

# Hohe Behandlungsqualität dank Kohortenstudie

**Schweizerische HIV-Kohortenstudie.** Dank der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie – einem seit fast zwei Jahrzehnten laufenden, weltweit führenden Forschungsprogramm – können in unserem Land optimale Therapieempfehlungen entwickelt und umgesetzt werden. Die Hälfte aller Menschen mit HIV sind in dieser Kohorte eingeschlossen.

Die Schweizerische HIV-Kohortenstudie (SHCS) ist ein interdisziplinäres Forschungsprojekt, an dem fünf Universitätszentren (Basel, Bern, Genf, Lausanne, Zürich) sowie die Kantonsspitäler St. Gallen und Lugano beteiligt sind. Alle Zentren arbeiten sowohl untereinander als auch mit Praktikern und regionalen Polikliniken, die Menschen mit HIV behandeln, eng zusammen. Die SHCS erfasst seit 1988 epidemiologische, klinische und Labordaten von HIV-infizierten Teilnehmenden. Gesamtschweizerisch wurden bisher über 14'000 Patientinnen und Patienten eingeschlossen; pro Jahr kommen 700 bis 800 neue hinzu. Die Studie ist repräsentativ für die Schweiz. 73% der 5'532 dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) gemeldeten Aids-Fälle sind auch in der SHCS dokumentiert. «Dank der SHCS ist es gelungen, die Schweizer HIV-Behandlungszentren zusammenzuführen, die Behandlung zu standardisieren, zu optimieren und zu kontrollieren», erklärt Prof. Dr. med. Pietro Vernazza, Fachbereichsleiter Infektiologie am Kantonsspital St. Gallen. «Dies führte dazu, dass wir in der Schweiz heute den wohl weltweit führenden Therapiestandard für Menschen mit HIV haben. In der HIV-Kohortenstudie sind mehr als 80% der Menschen, welche eine HIV-Therapie einnehmen eingeschlossen. Dies macht die Studie zur weltweit repräsentativsten Studie auf diesem Gebiet. Nur in wenigen Studien sind so viele Frauen und Drogenkonsumierende vertreten. Die SHCS geniesst einen exzellenten Ruf und kann immer wieder hervorragende Resultate vorweisen – was sich in der hohen Zahl von rund 40 wissenschaftlichen Publikationen pro Jahr niederschlägt.»

Anhand der SHCS-Daten konnte ein eindrücklicher Rückgang der Morbidität (Auftreten und Schweregrad von HIV-assoziierten Komplikationen) und der Sterblichkeit als Folge der besseren Anti-HIV-Therapien und prophylaktischen Behandlungen gezeigt werden. Daneben dient die SHCS als Basis für die Durchführung grosser multizentrischer Studien, mit denen neue prophylaktische Behandlungen und in letzter Zeit zunehmend neue antiretrovirale Strategien untersucht wurden.

Die Kohortenstudie wird vom Bund mit jährlich mehreren Millionen Franken finanziert, bis 1999 verwaltete das BAG die Mittel aus dem Aidsforschungskredit, seit 2000 werden die Gelder vom Schweizerischen Nationalfonds gesprochen. «Eine externe Evaluation durch den Nationalfonds hat aufgezeigt, dass die SHCS einen aussergewöhnlich hohen Forschungsnutzen pro investiertem Franken Steuergeld ausweist», bestont Prof. Pietro Vernazza.

## Gold-Standard für HIV-Therapie

«Dank der HIV-Kohortenstudie ist es gelungen, einen Gold-Standard für die Behandlung von HIV/Aids zu definieren», erläutert Roger Staub,



Auf dem Weg zur optimalen Therapie: In der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie werden die Daten von mehr als der Hälfte aller Menschen mit HIV gesammelt – um diesen letztlich wieder als therapeutischer «Gold-Standard» zu Gute zu kommen.

Leiter der Sektion Aids im BAG. «Weit mehr als 50% der Menschen mit HIV nehmen an der Kohortenstudie teil und können so von der aktuell gültigen Therapieempfehlung profitieren. Auch international hat die Kohortenstudie eine wichtige Bedeutung: mit ihr leistet die Schweiz einen relevanten Beitrag zur Forschung und Therapieverbesserung und gehört so zu den wichtigsten Produzenten von Wissen über die Behandlung von HIV/Aids.»

## Permanente Weiterbildung

Alle Ärzte und Ärztinnen, die HIV-Therapien anbieten, sollten über die HIV-Kohortenstudie Bescheid wissen. Die Therapiequalität ist nämlich direkt abhängig davon, wie viele Menschen mit HIV sie betreuen und wie nahe sie der Kohortenstudie stehen. Es wäre wünschenswert, dass Ärztinnen und Ärzte nur dann Menschen mit HIV behandeln, wenn die Anzahl dieser Patientinnen und Patienten genügend gross ist. Nur so lohnt es sich für sie, sich in Praktikerzirkeln oder an spezialisierten HIV-Zentren weiterzubilden. Und diese permanente Weiterbildung ist eine Voraussetzung für eine optimale Behandlung.

Den Menschen mit HIV/Aids selber rät das BAG, sich der Kohortenstudie anzuschliessen. Zwar bringt dies den Nachteil mit sich, dass gewisse Teilnahmebedingungen erfüllt werden müssen, «der Lohn für den Einzelnen», so Roger Staub, «besteht darin, dass man nach dem Gold-Standard behandelt wird und auch – gerade in komplizierten Fällen – von neuen Medikamenten profitieren kann.»

