten mit PartnerInnen aus betroffenen Gruppen (MSM, IVDU, MigrantInnen aus Subsahara-Afrika). Konsequenterweise müssten die «Beratungsinvestitionen» vor allem bei letzteren hoch sein, weil die Infektionsgefahr bei dieser Gruppe am höchsten ist. Beratungszeit bei «well and worried» ist schlecht investiert: mit derselben Beratungszeit können in der höchsten Risikokategorie viel mehr HIV-Infektionen verhindert werden. Aus ökonomischer und auch aus Public Health-Sicht liegt dies auf der Hand. Rund um den HIV-Test plädieren wir deshalb dafür, dass vor der Beratung und Testung ein Risiko-Assessment durchgeführt wird, um KlientInnen einer der drei Kategorien zuzuordnen und den Beratungsablauf steuern zu können. Und wir hoffen, dass das Public Health-Denken zunehmend auch in der Beratung zum Qualitätskriterium wird.



Roger Staub
Leiter Sektion Aids
Bundesamt für Gesundheit



«Wir schaffen einen Sicherheitsraum von Vertrauen, wo man ohne jedes Getue über intimste Aspekte der Sexualität sprechen kann.»

Interview Hubert Crevoisier. Der Krankenpfleger Hubert Crevoisier gehört zu den Pionieren der HIV-Testberatung, des Voluntary Counselling and Testing (VCT) in der Schweiz. 2005 hat der Verein Dialogai in Genf die Beratungsstelle «Checkpoint» für Männer, die Sex mit Männern haben, eingerichtet, als deren verantwortlicher Krankenpfleger Hubert Crevoisier wirkt. 2006 hat er auch bei der Entstehung eines VCT-Angebotes im Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten der Genfer Universitätsklinik mitgewirkt. Montags und dienstags werden im «Checkpoint» rund 14 bis 15 Männer vor, während und nach dem HIV-Test beraten. Das Pilotprojekt wird von der Gesundheitsdirektion des Kantons Genf finanziert.

Herr Crevoisier können Sie uns den Verlauf einer VCT-Konsultation schildern?

Das VCT ist ein klar strukturiertes Prozedere, das sich aus vier festen Bestandteilen zusammensetzt: einem Fragebogen, einem Beratungsgespräch vor dem Test, dem eigentlichen HIV-Test und einem Beratungsgespräch nach dem Test. Wenn jemand zu einem Termin in den Checkpoint kommt, wird er von einem Freiwilligen empfangen, der ihn

«Leitidee des VCT ist die Prävention. Ich bin nicht hier, um Ratschläge zu geben, sondern, um dem Klienten zu helfen, das eigene Risikoprofil zu erkennen.»

in ein Wartezimmer führt. Dort beantwortet er an einem Computerterminal selbstständig rund 40 Fragen eines elektronischen Fragebogens. Die Antworten erscheinen sofort auf dem Bildschirm des Rechners im Konsultationszimmer, und wir erhalten so eine präzise Anamnese des Sexualverhaltens des Benutzers. Diese ermöglicht auch eine erste Einschätzung des Risikos einer Ansteckung mit HIV oder anderen sexuell übertragbaren Krankheiten, die der Klient eingeht. Vor der ersten Begegnung mit dem Klienten kann also das Gespräch entsprechend strukturiert werden. Anschliessend führe ich den Klienten ins Beratungszimmer. Eine VCT-Beratung besteht aus klar definierten Etappen und setzt stets das Einverständnis des Klienten (informed consent) voraus.

Gibt es einen «Esprit VCT»?

Ja, den gibt es. Der Geist des VCT besteht darin, dass sich sowohl der Klient wie auch der Berater wohl fühlen, um ohne Umweg auch über intimste Aspekte der Sexualität sprechen zu können. Da-

für schaffen wir einen Sicherheitsraum von Vertrauen, ohne Urteil und ohne Vorurteile. Im Checkpoint fühlt man sich wohl. Der Raum ist nüchtern aber komfortabel eingerichtet. Alles ist so gestaltet, dass ein Vertrauensklima entsteht, welches die Kommunikation erleichtert. Nun liegt es an uns, diese Bedingungen in unserer Arbeit so gut wie möglich zu nutzen. Seit jeher voller Leidenschaft für die Beziehungen zwischen Helfenden und Hilfesuchendem, höre ich Blicke und sehe die Worte. Das heisst, bei offenen Fragen anknüpfen, aktiv zuhören oder Fragen umformulieren, die Stille nutzen, um den Dialog anzukurbeln. Während des ganzen VCT bleibt das Arztgeheimnis, die Vertraulichkeit und Anonymität vollkommen gewahrt.

Das Ziel von Checkpoint wie auch des VCT im Gesundheitszentrum für MigrantInnen ist klar: es geht darum, vor und nach dem HIV-Schnelltest individuelle Präventionsberatung anzubieten. Hauptziel ist und bleibt: die Zahl der Ansteckungen in den Bevölkerungsgruppen mit hoher Prävalenz zu verringern.

Das VCT definiert die drei C: Counselling, Confidentiality und informed Consent. Warum sind diese drei C so wichtig?

Man kann noch etwas anderes hinzufügen: den Mut, die sexuellen Praktiken des Klienten direkt und ungeschminkt zur Sprache zu bringen. Der Klient wird immer wieder darauf hingewiesen, dass er jederzeit sagen kann: «Stopp, ich kann oder will nicht auf diese Frage antworten. Das geht Sie nichts an». Dies ist ein fundamentales Recht, dass ich vollumfänglich respektiere. Im Checkpoint gebe ich keine «Küchenrezepte», sondern wir bieten dem Klienten eine individualisierte und aktualisierte Präventionsberatung, die auf seine Bedürfnisse und die Sexualpraktiken ausgerichtet ist. Das Ziel bleibt stets, zu einer Verhaltensänderung bezüglich Risikoverhalten zu ermutigen. Im Gesundheitszentrum für MigrantInnen sieht die Sache anders aus, der Bedarf an Beratung ist viel grösser. Der Bedarf an Rat und an Primärinformation ist viel grösser. Dort muss man, ob mit Übersetzer oder ohne, manchmal bei Null anfangen und kleine Zeichnungen anfertigen, um sich verständlich zu machen.

Worin unterscheidet sich eine VCT-Beratung von einem HIV-Test beim Hausarzt?

Sie haben Recht, diese Frage zu stellen. Erlauben sie mir eine Gegenfrage: wie oft haben Sie mit Ihrem Hausarzt über Sex gesprochen oder über sexuelle Praktiken? Wie können Sie all diese delikaten Fragen über Treue oder Untreue bei einem Arzt zur Sprache bringen, der Sie und Ihren Lebenspartner seit jeher behandelt?

Aber genau dies sind die zentralen Fragen, die für eine wirksame HIV-Prävention diskutiert werden müssen.

Ich hingegen komme, das Einverständnis des Gegenübers vorausgesetzt, direkt zum Punkt, stelle sehr intime Fragen, ohne zu urteilen. HIV-Prävention heisst, über Sex reden. Ich stelle Fragen, welche ganz intime Dinge berühren. Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr, ob Sie homo- oder heterosexuell sind, welches sind Ihre Sexualpraktiken? Wie schützen Sie sich bei vaginal- oder Analverkehr? Wie reagieren Sie, wenn bei einem – festen oder Gelegenheitspartner – während eines Seitensprungs ein Kondom reisst? Kennen Sie die Fristen einer PEP-Behandlung (post exposition)? All das gehört zum Esprit VCT. Im Checkpoint werden all diese Fragen diskutiert, unkompliziert und respektvoll. Viele Klienten im Checkpoint sagen mir, dass sie nie den Mut hatten, ihre Homosexualität bei ihrem Hausarzt zur Sprache zu bringen. Nur gerade 36% der Ärzte stellen ihren homosexuellen Patienten Fragen zum Sexualleben. ⁽¹⁾



Hubert Crevoisier während eines Beratungsgesprächs im Checkpoint von Dialogai in Genf.

Wie wird die Qualität des VCT sichergestellt?

Das Verfahren von Checkpoint wurde vom ISPM Zürich evaluiert und validiert. Unsere Arbeit wird laufend vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne evaluiert und wir arbeiten mit der Ärztin Claude Huard, einer HIV-Spezialistin, zusammen. Ich persönlich geniesse regelmäßige Supervisionen und die Durchführung der Schnelltests wird vom Schweizerischen Zentrum für Qualitätskontrolle viermal jährlich kontrolliert.

Warum kommen die Menschen hierher zu einer VCT-Beratung?

Ganz einfach: die Leute wollen ein schnelles und zuverlässiges Testergebnis haben. Sie wissen, dass sie hier nicht verurteilt werden und dass wir nicht predigen. Einige verheiratete, bisexuelle Kunden wagen es nicht, ihre wahre Neigung dem Hausarzt zu verraten. Also kommen sie zu uns, um sich in einem

sicheren und geschützten Rahmen testen zu lassen. Auch im Jahre 2007 ist es keine Seltenheit, dass Männer ihre Homo- oder Bisexualität im Versteckten leben. Wie sollen wir einen verheirateten Mann zum Thema HIV-Prävention ansprechen, der ausserhalb seiner Ehe heimliche Beziehungen mit anderen Männern oder anderen Frauen hat? Unsere Arbeit besteht dann darin, diese Si-

«Hausärzte sind oft verlegen, wenn es darum geht, über Sexualität und Praktiken zu sprechen, die ihnen nicht vertraut sind.»

tuation in aller Transparenz ohne Urteil und ohne Vorurteil zu analysieren. Zusammen handeln wir eine Strategie für die Prävention oder Risikoverminderung aus, die dem festen Partner einen Schutz vor HIV und anderen sexuell

übertragbaren Krankheiten garantiert.