## Gefahr: Resistenzbildung

Besonders heikel sind falsche Ersttherapien und abgebrochene Behandlungen. Beides kann zur Bildung von resistenten Virenstämmen führen. Dies ist nicht nur für den betroffenen Patienten schwerwiegend, weil seine Prognosen sich damit massiv verschlechtern, sondern auch eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit. Aus diesem Grund fühlt sich das BAG legitimiert, aktiv zu werden und zu

überlegen, wie solche Fälle vermieden werden können. Zurzeit gibt das BAG lediglich Empfehlungen ab, so Staub, nötigenfalls würde zu einem späteren Zeitpunkt die Verschreibung von HIV-Medikamenten eingeschränkt auf Ärztinnen und Ärzte, welche ausreichende Kompetenzen nachweisen können (wie dies auch in anderen Bereichen, etwa in der Krebstherapie, der Fall ist).

**Kontakt:** Roger Staub, Leiter Sektion Aids, 3003 Bern, Tel. 031 323 88 11  
[roger.staub@bag.admin.ch](mailto:roger.staub@bag.admin.ch)  
[www.shcs.ch](http://www.shcs.ch)

## Interdisziplinäre Gesprächsrunde

Ein Team, zusammengesetzt aus Fachleuten ganz unterschiedlicher beruflicher Herkunft, betreut die Patientinnen und Patienten der heroingestützten Behandlung in Solothurn. Welche Auswirkungen hatte die Einführung des Qualitätsmanagementsystems QuaTheDA für diese spartenübergreifende Arbeit? fragten wir unsere – natürlich interdisziplinäre – Gesprächsrunde. »Seiten 4/5

## Voneinander lernen



Bereits zum dritten Mal trafen sich Ende September Forschende sowie Praktikerinnen und Praktiker aus dem Bereich der Suchtarbeit zum Wissensaustausch. Weit mehr als 200 Fachleute folgten Ende September der Einladung des Bundesamtes für Gesundheit nach Bern.

» Seite 8

# Substitution in stationären Einrichtungen

**Kombinationstherapie mit Methadon.** Welche Klientel nutzt das Angebot von Substitutionsbehandlung in ausstiegsoorientierter stationärer Therapie und wie sieht die aktuelle Praxis aus? Diesen Fragen geht eine Studie des Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit nach.

In den letzten Jahren ist eine Zunahme von Substitutionsbehandlungen im Rahmen der stationären ausstiegsoorientierten Drogentherapie zu beobachten. Die ursprünglichen Gegensätze – ambulante Methadon-substitution auf der einen Seite, abstinenzorientierte stationäre Therapie auf der anderen – werden heute aus unterschiedlichen Gründen kombiniert: Substitution wird als Behandlungselement in die stationäre Therapie integriert. Diese Erweiterung des stationären Behandlungskonzeptes wirft eine Reihe von Fragen betreffend der Klientel, des behandelnden Teams, der Abläufe in Therapieeinrichtungen und im Hinblick auf die gesamte Suchthilfelandshaft auf. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beauftragte das Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) mit der Analyse der Substitutionsbehandlung in stationärer Suchttherapie (illegal Drogen) in der Schweiz. Aufgrund einer Literaturanalyse und der Auswertung von Eintritts- und Austrittsdaten des act-info-FOS-Forschungsverbundes (s. Artikel Seite 7) wurden das Profil und die Lebenssituation der substituierten Klienten mit der Situation der nicht-substituierten verglichen. Die Erkenntnisse wurden mit einer Institutionsbefragung zur Substitutionspraxis ergänzt.

## Erkenntnisse aus der Literatur

In der Literatur gibt es hauptsächlich Studien zur Wirksamkeit der

Kombinationsbehandlung für eine spezielle Klientengruppe mit dem Profil der Mehrfachbelastung: ältere Personen, mit langjähriger Opiatabhängigkeit und risikoreichem Konsumverhalten, psychischen Problematiken und Komorbidität, wenig persönlichen und sozialen Ressourcen und schlechter Arbeitsintegration. Als Therapieziele des kombinierten Behandlungsangebotes wurden die Unterstützung des Stabilisierungsprozesses und die Verbesserung der Lebensqualität genannt, die Herstellung der Therapiefähigkeit, aber auch Alltagsbewältigung und Rehabilitation. Einrichtungen, welche substituierte Klientinnen und Klienten aufnehmen, müssen gewisse konzeptuelle und strukturelle Voraussetzungen erfüllen. Darunter fallen Anpassungen im Behandlungskonzept und in der Unternehmenskultur, insbesondere hinsichtlich des Abstinenzgrundsatzes, der neuen Zielgruppe und der Dynamik von gemischten Klientengruppen (Rivalitäten). Zentrale Anforderungen sind der Einsatz von (medizinischem) fachkompetentem Personal, Weiterbildung sowie interdisziplinäre Vernetzung. Die Einführung eines Abgasystems bedingt eine professionelle Verwaltung des Methadons vom Transport über die Lagerung bis zur Abgabe. Die Umsetzung der Herausforderungen, die die Integration von Substitution in stationäre Therapie stellt, benötigt Zeit und Erfahrung.

## Besonderheiten der Klientengruppe

Die Analyse der act-info-FOS-Verbundesdaten 2003 und 2004 erlaubt eine Gegenüberstellung der substituierten und nicht-substituierten Klientinnen und Klienten in stationärer Therapie, welche die Besonderheiten der Klientengruppe mit Substitution aufzeigt. Der Frauanteil ist höher, die Klient ist älter, hat eine längere Therapiekarriere hinter sich, ist schlechter in den Arbeitsprozess integriert, lebt häufiger von Renten und hat mehr Probleme mit Beschaffungskriminalität, einen schlechteren Gesundheitszustand und häufiger risikoreichen und Mehrfachkonsum als die nicht-substituierte Klient. Die Behandlungsstatistik umfasst 1'507 registrierte Eintritte und 1'357 Austritte. 22% der dokumentierten Klientinnen und Klienten erhalten bei Therapieeintritt und 18% bei Therapieaustritt eine Substitutionsbehandlung. Die Substanz der Wahl ist fast ausschliesslich Methadon. 58% der substituierten Klienten werden in Einrichtungen der Suisse romande behandelt – möglicherweise ein Trend in der Westschweiz.

## Befragung von 55 Institutionen

In der Institutionsbefragung sollen die Gründe für die Aufnahme bzw. Nicht-Aufnahme von substituierten Klientinnen und Klienten, die Organisation der Substitutionsbehandlung, die Auflagen hinsichtlich Dosierung

und Dosisreduktion, die Einschätzung der Motivation und allfälliger Besonderheiten der Klientengruppe sowie Überlegungen zu regionalen Unterschieden und Rahmenbedingungen für eine professionelle Integration der Substitutionsbehandlung in die stationäre Therapie eruiert werden.

44% der 55 befragten Einrichtungen nehmen grundsätzlich substituierte Klientinnen und Klienten auf. Begründet wird die Angebotserweiterung für diese Zielgruppe mit den veränderten Klientenbedürfnissen (Mehrfachproblematik: «die Klienten sind kränker» und fehlende Abstinentzbereitschaft), was auch ein fachliches Umdenken nach sich zieht. Methadon wird nicht nur als Substitutionsbehandlung verstanden, sondern auch als Mittel zur Stabilisierung der Befindlichkeit der Klienten. Für substituierte Klienten werden teilweise andere Wirkungsziele definiert. Ökonomische Gründe (Unterbelegung) wurden vereinzelt als Ausgangslage für die Anpassung des Behandlungskonzeptes genannt. Für einen Teil der Einrichtungen ist eine zukünftige Aufnahme dieser Zielgruppe theoretisch denkbar, sofern sich die Behandlungsszene weiter verändert und die strukturellen Voraussetzungen in der Einrichtung gegeben sind.

**Kontakt:** Thomas Egli,  
Sektion Drogen, BAG, 3003 Bern,  
Tel. 031 323 80 19,  
thomas.egli@bag.admin.ch

## Forum

### Ist die Säule Therapie wirklich solid?

Die zweite Säule der Schweizer Drogenpolitik heisst «Therapie und Wiedereingliederung». Sie ist wichtig aus humanitären, politischen und Public Health-Gründen. Diese politisch umstrittene Säule scheint auf den ersten Blick sehr solid zu sein. Ist dies wirklich der Fall?

Damit die Säule Therapie tatsächlich stark ist, müssen meiner Meinung nach drei Bedingungen erfüllt sein: ein Konsens über die Definition ihrer Zielsetzungen und Inhalte, klare Kriterien für die Kosten-Wirksamkeit und ungehinderter Zugang zur Pflege. Sind diese Bedingungen erfüllt?

Die Zielsetzung einer Behandlung ist in der Regel «die Heilung» der Krankheit. Aber kann man davon sprechen, Abhängigkeit, eine chronischen Krankheit, zu heilen? Das Bundesamt für Gesundheit definiert die Zielsetzungen der Therapie wie folgt: «Drogensüchtigen einen Ausstieg aus der Abhängigkeit zu ermöglichen, ihre soziale Wiedereingliederung und die Verbesserung ihrer physischen und psychischen Gesundheit». Dies sind richtige,

aber vage und schwer messbare Ziele.

Es herrscht Einigkeit darüber, dass die Behandlung interdisziplinär sein muss und sich aus biologischen, psychologischen und sozialen Komponenten zusammensetzt. Aber es fehlt der Konsens über den genauen Inhalt: welche Interventionen von welcher Dauer für welche Patienten und wie wird dieser komplexe Prozess gesteuert? Was die Frage ihrer Wirksamkeit betrifft, gibt es gerade mal Studien zur Methadonsubstitution und zu Kurzinterventionen für Patienten mit übermässigem Alkoholkonsum, die ein überzeugendes Kosten-Nutzen-Verhältnis belegen. Die Bilanz ist also nicht besonders rosig, und man muss sich fragen, weshalb. Einer der Gründe dafür ist meiner Meinung nach, dass es wenig klinische Forschung gibt, vermutlich aufgrund ihrer grossen Komplexität. Darüber hinaus befindet sich dieser Bereich in tief greifender Veränderung. Jüngste Erkenntnisse der Hirnforschung haben die Konzepte der Akteure über den Haufen geworfen und die therapeutischen Methoden, die sich daraus ergeben würden, könnten im beruflichen Umfeld noch nicht Fuss fassen.

Um die Säule «Therapie und Wiedereingliederung» zu verstärken, schlage ich zunächst vor, die Zielsetzung der

Suchtbehandlung zu klären: die Reduktion der Häufigkeit und der Intensität der Rückfälle und damit auch der Konsequenzen der Abhängigkeit. Ich schlage zudem vor, sich auf die 13 vom National Institute on Drug Addiction (NIDA) entwickelten Therapiegrundsätze zu stützen (siehe Anhang). Ich plädiere schliesslich für die Weiterführung der unternommenen Anstrengungen, insbesondere in den Bereichen Forschung, Bildung und Qualität. Wenn Therapie und Wiedereingliederung für die Politik wirklich wichtig sind, bezweifle ich, dass sie von der Politik auch die Mittel bekommen hat, eine solide Säule unserer Drogenpolitik zu sein.