Das trifft auch zu für die Arbeit im Gesundheitszentrum für MigrantInnen. Dort muss man Präventionsarbeit leisten unter sehr schwierigen Bedingungen. Einzelne Klientinnen haben traumatisierende Lebenserfahrungen gemacht. Wie soll man mit einer Frau, die von Dutzenden betrunkenen und möderischer Soldaten vergewaltigt wurde, über HIV-Prävention sprechen? Wie kann ein solches Gespräch mit Fingerspitzengefühl, ehrlich, menschlich und respektvoll geführt werden? Wie kann das Gespräch vorangetrieben werden ohne je zu forcieren? Und wenn ich nun nach 15 Minuten ein positives Testresultat erhalte, wie teile ich das meinem Gegenüber mit?

Der Vorgang bleibt immer derselbe: ich lenke das Gespräch, aber es ist der

(1) Projet santé gaie / Enquête sur la santé des hommes gais de Genève / 2000 – 2003
www.dialogai.org/sante.asp

Klient, der Schritt für Schritt seine Einwilligung gibt. Wenn der Zeitpunkt für den Test gekommen ist und ich dessen Bedeutung und Folgen erklärt habe, verlangt das VCT die aufgeklärte Einwilligung der Person. Im Checkpoint lasse ich (mit einem Pseudonym) ein Dokument unterzeichnen, im Gesundheitszentrum für MigrantInnen ist das Einverständnis mündlich. Bei jedem Gespräch und vor jedem Test bereite ich mich geistig vor auf die Worte: «Sehr geehrte Frau, sehr geehrter Herr, ich habe eine gute bzw. eine schlechte Nachricht für Sie. Sie sind...»

Welches sind die häufigsten Fragen?

Die Klienten im Checkpoint stellen relativ wenige Fragen. Sie sind gut informiert und wir sind es, die die Fragen provozieren. Ich kann zum Beispiel sagen: Wenn dies und jenes passieren würde, wie würden Sie reagieren? Was wissen Sie über PEP, könnten Sie mir etwas mehr darüber sagen? Wie werden Sie das nächste Mal reagieren, wenn Sie mit dieser Situation konfrontiert werden? Was werden Sie heute Abend tun, wenn ich Ihnen in 15 Minuten ein positives Ergebnis mitteilen muss? Zu erfahren, dass man HIV-positiv ist, kann dramatische Folgen haben. Ich muss abschätzen, wie der Klient mit einer solchen Nachricht umgehen würde. Wenn mir der Klient zu zerbrechlich oder zu unsicher scheint, ziehe es ich vor, ihm eine zusätzliche Wartefrist und eine Konsultation bei unserer Ärztin in der folgenden Woche vorzuschlagen.

Welche Unterschiede erleben Sie zwischen Männern und Frauen?

Im Grunde keine. VCT zielt darauf ab, mit Risikogruppen (MigrantInnen, MSM) zu arbeiten. Das VCT kann nicht nur an alle Bevölkerungsgruppen, sondern auch an die zwei Geschlechter angepasst werden. Im Checkpoint haben wir eine ausschliesslich männliche Kund-

«Im Gesundheitszentrum für MigrantInnen ist der Bedarf an Beratung und Primärinformation viel grösser. Dort muss man manchmal bei Null anfangen und kleine Zeichnungen anfertigen, um sich verständlich zu machen.»

schaft. Ich habe die Sprache, die Codes und das Umfeld der Klienten kennen gelernt. Manchmal kommen die Leute zur Konsultation im Paar, dann empfangen sie mich nacheinander. Denn aus Erfahrung weiss ich, dass ich von zwei Partnern oft ganz unterschiedliche Versionen zu hören bekomme. Ich mache also nie eine Paarkonsultation.

Im Gesundheitszentrum für MigrantInnen, wenn ich mich einer verschleierte Frau oder einem Mann aus einem anderen Kulturkreis gegenüber sehe, bleibt der Vorgang derselbe. Selbstver-



Hubert Crevoisier

ständig wird die Beratung an die Bevölkerungsgruppe, entsprechend ihrer Prävalenz, ihrer Lebensumstände und ihrem Sexualverhalten angepasst.

Wie erklären Sie sich den beunruhigenden Wiederanstieg von Neuansteckungen bei den MSM, wo sie doch die Erfahrung machen, dass die Klienten genau wissen, wie man sich schützen muss.

Ich habe keine Erklärung, kann bloss Vermutungen anstellen. Das ist also meine ganz persönliche Meinung. Vor 20 Jahren bedeutete Aids den sicheren Tod, also hatten die Leute Angst und schützten sich. Mit dem Auftauchen neuer Therapien ist die Sterblichkeit massiv gesunken. Heute ist HIV eine chronische Krankheit geworden, die eine «normale» Lebenserwartung erlaubt; die Arzneimittel sind wesentlich verträglicher, die Behandlung einfacher, womit die Lebensqualität der betroffenen Personen gestiegen ist – lauter erfreuliche Nachrichten. Aber seit 20 Jahren leben Homosexuelle und Heterosexuelle mit einem Damoklesschwert über dem Kopf. Selbst wenn man sich gut schützt, ist und bleibt jede Beziehung ein potenzielles Risiko, sich diesen Teufels-Virus zu holen. Nach 20 Jahren stellt man eine gewisse Erschöpfung fest, Tag für Tag von diesem Virus bedroht zu werden. Manche werden nachlässig beim Schutz...

Einzelne Klienten im Checkpoint reagieren erleichtert, als sie erfuhren, dass sie HIV-positiv sind. Natürlich sind sie nicht glücklich darüber, aber dennoch erleichtert, nicht mehr mit dieser ständigen Angst zu leben, sich anzustecken. Diese bohrende Frage, die sie sich ständig stellten, wird nun durch einen anderen Kampf ersetzt, einen lebenslangen: Den Kampf der medizinischen Beobachtung, der Behandlung und der unvermeidlichen Probleme, die HIV mit sich bringt.

Die Klienten sprechen von ihrem Bedürfnis nach Liebe, nach Zärtlichkeit,



nach «Fusion» – ein Begriff, der oft verwendet wird. «Ich schütze mich nicht, weil ich Vertrauen in diesen Partner habe». Bei diesem Wort flippe ich aus. Vertrauen kann man nicht schenken, man muss es erschaffen!

Was motiviert Sie persönlich, Woche für Woche Menschen beim HIV-Test zu beraten?

Es ist ein innovatives Projekt und ich kämpfe dafür, dass Menschen, gerade Jugendliche, die richtigen Informationen erhalten, ohne Chichi. Ich kämpfe dafür, dass die Zahl derer sinkt, die beim HIV-Test keine Beratung erhalten.

«Beratungsgespräche mit MigrantInnen müssen mit sehr viel Fingerspitzengefühl geführt werden, weil diese zum Teil schreckliche Erfahrungen gemacht haben.»

44% ⁽¹⁾ der Homosexuellen erhalten nach wie vor keine Beratung, weder vor noch nach dem Test. Dies muss sich ändern! Die Beratung ist das Wichtigste, der Test selber ist eigentlich sekundär. Und es gibt dringlichen Handlungsbedarf. Selbst wenn ich zutiefst überzeugt bin, dass sich die MSM deutlich besser schützen als die Heterosexuellen, lässt in letzter Zeit das Schutzverhalten nach. Die Prävalenz des HIV bei den Homosexuellen ist sehr hoch. Manchmal hab ich einfach Lust zu brüllen: «Jetzt reicht es mit dieser Schweinerei!»

Bei uns gehen alle Altersstufen, Berufs- und Gesellschaftsgruppen ein und aus. Vor einiger Zeit musste ich einem jungen Mann von 20 Jahren mitteilen, dass er HIV-positiv ist. So etwas wühlt mich gefühlsmässig sehr auf. Natürlich gibt es heute HIV-Therapien, aber diese Ansteckung wäre vermeidbar gewesen. Diesem jungen Mann hat die grundlegende Präventionsinformation gefehlt.



Als er begonnen hat, sich zu schützen, war es schon zu spät. Ich würde gerne viel mehr mit Jugendlichen arbeiten. Leider haben wir hier im Checkpoint nur sehr wenige ganz junge Leute. Ihre

«Die Beratung ist das Wichtigste, der Test selber ist eigentlich sekundär.»

Lage ist besonders schwierig: einer von vier homosexuellen Jugendlichen begeht vor dem 20. Altersjahr einen Selbstmordversuch. Warum soll man sich vor HIV schützen, wenn man doch ohnehin das Verlangen hat zu sterben?

Die Kollegen von Dialogai suchen an den Treffpunkten von Jugendlichen den Kontakt. Sie hinterlassen eine Visitenkarte, mancher Jugendliche kommt später vorbei, andere nicht. Ich habe einige Jahre in der palliativen Pflege gearbeitet. Heute, im Checkpoint befinde ich mich nicht mehr am Ende des Lebens, sondern mitten drin. Hier kann ich meine Botschaft unter die Leute bringen: Das Leben ist schön, schützt Euch!

Im Gespräch: Hubert Crevoisier

Hubert Crevoisier ist 44 Jahre alt, arbeitet seit 15 Jahren als Krankenpfleger und ist soeben nach Bern umgezogen. Neben den zwei Tagen im Checkpoint in Genf arbeitete er bis vor kurzem zwei Tage pro Woche in Spital von La Chaux-de-Fonds. Er hat mit dem Team von Dialogai im Jahr 2005 das VCT-Center Checkpoint aufgebaut. 2006 wurde das Konzept von Checkpoint übernommen, um eine VCT-Beratung im Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten des Genfer Universitätsspitals aufzubauen. Sein Wunsch ist es, Berater für das VCT auszubilden.

Einen Ausgleich zur Beratungsarbeit, bei der er manchmal sehr schwierigen Situationen begegnet, findet Hubert Crevoisier in der Kunst: Als renommierter bildender Künstler arbeitet er am liebsten mit Glas.

Evaluation: Die Bundesstrategie «Migration und Gesundheit» hat einiges in Bewegung gebracht

Evaluation der Bundesstrategie Migration und Gesundheit. Sie sei ambitionös und umfassend, aber mit relevanten Zielen und guten Lösungsansätzen – die Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2002–2006». Ausserdem habe sie die herrschenden Probleme sichtbar gemacht. So lautet der Tenor der Globalevaluation, deren Ergebnisse laufend zur Optimierung eingesetzt wurden. Auch für die aktuelle Ausarbeitung der Nachfolgestrategie für die Jahre 2008 bis 2013 dienen die Evaluationsresultate als solide Grundlagen.

Im Rahmen der Bundesstrategie setzt sich das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Migration und der Eidgenössischen Ausländerkommission seit 2002 mit zahlreichen Massnahmen und Projekten dafür ein, einen chancengleichen Zugang zu den Leistungen der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitsvorsorge sowie zu Informationen über das Gesundheitssystem zu gewähren. Die Konzeption und Umsetzung der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit» wurde extern (von Büro Vater, INFRAS und dem IDHEAP) evaluiert. Sowohl auf Programm- als auch auf Projektebene wurden die Evaluationsergebnisse während der gesamten Dauer der Bundesstrategie beigezogen, wenn es um Entscheide bezüglich Optimierungsmassnahmen oder Projektfortführungen ging.

Geeignete Lösungsansätze

Insgesamt stellt die Evaluation der Gesamtstrategie ein gutes Zeugnis aus: Ihre Ziele werden als relevant und die Lösungsansätze mehrheitlich als geeignet bezeichnet. Der Bund ist bei der Strategie von einem gut begründeten und



stimmigen, wenn auch etwas vagen und sehr ambitionierten Konzept ausgegangen. Wegen beschränkter Ressourcen sowie schwierigen politischen, ökonomischen und institutionellen Rahmenbedingungen konnte das Konzept zwar nicht vollständig umgesetzt werden. Es wurden aber zweckmässige Prioritäten gesetzt, die einem integrativen Ansatz entsprechen. Dieser zielt darauf ab, die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten in den Regelstrukturen des Gesundheitsbereichs zu verankern.

Die Umsetzung der Strategie verlief überwiegend gut. Grössere Probleme identifizierte die Evaluation lediglich im Bereich der Kommunikation, wo inzwischen jedoch Anpassungen realisiert werden konnten. Ansonsten fand die Evaluation funktionelle, wenn auch komplexe Umsetzungsstrukturen vor

und die Projektarbeit wird insgesamt positiv gewertet. Es wurden konkrete Leistungen erbracht, die auch Wirkungen ausgelöst haben.

Probleme sichtbar gemacht

Gemäss Evaluationsbericht ist es mit der Strategie gelungen, den Problemen im Bereich Migration und Gesundheit eine bessere Sichtbarkeit zu verleihen und dadurch punktuell auch andere Akteure zum Handeln zu bringen. Im Grossen und Ganzen hat der Bund nach Ansicht der Evaluatoren mit der Strategie das Richtige richtig getan. Er könne es künftig jedoch noch besser machen.

Nachfolgestrategie wird ausgearbeitet

Zurzeit wird durch das BAG unter Einbezug des Bundesamts für Migration

und der Eidgenössischen Kommission für Ausländerfragen die Bundesstrategie «Migration und Gesundheit» Phase II (2008-2013) erarbeitet, die dem Bundesrat im Frühling 2007 unterbreitet wird. Die Ergebnisse der Evaluation liefern dabei wichtige Hinweise hinsichtlich der Strategieausrichtung und der Umsetzungsstrukturen:

- Einen breiten Problemlösungsansatz beibehalten gemäss umfassender «Public Health»-Sicht
- Gesundheitliche Chancengleichheit als Vision beibehalten
- Probleme auf der Basis neuer Erkenntnisse genauer definieren
- Ziele klarer formulieren und vermehrt Machbarkeitsüberlegungen mit einbeziehen
- In den Handlungsfeldern thematische Kontinuität anstreben und die Nachhaltigkeit der bisher erfolgreichen Projekte und Tätigkeiten sichern
- Die Abstützung der Strategie und die BAG-interne Vernetzung verbessern.

Durch den Miteinbezug dieser Empfehlungen in die Erarbeitung und Umsetzung der zweiten Phase der Strategie «Migration und Gesundheit» erfüllt die Programmevaluation einen zentralen Zweck: Ihre Ergebnisse dienen als Grundlage zur Optimierung der Bundesstrategie.

Kontakt: Thomas Spang,
Leiter Sektion Chancengleichheit
und Gesundheit,
thomas.spang@bag.admin.ch

Florence Chenuaux,
Sektion Forschungspolitik,
Evaluation und Berichterstattung
florence.chenuaux@bag.admin.ch

Die Tabak- und Alkoholprävention soll auch Migrantinnen und Migranten

Transkulturelle Tabak- und Alkoholprävention. Tabak- und Alkoholkonsum gehört zu den wichtigsten Ursachen für chronische, nicht übertragbare Krankheiten. Migrantinnen und Migranten, sie machen rund einen Fünftel der Schweizer Bevölkerung aus, sollen von Prävention und Gesundheitsförderung ebenso profitieren können wie der Rest der Bevölkerung. Ein Projekt für transkulturelle Tabak- und Alkoholprävention schafft Grundlagen, um diesen Anspruch zu verwirklichen, und leistet damit auch wichtige Basisarbeit für die Verankerung des transkulturellen Ansatzes in anderen Präventionsbereichen. Das Projekt wird mit Geldern aus dem Tabakpräventionsfonds und aus dem Alkoholgesetz (Artikel 43 a) sowie von den beteiligten Organisationen finanziert.

Die Schweiz lässt sich die Tabakprävention jedes Jahr rund 20 Millionen Franken kosten. Wie viel Geld für die Tabakprävention bei MigrantInnen ausgegeben und wie viel Wirkung damit erzielt wird, ist weitgehend unbekannt. Man kann jedoch davon ausgehen, dass die Migrationsbevölkerung stark unterversorgt ist. Hier bestehen grosse Defizite in der vom Bund geforderten Chancengleichheit. Dasselbe gilt für die Alkoholprävention. Die heute vernachlässigte Prävention von chronischen, nicht übertragbaren Krankheiten bei sozial benachteiligten MigrantInnen soll verstärkt, wirkungsvoller und effizienter gemacht werden, was letztlich zu einem besseren Gesundheitszustand und zu weniger Gefälle innerhalb der Schweizer Bevölkerung führt. Das Gesundheitsmonitoring zeigt denn auch, dass die Migrationsbevölkerung die eigene Gesundheit schlechter einschätzt als die SchweizerInnen. Be-

züglich Tabakkonsum fallen in den Ergebnissen des Gesundheitsmonitorings vor allem die hohen Raucherquoten der Personen aus der Türkei einerseits und die tiefen Raucherquoten der Personen aus Sri Lanka auf. Unter den Personen aus der Türkei waren 2005 48% aktuell Raucher, während es bei den SchweizerInnen 33% sind. Die Werte der übrigen Gruppen befinden sich auf ähnlichem Niveau wie jene der SchweizerInnen, die Quote der RaucherInnen der Kosovo-AlbanerInnen aus dem Asylbereich liegt mit 27% deutlich unter der Quote der schweizerischen Bevölkerung.

Grundlagen erarbeiten

Vision des Projektes «Transkulturelle Tabakprävention» ist, dass in Zukunft alle nationalen Präventionsprogramme zur Bekämpfung von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten ihre Interventionen bewusst auch auf die Ziel-

gruppe der Migrationsbevölkerung ausrichten. Als Schritt hin zu dieser Vision sollen in einer ersten Projektphase die Grundlagen für strategische und operative Entscheide für die transkulturelle Tabakprävention in Form eines Grundlagenberichtes aufgearbeitet werden. Dieser enthält neben demografischen und epidemiologischen Daten auch Best Practice-Beispiele, Checklisten und «Golden Rules» sowie Adresslisten und weitere Hilfsmittel.