**Barbara Broers**  
PD, Dr. med., Ärztin am HUG und  
Vizepräsidentin der SSAM, Genf

5. Das Verbleiben in der Behandlung für eine angemessene Dauer ist entscheidend für ihren Erfolg.
6. Individuelle und/oder Gruppenberatungen und andere cognitiv-komportamentale Konzepte sind wichtige Bestandteile einer wirk samen Behandlung.
7. Für eine beträchtliche Anzahl Patienten ist die medikamentöse Behandlung ein wichtiges Element ihrer Therapie.
8. Individuen mit Suchtproblemen und gleichzeitigen psychischen Krankheitsbildern müssen eine für beide Krankheiten integrierte Behandlung erhalten.
9. Der medizinische Entzug ist nur die erste Etappe einer Suchtbehandlung.
10. Die Behandlung muss nicht notwendigerweise freiwillig sein, um wirkungsvoll zu sein.
11. Der Konsum von psychoaktiven Substanzen muss während der Behandlung regelmässig kontrolliert werden.
12. Im Rahmen der Therapie müssen Untersuchungen zu HIV/AIDS, Hepatitis B und C und anderer Infektionskrankheiten vorgeschlagen werden.
13. Die Behandlung einer Suchtkrankheit kann ein langfristiger Prozess sein, der mehrere Behandlungsepisoden erfordert.

## Anhang

Die 13 Grundsätze der Suchttherapie des NIDA:

1. Keine Behandlung ist für alle Individuen angemessen.
2. Eine Behandlung muss schnell und einfach zugänglich sein.
3. Eine wirksame Behandlung erfüllt verschiedene Bedürfnisse.
4. Eine Behandlung muss flexibel sein.



# Wie bekommt jede und jeder einzelne die richtige Behandlung?

**Indikation in der Suchthilfe.** Kostendruck und damit einhergehend steigende Ansprüche an die Effizienz und die Qualität der Behandlung prägen das Bild der Schweizer Suchthilfe. Erster massgeblicher Schritt optimaler und kosteneffizienter Therapie ist die Indikation.



Die optimale Indikation soll helfen, die Weichen für die Behandlung jedes einzelnen Individuums mit Suchtproblemen richtig zu stellen.

Die Diversifizierung der schweizerischen Suchthilfeangebote wird zu Recht als eine ihrer grossen Stärken angesehen. Das professionelle Hilfssystem ist aber nicht nur als Ganzes – über seine 4 Säulen hinweg – diversifiziert, sondern auch innerhalb seiner einzelnen Säulen. In der Säule Therapie decken die verschiedenen Angebote ein enormes Spektrum von Behandlungs- und Interventionsanforderungen und -ansprüchen ab; die Möglichkeiten reichen von unterschiedlichen Substitutionsformen über verschiedene Entzugsmöglichkeiten bis hin zu stationären Therapie- und Rehabilitationsangeboten. Kurz: wenn gewünscht oder nötig, steht eine Vielzahl von Optionen zur Verfügung. Mit Blick auf die angestrebte Wirksamkeit der Behandlung und die Erwartung einer gesteigerten Effizienz des gesamten Suchthilfesystems ist deshalb eine alle Ressourcen von KlientInnen und System berücksichtigende, professionelle Behandlungs- und Therapieindikation von zentraler Bedeutung.

## Anspruchsvolle Aufgabe

Der Multidimensionalität von Suchtphänomenen entsprechend sind in der Suchthilfe zahlreiche Berufsgruppen engagiert, mit je eigenen Fachausbildungen und Erfahrungen, unterschiedlichen Vorstellungen von fachlich-operativem Vorgehen oder den ex- und impliziten Behandlungszielen bis hin zu Unterschieden im beruflichen Selbstverständnis oder in ideologischen Fragen. Die Angebote der Säule Therapie wiederum sehen sich permanent wechselnden Ausgangs- und Anspruchsbedingungen gegenüber: Veränderungen bei der Klientel, neue Erkenntnisse aus Praxis und Forschung aller beteiligten Professionen, aber auch wechselnde Ansprüche und Anforderungen in ökonomischer und politischer Hinsicht. Diese Veränderungen schlagen sich in der Regel in den zur Anwendung gelangenden Therapie- und Be-

handlungsverfahren ebenso wie in personellen oder konzeptionellen Veränderungen nieder.

Entsprechend anspruchsvoll gestaltet sich die Erarbeitung einer Behandlungsempfehlung zusammen mit der Hilfe suchenden Person; sie muss dem aktuellen individuellen Ressourcengefüge der Klientin/des Klienten ebenso entsprechen, wie den Anforderungen weiterer direkt oder indirekt Beteiligter. Auf der anderen Seite muss ein entsprechendes Behandlungsangebot identifiziert werden können, was eine intime Kenntnis der verschiedenen Hilfsangebote voraussetzt.

## Fehlende Instrumente

Während für die Beratungssituation mit individueller Abklärung eine stattliche Anzahl von Diagnoseinstrumenten zur Verfügung steht, fehlen auf der «anderen» Seite aber systematische und nach fachlichen Kriterien verfasste Beschreibungen der Behandlungsangebote, welche Therapiemethoden zur Anwendung kommen oder welche Behandlungsziele anvisiert werden sollen. Ebenso fehlt oft (abgesehen von einfach zu differenzierenden Spezialisierungen wie etwa «geschlechterspezifisch» oder «mit/ohne Kinder») eine erkennbare Zielgruppenausrichtung – auch in denjenigen Angeboten, die ausdrücklich mit Gruppen-Ansätzen arbeiten.

Auf Ebene der Instrumentarien fehlt eine eigentliche «Übersetzungshilfe» zwischen der individuellen Abklärung und der resultierenden Behandlungsempfehlung. Die Gründe, warum einer Person diese oder jene Behandlung empfohlen wird, folgen häufig persönlichen Vorlieben und Überzeugungen und nur bedingt fachlogischen und -systematischen Überlegungen – teilweise, weil eben keine geeigneten Instrumente zur Verfügung stehen.

Es könnte dies durchaus einer der Gründe dafür sein, dass ökonomische Restriktionen oder Kostenverla-

gerungsüberlegungen seitens der Zuweiser/Finanzierer – leider immer öfter – über die Wahl der Behandlung entscheiden.