Diese Grundlagen fehlen heute: Selbst wenn sich eine Institution transkulturell öffnen will, ist es schwierig, sich beim vorliegenden Stand des Wissens und den vorhandenen Ressourcen für die Migrationsbevölkerung zu engagieren. Die Verantwortlichen sind überfordert, weil das Know-how fehlt, die Kommunikationskanäle schlecht bekannt sind und das Wissen über das optimale methodische Vorgehen nicht zur Verfügung steht.

Sind Gesundheitsorganisationen für das Thema Gender sensibilisiert?

Befragung zum Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich. Sind die Gesundheitsorganisationen in unserem Land für das Thema Gender sensibilisiert und inwieweit setzen sie Gender Mainstreaming Massnahmen bereits um? Dies wollte das Bundesamt für Gesundheit anhand einer Online-Befragung herausfinden. Die Ergebnisse dienen als Basis, um Gender Mainstreaming auf nationaler Ebene zu planen, zu koordinieren und voranzutreiben.

Seit 2001 setzt sich der Fachbereich Gender Health in der Sektion Chancengleichheit des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) auf nationaler Ebene für eine geschlechtergerechte Gesundheitspolitik ein. In Anlehnung an die internationalen Absichtserklärungen zu Gender Mainstreaming (u.a. WHO-Policy, Europarat usw.) zielt die Arbeit einerseits darauf ab, dass gesundheitliche Bedürfnisse, Risiken und Ressourcen von Frauen und Männern systematisch in allen Bereichen der Gesundheit und auch in anderen Politikbereichen berücksichtigt werden. Andererseits sollen die Angebote der Gesundheitsversorgung, der

Gesundheitsförderung und Prävention für beide Geschlechter gleichermassen zugänglich werden.

Um diesen Zielsetzungen nachzukommen, müssen die Gender Mainstreaming Massnahmen praxisnah ausgestaltet sein, das heisst den Bedürfnissen und Gegebenheiten der Praxis angepasst werden. Dazu bedarf es einer konkreten Situationsanalyse. Bisher fehlte in der Schweiz jedoch eine Datenbasis zur Beurteilung der Gender-Sensibilität und Gender-Aktivitäten von Gesundheitsorganisationen. Der Fachbereich Gender Health (BAG) führte deshalb 2006 eine Online-Befragung zu den Gender-Aktivitäten bei 56 nationalen Gesundheitsorganisationen (PatientInnen-, Dachorganisationen und Stiftungen) durch. Die Ergebnisse sollten einerseits als Planungsgrundlage dienen, Gender Mainstreaming auf nationaler Ebene voranzutreiben. Andererseits sollte ein Sensibilisierungseffekt erzielt werden.

Während Begriffe wie Gender Studies, Gender Mainstreaming oder gendersensibel mittlerweile zum Standardvokabular in Politik, Wissenschaft sowie Aus- und Weiterbildung gehören, relativiert ein Blick in den konkreten Alltag der

Institutionen einiges. Wie die Ergebnisse dieser Befragung zeigen, ist eine konkrete Umsetzung von Gender Mainstreaming auf der institutionellen Ebene von Gesundheitsorganisationen erst ansatzweise erfolgt und es bestehen grosse Lücken in der geschlechtergerechten Projekt- und Angebotsgestaltung. Dachverbände scheinen nicht nur gendersensibler als PatientInnenorganisationen zu sein, sondern auch eine höhere Bereitschaft zu zeigen, das Thema Gender in ihre Arbeit zu integrieren. Wie die Interessen- und Bedarfsanalyse zeigt, sind Defizite nur bedingt auf fehlendes Interesse zurückzuführen. Vielmehr scheinen diese durch fehlende institutionelle Möglichkeiten oder Ressourcen und mangelndes Know-how verursacht zu sein.

Gesundheitspolitisch besteht daher Handlungsbedarf. Einerseits wird es weiterhin darum gehen, auf politischer Ebene das Innovationspotential der Geschlechterkategorie aufzuzeigen. So können Gender-Mainstreaming-Massnahmen mit aktuellen Forderungen und Zielen wie Qualität, Bedarfsgerechtigkeit, Effizienz und Effektivität gesundheitsbezogener Massnahmen, aber auch mit Prävention, PatientInnenorientierung und integrativer Versorgung verknüpft werden. Andererseits sind konkrete, auf die Organisationen abgestimmte Massnahmen erforderlich. Die Daten verweisen auf zahlreiche Möglichkeiten. So können Sensibilisierungsmassnahmen auf die Bedürfnisse spezifischer Organisationen zugeschnitten werden oder für mehrere Organisationen gemeinsam konzipiert werden. Denkbar sind z.B. Workshops und interne Fachreferate zu gewünschten Themenfeldern oder die Integration von Fachreferaten in bestehende Tagungen der jeweiligen Organisationen. Im Sinn von Good-Practice-Beispielen könnte auch die

Möglichkeit von Modellprojekten in Erwägung gezogen werden.

Der Fachbereich Gender Health des BAG trägt dazu bei, Gender-Mainstreaming-Prozesse voranzutreiben, indem er die Ergebnisse potentiellen Adressatinnen und Adressaten vorstellt und eine entsprechende Umsetzung plant, initiiert und koordiniert. Die Umsetzung konkreter Schritte im Gender-Mainstreaming-Prozess ist aber letztlich von den PartnerInnen- und Fachorganisationen zu leisten, in bestehende Angebote und Weiterbildungsstrukturen zu integrieren und in den Gesundheitsorganisationen nachhaltig zu verankern.

Die detaillierten Ergebnisse der Befragung sind publiziert unter: www.bag.admin.ch > Themen > Gesundheitspolitik

Kontakt: Ursula Koch,
Sektion Chancengleichheit
und Gesundheit
ursula.koch@bag.admin.ch

Weitere Informationen zum Thema Gender Health finden Sie unter: www.genderhealth.ch



en erreichen

Sensibilisierung der Akteure

Nach der Publikation des Grundlagenberichtes folgt in der zweiten Projektphase, dem Kernelement des Projektes, die intensive Sensibilisierung der Akteure und die Verbreitung der Erkenntnisse:

- Die Analysen und Resultate werden in Fachpublikationen bekannt gemacht.
- Mit den Entscheidungsträgern in der Prävention werden individuelle Gespräche geführt.
- Workshops sollen Mitarbeitende der Projektpartner und weitere Akteure informieren, motivieren und zur transkulturellen Prävention befähigen.
- Gezielt werden die Akteure der Prävention in den Settings Schulen, Arbeitsplatz, Gesundheitswesen, Gemeinden usw. sensibilisiert.
- Die Ausbildungsstätten für Gesundheitsförderung und Prävention

werden angeregt, die transkulturelle Prävention vertieft ins Curriculum aufzunehmen.

- Eine nationale Tagung verbreitet die Resultate und sensibilisiert die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen.

Die Zielgruppen des Projektes sind v.a. die Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung, die über die Ausrichtung und die Budgets der Tabak- und Alkoholprävention befinden, sowie die Akteure vor Ort, welche die transkulturelle Prävention umsetzen.

Verschiedene Pilotprojekte

Zum Teil bereits in der zweiten, vor allem aber in der dritten Projektphase sind mehrere Pilotprojekte vorgesehen. Sie sollen einerseits existierende Präventionsprogramme transkulturell erweitern, andererseits die Tabak- und

Alkoholprävention in bestehende transkulturelle Aktivitäten integrieren.

Breit abgestützte Trägerschaft

Um für dieses komplexe Projekt über die nötigen Kompetenzen zu verfügen und um eine optimale Streuung der Resultate gewährleisten zu können, suchten die Initiatoren von Public Health Services eine breite Abstützung. Zu den beteiligten Organisationen gehören das Bundesamt für Gesundheit, das Schweizerische Rote Kreuz, Caritas Schweiz, die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention, Radix Gesundheitsförderung, die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme sowie die Krebsliga Schweiz. Das Projekt startete im September 2006 und schliesst im Juni 2009 mit einer Wirkungsevaluation ab. Von den Gesamtkosten von gut einer Million Franken übernehmen die beteiligten Organisationen 15%, der Tabakprä-

ventionsfonds finanziert Fr. 521'000.–, die Beiträge gemäss Alkoholgesetz liegen in der Höhe von Fr. 344'000.–.

Das Projekt konzentriert sich auf die Risikofaktoren Tabak und Alkohol. Hier besteht besonders dringlicher Handlungsbedarf. Die Erkenntnisse aus diesem Projekt sollen aber der transkulturellen Prävention in der Schweiz generell zugute kommen.

Kontakt: Brigit Zuppinger,
Sektion Chancengleichheit und
Gesundheit
brigit.zuppinger@bag.admin.ch

Auf der Suche nach wirksamen Therapien für Jugendliche mit problematischem Cannabiskonsum – und seinen Folgen

INCANT-Studie. Nachdem ein Pilot die Machbarkeit aufgezeigt hat, nimmt die Schweiz an einer internationalen Studie teil, um abzuklären, ob die in den USA bewährte multidimensionale Familientherapie für Jugendliche mit Cannabis-Problemkonsum auch in unserem Land ein Hilfsangebot für Problemjugendliche sein könnte.

Die Schweiz beteiligte sich 2004/2005 zusammen mit Belgien, Frankreich, Deutschland und den Niederlanden an einer Pilotstudie, um zu untersuchen, ob sich die in den USA bewährte multidimensionale Familientherapie (Multidimensional Family Therapy, kurz MDFT) für Jugendliche mit Cannabis-Problemkonsum in diesen europäischen Ländern einführen liesse. Die Erfahrungen der Pilotstudie waren insgesamt positiv und zeigten, dass MDFT ein viel versprechender Behandlungsansatz ist. Die Hauptstudie von INCANT (International Cannabis Need of Treatment) überprüft nun die Wirksamkeit von MDFT im Vergleich zur üblichen ambulanten Behandlung von Jugendlichen mit einem Cannabis-Problemkonsum.

Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) nimmt die Schweiz, zusammen mit den vier obengenannten Ländern, an dieser Hauptstudie teil. Die Fondation Phénix Genf und das Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) Zürich sind gemeinsam mit deren Durchführung beauftragt. Die Fon-

dation Phénix ist verantwortlich für den therapeutischen Teil der Studie (Rekrutierung der Studienteilnehmenden, Durchführung der Therapien) und für die Feldarbeit im Rahmen der Begleitforschung (Datenerhebung). Das ISGF ist zuständig für die Gesamtkoordination der Forschung sowie für Dateneingabe und Auswertung der Schweizer Daten. Die internationale Gesamtprojektleitung der INCANT-Hauptstudie liegt bei Prof. H. Rigter von der Erasmus Universität Rotterdam. Die Hauptstudie begann im Januar 2007 und dauert bis Dezember 2009.

Wirksamkeit überprüfen

Hauptziel der Studie ist es, die Wirksamkeit der Multidimensionalen Familientherapie im Vergleich zur üblichen Behandlung (Treatment as Usual, TAU) bei Jugendlichen mit Cannabisproblemen zu untersuchen. Im Rahmen einer internationalen, randomisierten Kontrollstudie werden die Effekte der beiden Therapien hinsichtlich des Cannabiskonsums, des Konsums anderer Substanzen (Alkohol, illegale Drogen) sowie weiterer Probleme psychischer oder sozialer Art untersucht. Ebenso werden Haltequote, Akzeptanz der Therapie und die Kosten-Effektivität verglichen.

Jugendliche in Genf

Es handelt sich um eine Verlaufsstudie mit einer Befragung beim Eintritt und weiteren Befragungen nach drei, sechs,

neun und 12 Monaten. Insgesamt werden rund 480 Jugendliche in die Studie einbezogen, wovon jeweils die Hälfte MDFT-Therapie respektive TAU erhält. Die geplante Stichprobe in der Schweiz beträgt 60 Personen (je 30 MDFT respektive TAU).

Die Studienteilnehmenden sind Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren, die auf eigene Initiative oder aufgrund einer Zuweisung (z.B. durch die Justiz) bei der Fondation Phénix Genf um Beratung oder Behandlung nachsuchen. Voraussetzung für die Teilnahme ist das schriftliche Einverständnis des/der Jugendlichen sowie mindestens eines Elternteils (informed consent).

Die Studienteilnehmenden werden randomisiert einer der beiden Behandlungsformen zugewiesen:

MDFT: Die Multidimensionale Familientherapie ist eine ambulante, familien- und systemorientierte Behandlungsform von hoher Intensität, welche zeitlich auf sechs Monate begrenzt ist. Dieser umfassende Ansatz beinhaltet Methoden des Case Managements, der Elternberatung, der kognitiven Verhaltenstherapie, der klientenzentrierten Psychotherapie und der strukturellen und strategischen Familientherapie. Die angewandten Interventionen basieren auf einem standardisierten Therapiehandbuch und werden laufend überprüft. Der therapeutische Einbezug mindestens eines Elternteils ist unabdingbarer Bestandteil von MDFT.



TAU: Die Vergleichstherapie entspricht dem Treatment as Usual, das heisst dem vor Ort üblichen Behandlungs-/Therapieangebot für Jugendliche mit einer Cannabisproblematik und gegebenenfalls weiteren Problemen. Konkret handelt es sich in der Schweiz um ein Angebot, das hauptsächlich psychodynamische und kognitiv-verhaltensorientierte Ansätze beinhaltet, je nach Situation ergänzt durch weitere Verfahren (z.B. körperorientierte Methoden, Entspannung, Hypnose). Im Unterschied zu MDFT erfolgt der Einbezug der Eltern in die Behandlung nicht in einem therapeutischen Sinne, sondern im Sinne von Information und Unterstützung. Die Therapiedauer entspricht derjenigen bei MDFT.

Sollte sich die MDFT auch in der Schweiz als geeignetes Behandlungsangebot für Jugendliche mit problematischem Cannabisgebrauch und gegebenenfalls weiteren Problemen erweisen, stünde damit eine empirisch überprüfte, standardisierte und manualbasierte Therapieform zur Verfügung, deren Verbreitung aktiv gefördert werden könnte.

Kontakt: Sandra Villiger,
Sektion Grundlagen
sandra.villiger@bag.admin.ch

www.incant.eu

Wie entwickeln sich gefährdete Jugendliche?

Wirksamkeit mittelfristig überprüfen. Die *supra-f*-Kohortenstudie ist die Weiterführung der *supra-f*-Interventionsstudie, die von 1999 bis 2005 dauerte und rund 1500 Jugendliche mit einbezog, davon rund 500 in der Vergleichsgruppe ohne Intervention.

Die *supra-f*-Forschung konnte bisher einige positive Effekte zum Zeitpunkt des Austritts aus dem Programm nachweisen. Die Frage stellt sich, ob diese Effekte über die Zeit stabil sind. Die *supra-f*-Kohortenstudie will die weitere psycho-soziale Entwicklung dieser Gruppe von Jugendlichen mit besonderen Belastungen untersuchen.

Kohortenstudien durchzuführen ist ein zeitaufwendiges Unterfangen. Zumal es bei den *supra-f*-Teilnehmern um so genannte Problemjugendliche handelt, die mit speziellen Mustern von Schwierigkeiten leben. Die Kohorte besteht aus 750 bis 800 Jugendlichen, von denen zu drei Zeitpunkten Daten gesammelt werden konnten: beim Eintritt in ein *supra-f*-Zentrum, beim Austritt und mindestens ein Jahr später. Bis Ende 2006 wurden aus dieser Gruppe wiederum knapp 600 Jugendliche befragt.



Das *supra-f*-Projekt in Bern

Verschiedene Risikofaktoren

supra-f geht von einem Modell aus, bei dem die jeweilige soziale Ausgangslage und unterschiedliche Risikofaktoren – psychische Probleme, Verhaltensauffälligkeiten, Substanzkonsum – sich aus-

wirken auf die Entwicklung und die zukünftige Gesundheit der/des Jugendlichen. Die soziale Ausgangslage ist eine feste Grösse und kann sich kaum mehr verändern. Sie ist das, was ein junger Mensch in seinem bisherigen Leben an Belastungen mitgenommen hat. Erfasst werden die Anzahl Umzüge und die Anzahl Schulwechsel, Schulausschlüsse, Klassenwiederholungen, Aufenthalt in Institutionen wie Psychiatrie, Jugendheimen, Eltern verheiratet oder geschieden, Vater oder Mutter gestorben oder unbekannt.

Generell zeigen die Resultate der Kohortenstudie, dass sich das Befinden (Angst, Depression, Suizidgefährdung) über die Zeit normalisiert. Bei den Substanzen (Alkohol, Tabak, Cannabis) zeigt sich eine leichte Konsumzunahme, die in dieser Altersgruppe natürlich ist.

Was beeinflusst die soziale Integration?

Die psychische Beeinträchtigung (Angst, Depression) scheint zusammen mit der sozialen Ausgangslage die Chancen der sozialen Integration zu beeinflussen. So haben Jugendliche mit einer schlechten sozialen Ausgangslage und einer psychischen Beeinträchtigung eine Integra-

tionsrate von nur 50%. Ohne psychische Beeinträchtigung und mit einer guten Ausgangslage sind heute rund 80% der Jugendlichen integriert. Cannabiskonsum, so die Erfahrungen aus der *supra-f*-Kohorte, scheint dagegen keine zusätzliche Bedeutung für die spätere soziale Integration zu haben.

Zeigen Jugendliche mit *supra-f*-Intervention bessere Ergebnisse als diejenigen ohne in der Kontrollgruppe? Diese Frage kann zurzeit noch nicht beantwortet werden, da die Anzahl Jugendlicher mit vergleichbarer sozialer Ausgangslage in der Vergleichsgruppe noch zu klein ist.

Zurzeit wird die Kohortenbefragung 2006/2007 ausgewertet. Darüber hinaus wird bereits die letzte Kohortenbefragung für das Jahr 2008 vorbereitet.