## Hilfe durch Triageteams

An verschiedenen nationalen Fachanlässen wurde in letzter Zeit auf die Schwierigkeit hingewiesen, ein gutes System zu verbessern. Der Bereich der Indikationsstellung mit triagefähiger Aussage bietet Verbesserungspotenzial, z.B. mit der Zusammenstellung interdisziplinärer Indikations- und Triageteams. Das minimale Anforderungsprofil an solche Intake-Indikations- und Triage-teams ist im Grunde einfach zu umreissen: sie müssen zusätzlich zur Fachkompetenz der umfassenden Diagnosestellung das Hilfssystem gut kennen, suchthilfeideologisch neutral und interdisziplinär zusammengesetzt sein, eine fachlich legitimierte Empfehlung erarbeiten, die Wünsche der Klientinnen und Klienten ebenso wie jene der Einweiser einbeziehen und die rechtlichen Implikationen kennen.

Richtigerweise sind solche Teams/Stellen mit hoher Durchsetzungskompetenz ausgestattet. Im Gegenzug sind sie zu regelmässigen Rückmeldungen gegenüber ZuweiserInnen und Suchhilfeanbietern verpflichtet: aufgrund welcher Überlegungen wurde im konkreten Fall welche Empfehlung ausgesprochen. Positiver Nebeneffekt dabei: die Therapieanbieter werden im Vergleich zu heute wesentlich früher und quasi aus erster Hand über sich veränderte Bedarfslagen orientiert und können im Idealfall früher auf diese Veränderungen reagieren. Mit wenig Aufwand – das Fachwissen ist ja vorhanden – darf hier also ein qualitativer Fortschritt erwartet werden; individuelle Vorlieben oder gar Willkürentscheide einzelner Personen oder Behörden würden zur Ausnahme, die fachliche Legitimation an Gewicht gewinnen.

## Institutionsprofil und individuelle Ressourcen

Zwei nationale Tagungen zum Thema Intake – Indikation – Triage haben bereits 2003 und 2004 stattgefunden und es wurde u. a. eine integrale Möglichkeit der systematischen Beschreibung institutionell erbrachter Leistungen anhand so genannter Institutionsprofile vorgestellt. Quasi als systemkonformes Gegenstück zur institutionellen Leistungsbeschreibung wird derzeit unter dem Arbeitstitel «Ressourcenmodell» ein kompatibles und stimmiges Instrument zur Erfassung der individuellen Ressourcenlage einer Person erarbeitet.

In Zusammenarbeit mit erfahrenen Beratungsstellen wird eine Pilotphase Aufschluss darüber geben, ob der Ansatz zu einer qualitativen Steigerung der Indikationsaussagen führt.

## Kontakt:

Ueli Simmel, Infodrog,  
Postfach 460, 3000 Bern 14,  
u.simmel@infodrog.ch

## Aus erster Hand



Der Suchtbereich – und ganz besonders der Bereich Therapie – befindet sich in einer Phase der Umwälzung. Die Einführung eines systematischen Qualitätsansatzes hat die Notwendigkeit deutlich gemacht, unsere Strategien und unsere Aktivitäten anhand von vier Schlüssel-Fragen zu gestalten: welche Behandlung (oder Interventionen), für welche Zielgruppen, mit welchen Ergebnissen und mit Hilfe welcher Mittel? Auf der anderen Seite stellen veränderte Konsumgewohnheiten (Polytoxikomanie), eine vertiefte Kenntnis über die Menschen, die ein Suchtverhalten entwickeln (psychiatrische Co-Morbidität) und die Umsetzung der Ergebnisse der jüngsten wissenschaftlichen Forschung (z. B. der Neurowissenschaften) alle Akteure in der Suchthilfe vor vier neue Herausforderungen.

Die erste Herausforderung konfrontiert uns mit einem historisch gewachsenen System: es geht darum, die Schranken zwischen den Berufswelten in den Bereichen Alkohol, Tabak und Drogen zu durchbrechen. Die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen hat sich dieser Herausforderung angenommen, indem sie das Modell des so genannten Würfels vorgeschlagen hat. Dieser soll dazu beitragen, die Suchthilfe über die Schranken der Substanzen hinaus zu überdenken. Bei der zweiten Herausforderung geht es um unterschiedliche Weltbilder, was das Verständnis der Sucht angeht; einerseits die Wahrnehmung als ein eher soziales Problem, andererseits ein vorwiegend medizinisches. Abhängigkeit ist ein biologisch-psycho-soziales Phänomen, das einer interdisziplinären therapeutischen Betreuung und deshalb einer engen, mehrere Berufsgruppen umfassenden Zusammenarbeit bedarf.

Die dritte Herausforderung ist therapeutischer, aber ebenfalls wirtschaftlicher Natur. Menschen, die Hilfe suchen, müssen so schnell wie möglich die Behandlung erhalten, die ihre Problemlage erfordert (patient treatment matching). Dies setzt eine Anpassung des Behandlungssystems und eine interdisziplinäre Indikation voraus.

Alle Interventionen im Rahmen der vier Säulen der Schweizer Drogenpolitik müssen sich einer entscheidenden Herausforderung stellen: sie müssen ihre Wirksamkeit unter Beweis stellen. Das bedeutet, dass sie sich öffnen und transparent werden, um gemeinsam herauszufinden, welche Vorgehensweisen die wirksamsten sind.

Das Bundesamt für Gesundheit trägt dazu bei, diese vier Herausforderungen anzunehmen, durch seine Projekte in den Bereichen Qualität, Aus- und Weiterbildung, Unterstützung der Substitutionsbehandlung und Koordination – bei seinen Anstrengungen unterstützt von Infodrog und dem Impulsfonds für Schadensminderung und Therapie.