Kontakt: Sandra Villiger,
Sektion Grundlagen
sandra.villiger@bag.admin.ch

www.supra-f.ch

Die Suchtprävention bei den Jugendlichen wirkt, aber Alkohol bleibt die Problemsubstanz Nummer 1

Schweizerische Schülerbefragung:

Die 15-Jährigen rauchen, kiffen und trinken weniger Alkohol als vor vier Jahren. Die Prävention scheint Früchte zu tragen. Dennoch kann nicht von einer Trendwende gesprochen werden. Insbesondere der Alkoholkonsum ist weiterhin Besorgnis erregend: 30% der Knaben und 20% der Mädchen waren schon mindestens zweimal in ihrem Leben betrunken.

Schweizer Schülerinnen und Schüler rauchen, trinken und kiffen weniger, das ist das erfreuliche Hauptergebnis der neuesten Schülerbefragung. Die Viersäulenpolitik des Bundes bewährt sich. Allerdings sind die Konsumzahlen beim Alkohol und Cannabis nach wie vor hoch und von einer Trendwende kann nicht gesprochen werden. Besorgnis erregend sind vor allem die veränderten Konsum-Muster beim Alkohol, namentlich das Rauschtrinken. Diesbezüglich bleibt noch einiges zu tun.

Eine internationale Studie

Seit 20 Jahren untersucht die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der Kantone das Gesundheitsverhalten und den Substanzkonsum der Schülerinnen und Schüler in der Schweiz. Die Schüler-Studie HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) wird unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation in 41 Ländern durchgeführt. Im Erhebungsjahr 2006 haben in der Schweiz 591 Klassen, d. h. rund 9800 Schülerinnen und Schüler im Alter von 11 bis 15 Jahren, an der anonymen Fragebogenuntersuchung teilgenommen. Die Schülerstudie ist repräsentativ für die gesamte Schweiz.

Beliebt sind Bier und Alcopops

Wie die Schülerbefragung zeigt, trinkt rund ein Viertel der 15-jährigen Knaben mindestens wöchentlich Alkohol. Bei den Mädchen in der gleichen Altersgruppe sind es 17%. 30% der 15-jährigen Knaben und 20% der Mädchen gaben an, schon mindestens zweimal in ihrem Leben betrunken gewesen zu sein. Hochgerechnet auf alle befragten Altersgruppen bedeutet dies, dass rund 44'000 der 11- bis 15-Jährigen sich mindestens zweimal in ihrem Leben einen Rausch angetrunken haben.

Bier ist bei den Jungen auch im Jahr 2006 nach wie vor das am häufigsten konsumierte Getränk. Bei den Mädchen sind Alcopops und Bier die beliebtesten Getränke. Der Alcopopskonsum ist nach dem massiven Anstieg von 2002 deutlich zurückgegangen. Aber noch immer trinkt fast jeder zehnte 15-Jährige wöchentlich Alcopops.

Die politischen Massnahmen zur Preisgestaltung haben Früchte getragen. Die Einführung der Sondersteuer auf Alcopops hat zu einem Konsumrückgang



dieser Produkte geführt. Die neue Lebensmittelverordnung verpflichtet die Verkaufsstellen, auf das gesetzliche Abgabalter für alkoholische Getränke gut sichtbar hinzuweisen. Somit werden die geltenden Jugendschutzbestimmungen vermehrt durchgesetzt, inklusive häufigeres Durchführen von Testkäufen. Dies sowie die Schulung des Verkaufspersonals haben zur Verbesserung der Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen geführt.

Allerdings können noch immer zu viele Kinder und Jugendliche ohne weiteres alkoholische Getränke kaufen. Bier ist nach wie vor oft billiger als alkoholfreie Süssgetränke. Ein weiteres Problem für die Alkoholprävention ist die Liberalisierung der Ladenöffnungszeiten, wodurch Alkohol in den meisten Kantonen rund um die Uhr erhältlich geworden ist.

Zu viele Jugendliche rauchen noch

Im Jahr 2006 rauchten rund 15% der 15-Jährigen mindestens wöchentlich und 10% täglich. Damit hat die Zahl der 15-jährigen Rauchenden abgenommen. Trotz dieser positiven Entwicklungstendenzen greifen aber noch immer rund 10'000 Knaben und Mädchen im Alter von 15 Jahren jeden Tag zur Zigarette. Wie Studien zeigen, wird eine grosse Mehrzahl dieser Jugendlichen auch im Erwachsenenalter weiter rauchen.

In der Öffentlichkeit herrscht inzwischen eine breite Zustimmung zum Schutz vor Passivrauchen. Die öffentliche Debatte, aber auch die positiven Abstimmungen betreffend Passivraucherschutz und Werbeeinschränkungen in mehreren Kantonen und im Ausland

haben alle zu rückläufigen Trends beim Rauchen beigetragen. Dazu kommen die Erhöhung der Besteuerung von Zigaretten und die schweizweiten Informationskampagnen über die Gefährlichkeit des Rauchens.

Cannabis: Problemkonsum frühzeitig erkennen

Im Jahr 2006 gaben 34% der 15-jährigen Knaben und 27% der gleichaltrigen Mädchen an, schon einmal Cannabis ausprobiert zu haben. In den letzten zwölf Monaten vor der Befragung haben rund 25% der Knaben und 21% der Mädchen gekifft.

Betrachtet man die langfristigen Entwicklungstendenzen, so sind die aktuellen Cannabiskonsumraten – nach einer Spitze im Jahr 2002 – wieder etwa auf der Höhe von 1998.

Das Absinken des Konsums bei den 15-Jährigen hat viele Gründe und die Zusammenhänge sind nicht immer einfach erklärbar. Mit Hilfe der Prävention konnte erreicht werden, dass die Bevölkerung heute die Auswirkungen des Cannabiskonsums kritischer einstuft als noch Ende der 1990er Jahre. Einen wichtigen Beitrag im repressiven Bereich resp. bei der Verhältnisprävention hat die Schliessung der Hanfläden geleistet, Hand in Hand mit den landesweiten Kampagnen zum Nichtraucher-schutz. Nach wie vor gibt es aber eine kleine Gruppe von regelmässig konsumierenden, bei denen soziale und psychische Probleme im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum auftreten. Diese Zielgruppe der Gefährdeten benötigt spezifische präventive Massnahmen, wie z. B. Früherkennung im Schul- und Ausbildungsbereich, Kurzinterventi-

onen und spezifische Präventionszentren. Das ist eines der zentralen Anliegen des dritten Massnahmenpakets Drogen (MaPaDro III), das vom BAG im Sommer 2006 lanciert wurde.

Wirksame Massnahmen ausbauen

Erfolgreiche Prävention braucht ein Zusammenspiel von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (Verhältnisprävention) und Massnahmen, welche auf die Verhaltensänderung des einzelnen abzielen (Verhaltensprävention). Damit die insgesamt erfreuliche Entwicklung anhält, gibt es auf politischer Ebene noch einiges zu verbessern: Preiserhöhungen für Zigaretten und alkoholische Getränke sowie eine Einschränkung der Verfügbarkeit dieser Produkte haben sich als wirksame Präventionsmassnahmen erwiesen und sollten verstärkt werden. Gleichzeitig müssen die persönlichen Ressourcen der Jugendlichen systematisch gefördert werden: in der Familie, der Schule und der Freizeit. Zudem sollten die Ausbildungsmöglichkeiten für Jugendliche sowie ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt verbessert und der Zugang zu Hilfsangeboten erleichtert werden. Denn trotz der positiven Entwicklung – hierin sind sich die Experten einig – trinken, rauchen und kiffen nach wie vor zu viele Jugendliche in der Schweiz.

Kontakt: Verena Maag,
Sektion Grundlagen,
verena.maag@bag.admin.ch

www.sfa-isp.ch

Wie viel und warum konsumieren Jugendliche Drogen?

Die SFA hat im Auftrag des BAG eine kostenlose 8-seitige Broschüre mit dem Titel «Zigaretten rauchen, Alkohol trinken, Cannabis konsumieren. Wie viele Jugendliche tun das?» herausgegeben. Die Broschüre zeigt, wie viele Jugendliche welche Drogen wie oft konsumieren und welche Gründe sie dafür angeben. Die Broschüre festigt die Norm des Nicht-Konsums, in dem sie klar festhält: «Die grosse Mehrheit der Jugendlichen raucht nicht! Die meisten Jugendlichen trinken keinen oder wenig Alkohol! Die meisten 15-Jährigen kiffen nicht!» Ausserdem liefert sie Adressen von Internet-Plattformen und hilft weiter bei der Suche nach Beratungsstellen.

Bestellungen: SFA, Postfach 870,
1001 Lausanne, Tel. 021 321 29 35,
www.sfa-isp.ch

Publikationen

Titel	Inhalt/Umfang	Preis	Bezugsquelle
Boby, der kleine Hund Bilderbuch für 5- bis 8-jährige Kinder zum Thema Alkoholab- hängigkeit	25 Seiten, 2007 ISBN 2-88183-122-2	CHF 6.00	SFA, Postfach 870, 1001 Lausanne, Tel. 021 321 29 35, www.sfa-isp.ch buchhandlung@sfa-isp.ch
Kinder aus alkoholbelasteten Familien	12 Seiten, 2004	gratis	dito
Zigaretten rauchen, Alkohol trinken, Cannabis konsumieren. Wie viele Jugendliche tun das?	8 Seiten, Format A5	gratis	dito

Agenda

Titel	Datum/Ort	Kurzbeschreibung	Kontaktadresse
Nationale Substitutions- Konferenz 2007 (NASUKO 2007), Bern	6. und 7.9.2007, Universität Bern, Hauptgebäude	Substitution von Heroïn- abhängigen – Sackgasse oder Ausweg?	www.nasuko2007.ch rene.stamm@bag.admin.ch
QuaTheDA Symposium 2007	15.11.2007, Bern	QuaTheDA – zwei neue Dimensionen: Verstärkung der Zusammenarbeit und Ergebnisqualität	www.quatheda.ch rene.stamm@bag.admin.ch

Kontakte

Sektionen, Fachstellen	Telefon	Sektionen, Fachstellen	Telefon
Sektion Alkohol und Tabak	031 323 87 86	Sektion Kampagnen	031 323 87 79
Sektion Drogen	031 323 87 13	Nationales Programm zur Tabakprävention	031 323 20 43
Sektion Grundlagen und Forschung	031 323 87 93	Sektion Chancengleichheit und Gesundheit	031 323 30 15
Sektion Aids	031 323 88 11	Sektion Jugend, Ernährung und Bewegung	031 323 87 55

spectra online: www.spectra.bag.admin.ch

Impressum

spectra Nr. 62, April 2007

«spectra – Gesundheitsförderung und Prävention» ist eine Informations-
schrift des Bundesamtes für Gesundheit und erscheint sechs Mal jährlich
in deutscher, französischer und englischer Sprache. Sie bietet in Interviews
und in der Rubrik «Forum» auch Raum für Meinungen, die sich nicht mit
der offiziellen Haltung des Bundesamtes für Gesundheit decken.

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit,
3003 Bern, Tel. 031 323 87 79,
Fax 031 324 90 33, www.bag.admin.ch
Realisation: Pressebüro Ch. Hoigné,
Allmendstrasse 24, 3014 Bern,
hoigne@datacomm.ch

Leitung Redaktionskommission: Adrian Kammer,
adrian.kammer@bag.admin.ch
Textbeiträge: Mitarbeitende des BAG,
Christoph Hoigné, weitere Autoren

Fotos: BAG, Christoph Hoigné
Layout: Lebrecht typ-o-grafik, 3018 Bern
Druck: Bütiger AG, 4562 Biberist
Auflage: 7000 Ex. deutsch 4000 Ex. franz.,
1500 Ex. engl.

Einzelexemplare und Gratisabonnemente
von «spectra» können bestellt werden bei:
Bundesamt für Gesundheit
Sektion Kampagnen, 3003 Bern
Tel. 031 323 87 79, Fax 031 324 90 33
kampagnen@bag.admin.ch

Die nächste Ausgabe erscheint im Juni 2007.

Gratis-Abo



Ja...

... ich möchte «spectra»,
den Newsletter für Gesundheits-
förderung und Prävention,
regelmässig kostenlos erhalten.

Bitte senden Sie «spectra»
an folgende Adresse:

Name

Vorname

Adresse

Ort

Bitte senden Sie mir «spectra» in
folgender Sprache:

- Deutsch
 Französisch
 Englisch

Bitte senden Sie mir mehrere
Exemplare von «spectra»:

- Anzahl
 Deutsch
 Französisch
 Englisch

Bestelladresse:
GEWA
Alpenstrasse 58
Postfach
3052 Zollikofen
Telefon 031 919 13 13
Fax 031 919 13 14

Telefonische Beratung und Unterstützung beim Rauchstopp

Rauchstopplinie. Die telefonische Beratung der Krebsliga Schweiz in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention vermittelt Wissen rund um das Thema Tabak und unterstützt jährlich rund 1'500 Raucherinnen und Raucher bei der Planung und Durchführung eines Rauchstopps und in Rückfallsituationen.

Die Tabakverordnung schreibt alternierende Warnhinweise auf Zigarettenpäckchen vor. Einer davon verweist auf eine Beratungs-Hotline, Tel. 0848 000 181. Den Auftrag zum Aufbau und Betrieb der Rauchstopplinie erhielt die Krebsliga Schweiz, die grosse Erfahrung mit telefonischer Beratung für Betroffene und Angehörige am Krebstelefon vorweisen kann und über eine professionelle Infrastruktur verfügt. Die Hotline für Rauchende steht seit Oktober 2005 zur Verfügung. Für den Aufbau der Rauchstopplinie hat der Nationale Tabakpräventionsfond rund 523'000 Franken gesprochen, der Betrieb für die Jahre 2007 und 2008 wird mit 432'000 Franken unterstützt. Die Rauchstopplinie wird in den drei Landessprachen Deutsch, Französisch und Italienisch angeboten. Die Telefonberatung vermittelt professionelle Informationen über:

- Tabak und Tabakkonsum allgemein
- Gesundheitsrisiken des Rauchens



Sylvie Gafner von der Schweizerischen Krebsliga.

und Gesundheitsvorteile des Rauchstopps

- Methoden und Hilfsmittel zur Rauchentwöhnung
- Förderung eines rauchfreien Lebensstils

Auf Wunsch proaktive Beratung
Jährlich werden 1'500 Personen durch die Rauchstopplinie beraten. Aufgrund der positiven Erfahrungen wird die Rauchstopplinie weitergeführt. Gleichzeitig wird die Beratung proaktiv: Auf Wunsch werden aufhörwillige Personen vom Beratungsteam zu vereinbarten Zeitpunkten bis zu vier Mal angerufen, um die Fortschritte beim Rauchstopp zu

überprüfen und weitere Unterstützung anzubieten.

Bald auch in Albanisch, Portugiesisch...

Ein Konzept zur Beratung in Albanisch, Englisch, Portugiesisch und Serbokroatisch/Bosnisch liegt vor. Die Beratung in diesen Sprachen kann anfangs 2008 starten. Damit kann eine wichtige Lücke in der Tabakprävention bei Angehörigen verschiedener Migrationsgruppen geschlossen werden (s. auch Artikel Seite 6).

Europa bietet Aufbauhilfe

Fachleute aus ganz Europa, im «European Network of Quitlines» vereint, ha-

ben einen Leitfaden zu Aufbau und Arbeitskriterien von Quitlines sowie zur Auswahl und Ausbildung des Personals erarbeitet. Die Beraterinnen der Schweizer Rauchstopplinie wurden von Angehörigen dieses Netzwerkes ausgebildet. Sie orientieren sich an den internationalen Standards und empfehlen wissenschaftlich geprüfte Entwöhnungsmethoden. Die erwiesenermassen wirksame Unterstützung des Rauchstopps durch nikotinhaltige Medikamente und andere pharmakologische Therapien sind Bestandteil der Information.

Neue Studien bestätigen, was schon in den 1990er-Jahren erkannt worden war: Telefonische Raucherberatung führt zu häufigerer Anwendung von geeigneten Methoden und pharmakologischen Hilfen und damit zu höheren Erfolgsraten beim Rauchstopp, verglichen mit routinemässiger kurzer Aufhörberatung. Die Wirkung professioneller Telefonberatung unterscheidet sich unwesentlich von Gruppenkursen und Selbsthilfeprogrammen. Zwar stammen die meisten verfügbaren Studien aus den USA, aber auch eine neue randomisierte Untersuchung in Grossbritannien bestätigt die amerikanischen Ergebnisse.

Kontakt: David Hess-Klein,
Sektion Tabak
david.hess-klein@bag.admin.ch

Vorsicht mit Chemikalien im Alltag

Informationskampagne zu den neuen Gefahrensymbolen Chemikalien. Chemikalien sind aus unserem Alltag nicht wegzudenken. Eine Informationskampagne des Bundesamtes für Gesundheit macht darauf aufmerksam, dass viele dieser Chemikalien bei unsachgemässer Anwendung schädlich sein können. Das Motto lautet: «Gefahrensymbole beachten – Unfälle vermeiden!»

Seit Mitte 2005 gilt in der Schweiz eine neue Kennzeichnung für Chemikalien. Schwarze Symbole auf orangegelbem Grund warnen augenfällig vor chemischen und toxischen Gefahren. Zusätzlich werden zu den Gefahren auf den Etiketten Hinweise zur sicheren Handhabung gemacht. Damit wird in der Schweiz dieselbe Kennzeichnung wie in der Europäischen Union verwendet. Die laufende Informationskampagne des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), die in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Umwelt (BAFU) und mit dem Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) lanciert wurde, legt das Schwergewicht auf breite Bekanntmachung der neuen Kennzeichnung und soll einen Beitrag zur Beachtung von Gefahrensymbolen und zum richtigen Umgang mit chemischen Produkten leisten. Gerade die häufigen Vergiftungsfälle von Kindern zeigen, dass wir alle unsere

Verantwortung auch für andere wahrnehmen müssen: Für den Schutz von Leben und Gesundheit und der Umwelt. Auf Plakaten (schwergegrichtet in und vor Einkaufszentren und Baumärkten)

und in öffentlichen Verkehrsmitteln in der ganzen Schweiz wird auf die Gefahren mit ätzenden, reizenden und umweltgefährlichen Chemikalien hingewiesen.