**Thomas Egli**  
Verantwortlicher für den Bereich Therapie im BAG

# «Für uns ist QuaTheDA eine Chance für Transparenz, Or

**Qualität in der Heroinverschreibung.** Welche Auswirkungen hat die Einführung des Qualitätsmanagementsystems QuaTheDA (Qualität Therapie) welcher unter anderem die beiden Heroinverschreibungszentren in Solothurn und Olten betreibt.

**Können Sie uns kurz schildern, wie die heroingestützte Behandlung (HeGeBe) in Solothurn eingebettet ist?**

**Peter Marti:** Im Kanton Solothurn gibt es seit 11 Jahren HeGeBe-Zentren, zum einen Gourrama in Solothurn und zum anderen Herol in Olten. Die HeGeBe-Zentren sind Bestandteil des Fachbereiches Sucht,



Dusica Simic

der in die psychiatrischen Dienste der Solothurner Spitäler AG integriert ist. Im November 2006 wurde in der Psychiatrischen Klinik Solothurn eine neue Suchtstation mit 14 Betten und einem umfassenden Behandlungsangebot eröffnet.

Wir pflegen eine enge Zusammenarbeit mit regionalen Suchtfachstellen. Ausdruck davon sind Sprechstunden von Ärzten aus dem Fachbereich Sucht in diesen Fachstellen. Diese sind besonders wertvoll, wenn Unsicherheiten bestehen betreffend Mehrfachdiagnose und anderen psychiatrischen Fragestellungen. Umgekehrt kaufen wir die Sozialarbeit für die HeGeBe-PatientInnen in Solothurn als Dienstleistung von den Fachstellen PERSPEKTIVE ein, was wiederum die Vernetzung vertieft.

Wir haben ein Gesamtkonzept für den Fachbereich Sucht. Die Zugangswege und die Angebote untereinander sind durchlässig und wir haben relativ viele Möglichkeiten, indivi-

Die Mediziner kamen neu in die Suchtarbeit. Die teils unterschiedlichen Grundhaltungen und Sichtweisen der Disziplinen führten unumgänglich zu spannenden und letztlich bereichernden Auseinandersetzungen.

Peter Marti

duelle Angebote für einzelne Patienten zusammenzustellen. Und zwar auf allen verschiedenen Niveaus, von abstinenzorientiert bis Substitutionsbehandlung.

**Welche Entwicklungsphasen konnten Sie bei HeGeBe in den 11 Jahren beobachten?**

**Irma Müller Pinta:** In den ersten zwei Jahren war die Behandlungsform sicher noch nicht ausgereift.

Erst mussten wir testen, ob das Konzept funktioniert. Wir mussten herausfinden, wie es in der Praxis umsetzbar ist, welches Personal dafür tatsächlich benötigt wird. Im Laufe der Jahre wurde das Konzept dann stetig weiterentwickelt bis zum heutigen Stand, von dem man sicher sagen kann, dass wir eine qualitativ gute Behandlung anbieten können.

**Peter Marti:** Am Anfang standen die politischen Diskussionen, die Ängste und Befürchtungen über die Auswirkungen eines HeGeBe-Zentrums im Vordergrund. Man fürchtete in dieser Zeit nach Platzspitz und Letten Szenenbildungen und fragte sich, wer die Verantwortung übernehmen könnte. Kriminalität war einer der am häufigsten verwendeten Begriffe. Heute ist die Behandlung akzeptiert und die politischen Ängste sind in den Hintergrund getreten.

**Was hat die Einrichtung der zwei Zentren in Solothurn und Olten im Hilfesystem bewirkt?**

**Peter Marti:** Am Anfang gab es wie in anderen Regionen auch eine gewisse Polarisierung zwischen Substitutionsbehandlung und abstinenzorientierter Therapie. Es waren auch

auch differenziert auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Patienten abgestimmt.

**Roland Sanwald:** Es wird von den Ärzten und Psychologen im Team mehr darauf geachtet, ob sich hinter der Sucht ein psychiatrisches Leiden verbirgt. Jetzt wird dies standardmäßig abgeklärt und häufig stossen wir bei den Patienten auf Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen, Depressionen und Psychosen, die dann auch entsprechend behandelt werden, was den Behandlungserfolg verbessert.

**Irma Müller Pinta:** In den ersten Jahren war die Sozialarbeit auch ausgeliert, die Patientinnen und Patienten wurden außerhalb auf einer Beratungsstelle betreut. Das machte in der Aufbauphase auch Sinn. Dass aber heute alles im gleichen Haus stattfinden kann, ist ein klarer Vorteil und bringt eine viel engere Zusammenarbeit, bessere Koordination und Abstimmung der Behandlung, aus der sich Vorteile für alle ergeben.

**Susanne Nobs:** Die Zusammenarbeit mit den Gemeinden und Sozialdiensten ist sehr gut und hilfreich. Die Gemeinden sind ja auch Kostenträger, da die Patienten in der Regel ihren Kostenanteil nicht selber finanzieren können. Die Zusammenarbeit ermöglicht die Koordination der verschiedenen Betreuungselemente und das gemeinsame Festlegen von Behandlungszielen. Von Fachstellen wie der PERSPEKTIVE, der Suchthilfe der Region Solothurn, werden dann auch Fragen wie Wohnen oder Arbeiten weiter betreut.