Chemikalien sind allgegenwärtig. Sie kommen in Wasch- und Reinigungsmitteln oder Grillanzündern vor und werden in Klebstoffen und Farben angewendet. Weniger bekannt ist, dass diese Stoffe ebenso in Gebäuden oder in vielen Gegenständen aus Kunststoff vorkommen können. Gefährliche Chemikalien, beispielsweise Säuren oder Lösungsmittel, finden vornehmlich im beruflichen Umgang oder im Heimwerkerbereich Anwendung. Unsachgemäss angewendet können diese Stoffe beim Menschen und in der Umwelt Schaden verursachen.

Sicherer Umgang mit Chemikalien

Der Umgang mit gefährlichen Substanzen ist im Chemikalienrecht klar geregelt. Die Abteilung Chemikalien des BAG sorgt dafür, dass dieses Recht umgesetzt wird, und schlägt notfalls weitere Massnahmen vor, um den sicheren Umgang mit gefährlichen Chemikalien zu gewährleisten.

Kontakt: Heribert Bürgy,
Leiter Sektion Marktkontrolle
und Beratung
heribert.buergy@bag.admin.ch

www.cheminfo.ch

Kindern von Eltern mit Alkoholproblemen haben einen erschwerten Start ins Leben, sie brauchen Hilfe

Frühintervention bei Kindern. Alkoholabhängige Menschen gefährden nicht nur ihre eigene Gesundheit, ihre Suchtkrankheit ist auch eine starke Belastung für ihre Angehörigen und insbesondere für die Kinder. Sie sind häufig beladen mit Schuld- und Ohnmachtsgefühlen. Ihr Risiko, als Erwachsene Suchtprobleme oder psychische Krankheiten zu haben, ist sechsmal höher als beim Durchschnitt. Frühintervention – wie sie zwei Pilotprojekte in Freiburg und Winterthur anbieten – kann helfen, ihre Chancen zu verbessern.



Ein 6-jähriges Mädchen stellt seine Lebenssituation dar: die Mutter hat Alkoholprobleme, der Vater hat sich von ihr getrennt. Das Kind sagt dazu: «Die Tigermutter ist sehr verletzt. Die Kleinen müssen bei ihr bleiben, um sie zu trösten. Der Mann streckt die Zunge heraus und liegt daneben.»

Schwierige Rekrutierung

Wenn Alkohol zu viel Platz in der Familie einnimmt, bietet das Projekt «Von Generation zu Generation?» der Stiftung Le Torry in Freiburg Hilfe an. Das Angebot von Le Torry dauert sechs Monate und umfasst zwei Treffen unter Eltern, 13 Gruppensitzungen für die Kinder und vier Familiensitzungen. In der ersten Phase von Oktober 2005 bis Juni 2006 nahmen fünf Kinder und ihre Eltern daran teil, am 17. April 2007 ist die zweite Gruppe gestartet. Die Auswertung des Projektes wurde von der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) durchgeführt, welche das Projekt auch zu einem guten Teil finanziert. Für 2008 wurde beim Freiburger Gesundheitsdepartement ein Finanzierungsantrag eingereicht.

Es zeigte sich, dass die Rekrutierung von (insbesondere deutschsprachigen) Kindern schwierig war und von den fünf nur zwei Familien (mit zusammen fünf Kindern) bis zum Schluss dabei blieben.

Viel Energie haben die Projektverantwortlichen dafür aufgewendet, das Angebot bei den möglichen Zuweisern bekannt zu machen. «Zwar ist das Thema weniger tabu als noch vor einigen Jahren», resümiert Juliane Torrent, «aber die Fachleute an der Basis benötigen Werkzeuge und Mittel, um die betroffenen Familien auszumachen und auf sie zuzugehen. Der erste und heikle Schritt, eine Familie zu motivieren, muss dort geschehen.»

Gute Erfahrungen in Winterthur

Auch in Winterthur gibt es ein Angebot zur Frühintervention bei Kindern aus Familien mit Alkoholproblemen, es ist angesiedelt bei der Winterthurer Fachstelle für Alkoholprobleme und wird seit Anfang 2005 umgesetzt. Auch hier musste einige Aufbauarbeit geleistet werden. «Es war sehr viel Sensibilisierungs- und Öffentlichkeitsarbeit nötig, um das Angebot bei den Sozialbehörden und Suchtfachstellen bekannt zu machen», erinnert sich Rut Brunner Zim-

mermann, die als Psychotherapeutin im Projekt arbeitet. «Heute ist das Projekt sehr gut in die Landschaft integriert und die Zusammenarbeit mit den Jugend- und Familienberatungsstellen, den Suchtfachstellen, dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst und anderen Stellen funktioniert sehr gut.» Die Anmeldungen überstiegen bald die vorhandenen Kapazitäten und erforderten die Einführung und Pflege einer Warteliste.

Über Probleme sprechen

«Was die Kinder am dringendsten brauchen, ist Aufmerksamkeit», sagt die Kinderpsychotherapeutin Rut Brunner Zimmermann. «Es ist wichtig, dass ihre kindlichen Bedürfnisse abgedeckt sind. Sie wollen alles möglichst gut machen. Oft haben sie die kindliche Allmachtsfantasie, ihre alkoholabhängigen Eltern zu retten.» Diese Selbstüberforderung geht einher mit massiven Schuldgefühlen. «Viele Kinder glauben, dass sie Schuld tragen an den Alkoholproblemen ihrer Eltern. Sie trauen sich nicht, Gleichaltrige mit nach Hause zu nehmen oder mit anderen über die Situation zu sprechen. Die Eltern empfinden es als Verrat, wenn ihre Kinder über die Alkoholprobleme reden. Deshalb ist es ganz besonders wichtig, wenn die Kinder dieses Tabu brechen und beginnen, über die Probleme zu sprechen. Nur so können sie erfahren, dass dadurch alle Luft bekommen – Kinder und Eltern.» Rut Brunner: «Gegen aussen wirken diese Kinder sehr erwachsen, die Mädchen oft überangepasst, während die Knaben eher auffallen mit aggressivem Verhalten; beiden gemeinsam aber ist ein grosses Defizit, dass sie nie richtig Kind sein konnten.»

Die Kinder bleiben – je nach individueller Situation – ein bis anderthalb Jahre in Einzeltherapie. Neben dieser spieltherapeutisch ausgerichteten Therapie gibt es ein Gruppenangebot, wo soziale Kompetenzen geübt und Informationen rund um Alkohol und Sucht vermittelt werden. Da gehören 10 bis 12 Gruppensitzungen und zwei bis drei Sitzungen

mit den Eltern zum Programm. Seit 2004 wurden in Winterthur 28 Kinder in Einzeltherapien, 10 weitere in Gruppentherapien betreut, fünf Kinder stehen zurzeit auf der Warteliste. Wie auch beim Freiburger Projekt hat in Winterthur die SFA die systematische Therapieevaluation und auch deren Kosten übernommen.

Intensive Umfeldarbeit

Ein Therapieangebot für Kinder anzubieten bedeutet, viel Energie und Zeit zu investieren in Kontakte mit dem Umfeld und den Fachstellen sowie in Abklärung und Vernetzung. Gelingt es, beide oder zumindest einen Elternteil von der Wichtigkeit einer psychotherapeutischen Hilfe für ihr Kind zu überzeugen, kann die Therapie beginnen. Christine Gäumann, Projektleiterin und Co-Leiterin der Hauptabteilung Prävention und Suchthilfe beim Departement Soziales der Stadt Winterthur: «Die Kinder kommen sehr gern in die Therapie, sie sehnen sich nach Zuwendung und Beziehung. Endlich ist jemand da, der sich für ihre Bedürfnisse interessiert, Anteil nimmt und ihnen ermöglicht, ihre Lebenssituation in Spielen und Gestalten darzustellen.»

Weil die Sucht der Eltern eine instabile Situation hervorruft, erleben die Kinder viel Verunsicherung, so lange sie zu Hause leben. Umso wichtiger sei es, so Rut Brunner, das ganze Umfeld mit einzubeziehen. Nur wenn jede unterstützende Möglichkeit ausgeschöpft werde, könnten Krisen abgefedert werden. Rut Brunner: «Wir machen sehr intensive Umfeldarbeit, ziehen Beistände, beide Elternteile, Hortleiterinnen, Lehrerinnen oder Lehrer, oft auch Grosseltern hinzu, um ein möglichst gutes Netzwerk zu schaffen, welches das Kind auffängt.»

Zu Interessenkonflikten kann es kommen, wenn in der gleichen Einrichtung einerseits die suchtkranken Eltern und andererseits ihre Kinder behandelt werden. Kinder- und Erwachsenentherapeuten sind herausgefordert, im interdisziplinären Gespräch Lösungen zu suchen, die einerseits das Kind schützen, aber auch dem Elternteil gerecht werden.

Das Winterthurer Pilotprojekt geht im Juli 2007 zu Ende. Was passiert dann? Rut Brunner Zimmermann ist zuversichtlich, dass aus dem Pilotprojekt ein festes Angebot wird. «Das Projekt ist sehr erfolgreich und geniesst viel Unterstützung auf der politischen Ebene seitens des Sozialamtes der Stadt Winterthur.»

Kontakt: Liliane Bruggmann,
Sektion Alkohol
liliane.bruggmann@bag.admin.ch

www.letorry.ch
www.wfa.winterthur.ch

Publikationen zum Thema auf Seite 10