**Wer hat den Leadership bei einer so umfassend vernetzten Zusammenarbeit?**

**Peter Marti:** Das ist unterschiedlich. Wir haben auf der einen Seite ein medizinisches Versorgungsnetz: Hausärzte, Psychiatrie, Spitäler. Auf der anderen Seite gibt es das nicht-medizinische Netz: Suchtfachstellen usw. In beiden Netzen kann man sich als Patient anmelden. Je nachdem, auf



Ängste vorhanden, man befürchtete anfänglich eventuell auch eine zu einseitige medizinische Sicht. Die Mediziner kamen neu in die Suchtarbeit, die vorher vor allem von Sozialtherapeuten, Sozialarbeitern und Heilpädagogen besetzt wurde. Die teils unterschiedlichen Grundhaltungen und Sichtweisen der Disziplinen führten unumgänglich zu spannenden und letztlich bereichernden Auseinandersetzungen, die zum Nachdenken und Überprüfen der jeweiligen Haltung und Konzepte angeregt hat.

**Wie haben sich die allgemeine Szene und die Patientengruppe in diesem Jahrzehnt verändert?**

**Dusica Simic:** Wir sind nicht mehr «nur eine Heroinabgabestelle», sondern vielmehr ein Behandlungszentrum, wo die Patienten für ihre psychiatrischen Probleme eine umfassende Behandlung bekommen. Es gehört dazu, dass wir auch Medikamente wie Antidepressiva oder Antipsychotika verschreiben. Das Angebot ist



Susanne Nobs

welchem Weg eine Patientin, ein Patient ins Behandlungsnetz aufgenommen wird, wird nachher eine Brücke zu den anderen benötigten Stellen geschlagen.

**Roland Sanwald:** Ganz wichtig ist natürlich, dass alle am gleichen Strang ziehen. Dafür treffen wir uns regelmässig zu gemeinsamen Sitzungen. Zum Beispiel zweimal jährlich zu gemeinsamen Behandlungsplannungen, wo auch Personen aus Ämtern, Beistände, externe Psychiater usw. beigezogen werden.

**Sie sprachen von unterschiedlichen Grundhaltungen im sozialen und medizinischen Bereich. Haben Sie diese Unterschiede überwunden?**

**Peter Marti:** Ich denke, die Grundsatzdiskussionen im Helfernetz sind abgeschlossen, die Ängste überwunden. Heute ist es unbestritten, dass es differenzierte Therapieangebote auf verschiedenen Niveaus braucht, die den Bedarf nach Überlebenshilfe, Schadensverminderung, bis hin zur

Wir sind nicht mehr «nur eine Heroinabgabestelle», sondern vielmehr ein Behandlungszentrum, wo die Patienten für ihre psychischen Probleme eine umfassende Behandlung bekommen.

Dusica Simic

abstinenzorientierten Therapie abdecken. Je differenzierter die Angebote sind, umso besser kann den individuellen Situationen der Patientinnen und Patienten entsprochen werden. Die Konzepte sind heute viel durchlässiger, was den Vorteil hat, dass Behandlung für alle zugänglich ist und es weniger zu Über- oder Unterforderungen kommt. Die teils unterschiedlichen Sichtweisen und Grundhaltungen der Berufsgruppen führten in der konkreten Zusammenarbeit zu einer Bereicherung für alle Beteiligten.

**Wie ist die Situation bezüglich Methadonprogramme im Kanton Solothurn?**

**Peter Marti:** Im Kanton Solothurn sind in erster Linie die Hausärzte zuständig für die Methadonversorgung. Einzelne Hausärzte engagieren sich besonders, betreuen 10 bis gar 20 Patientinnen und Patienten und beteiligen sich rege an der Weiterbildung in diesem Bereich. Auch im Gourrama-Projekt in Solothurn haben wir vor einem Jahr im Rahmen eines Pilotversuchs fünf Methadon-Patienten aufgenommen und haben dieses Angebot jetzt auf zehn Plätze ausgebaut. Als Zielpublikum definieren wir ganz klar Methadonpatienten, die aufgrund von psychiatrischen Zusatzerkrankungen schwer behandelbar sind und ein intensiveres Setting benötigen. Wir denken, dass auch in Olten ein entsprechendes Bedürfnis besteht.

**Wie gehen Sie mit der Differenzierung von Methadon und Heroin für die einzelnen Patientinnen und Patienten um?**

**Roland Sanwald:** Die meisten Patienten haben beim Eintritt eine klare Vorstellung, welche Behandlung sie möchten. Als Motivation für den Eintritt ins Heroinprogramm wird

# ganisationsverbesserungen und inhaltliche Klärungen.»

*(Drogen Alkohol) für die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Suchthilfe? Eine Gesprächsrunde mit dem Team des Fachbereichs Sucht in Solothurn,*

meistens angegeben, dass sie, von der Gasse weg, die Beschaffungskriminalität aufgeben, eine Wohnung und eine Tagesstruktur finden möchten. Im Rahmen der Indikationsgespräche überprüfen wir die Kriterien und erarbeiten ein geeignetes Behandlungskonzept.

Es gibt immer wieder den Wunsch von Patienten im Heroinprogramm, in die Methadonbehandlung zu wechseln, weil sie mehr Verantwortung übernehmen und sie die Betreuungsintensität etwas reduzieren möchten. Als Methadonpatienten müssen sie einmal täglich oder weniger zum Hausarzt gehen. Allerdings holt die Realität diese Leute dann oft auch wieder ein. Wenn sie beispielsweise ihren Beikonsum nicht in den Griff bekommen, erweist sich der Wechsel von Heroin zu Methadon als schlechter Schritt. Die Monoabhängigkeit, also der Verzicht auf Beikonsum von anderen Substanzen, ist eine Zielsetzung sowohl in der Methadon- wie auch in der heroingesützten Behandlung.

**Irma Müller Pinta:** Die Methadonpatienten im Gourrama kommen täglich in die Abgabestelle und neben der Methadonabgabe gehören analog der HeGeBe-Behandlung auch regelmässige Betreuungsgespräche und Behandlungsplanungen mit Zielvereinbarungen zum festen Programm.

**Wie trennen Sie die Heroin- und die Methadonpatienten im Gourrama?**

**Irma Müller Pinta:** Wir versuchen, die Gruppen durch unterschiedliche Abgabezeiten zu trennen. Durch die andere Einnahmeform – Methadon wird getrunken und muss nicht wie Heroin im Injektionsraum gespritzt werden – ergibt sich für die Methadonpatienten in der Regel eine kürzere Aufenthaltsdauer im Zentrum.

**Welche Erfahrungen haben Sie bei der Einführung von QuaTheDA gemacht?**

**Peter Marti:** Wir haben in QuaTheDA von Anfang an eine Chance gesehen, weil wir im Fachbereich Sucht in der Aufbauphase waren und noch gar keine festen Strukturen hatten. Wir empfanden die QuaTheDA-Fragestellungen als Chance, Transparenz, Organisationsverbesserungen und inhaltliche Klärungen von Anfang an anzustreben.

Wir haben uns dann entschieden, zuerst den Aufnahmeprozess im De-

**« Wir haben unterschiedliche Berufshintergründe – was die Zusammenarbeit spannend, aber auch zu einer Herausforderung macht. »**

**Susanne Nobs**

tail anzuschauen. Wir wollten diesen Fragekomplex prozesshaft und interdisziplinär angehen und die Schnittstellendiskussionen (wer macht wann was? Wer hat welche Verantwortung, Kompetenz?) nicht einfach als administrative Pflicht-Aufgabe ansehen. Wir haben jetzt über ein Jahr un-

Beteiligung aller Berufsgruppen an diesem Aufnahmeprozess gearbeitet. Im Herbst starten wir mit der Aufarbeitung der Behandlungsprozesse.

**« Der Qualitätssicherungsprozess hat dazu geführt, dass vieles, was vorher unausgesprochen war, nun klar formuliert wird. »**

**Roland Sanwald**

Ich selber bin erstaunt, wie viel Klärung die Arbeit mit QuaTheDA gebracht hat, hinsichtlich der einzelnen Aufgaben und auch bezüglich der Schnittstellen zwischen den einzelnen Disziplinen. Ich habe diese Auseinandersetzung und die klare Definition von Aufgaben und Kompetenzen als sehr positiv erlebt. Zur Verdeutlichung benutze ich gerne den Vergleich mit einem Orchester, das aus vielen einzelnen Musikern besteht, jeder hat seine Aufgabe, benötigt seine Sicherheit beim Musizieren. Ob das Konzert Erfolg haben wird, hängt von den Einzelleistungen, aber vor allem von der Qualität des Zusammenspiels ab.

**Susanne Nobs:** Kriterien, die im QuaTheDA-Referenzsystem festgehalten sind, lösen in unserem Fachbereich und den einzelnen Institutionen auch sehr viel aus. Man muss sich Fragen stellen zu Grundhaltungen, methodischem Vorgehen in den einzelnen Disziplinen und als interdisziplinäres Ziel usw. Man darf nicht vergessen, dass wir unterschiedliche Berufshintergründe haben – was die Zusammenarbeit spannend, aber auch zu einer Herausforderung macht.



Peter Marti

**Roland Sanwald:** Der Qualitätssicherungsprozess hat dazu geführt, dass vieles, was vorher unausgesprochen war, nun klar formuliert wird: Welches sind meine Aufgaben und Kompetenzen, wie gestalten wir die Schnittstellen? Der Prozess hat insgesamt zu einer Klärung geführt, welche die Arbeit auch vereinfacht. In Solothurn wurde mit dem Einbezug eines Psychologen ins HeGeBe-Team Neuland betreten. QuaTheDA hat dazu beigetragen, dass meine Rolle

im Team und im Behandlungsprozess rasch und befriedigend geklärt werden konnte. In meiner Arbeit als Psychologe bin ich gefordert, die einzelnen Arbeitsschritte und Abläufe bewusst zu überdenken, was zu einer Optimierung beiträgt und auf mögliche Fehlerquellen aufmerksam macht.

**Irma Müller Pinta:** Dieser Prozess hat auch den gegenseitigen Respekt und die Anerkennung der Arbeit gefördert, welche jede Fachdisziplin leistet, und hat zu mehr Transparenz geführt.

**Können Sie ein ganz konkretes Beispiel nennen, wo eine solche Klärung stattgefunden hat?**

**Roland Sanwald:** Ein konkretes Beispiel ist der Aufnahmemeitscheid. Im Rahmen des QuaTheDA-Prozesses



Roland Sanwald



Simone Arnold

haben wir klar festgelegt, dass dieser in einer interdisziplinären Sitzung, an der jede Fachrichtung vertreten ist, diskutiert und gemeinsam gefällt wird.

**Peter Marti:** Durch das QMS wird vieles klar geregelt, so dass auch eine administrative Mitarbeiterin wie Simone Arnold den Ärzten Anweisungen geben kann, wenn sie zum Beispiel Termine nicht einhalten.

**Simone Arnold:** Ja. Das Qualitätsmanagement regelt klar, wer für was zuständig ist. Es ist für die Behandlungscontinuität und die Zusammenarbeit mit den Zuweisern auch wichtig, dass Berichte nicht versäumt werden, und falls nötig muss ich die zuständigen Ärzte ermahnen, ihre Berichte abzuliefern. Diese Kontrolle wird als Hilfestellung erlebt.

**Ein zentrales Element von QuaTheDA ist die Institutionalisierung eines Verbesserungsprozesses. Wie weit haben Sie die Forderung bereits umgesetzt?**

**Peter Marti:** Wir haben erste Ansätze eingerichtet. Zwei Mitarbeiterinnen haben die Ausbildung als Auditorin absolviert. Fest installiert haben wir den Verbesserungsprozess noch nicht. Die Software, welche wir zurzeit für die Prozesse in unserem Fachbereich erarbeiten, wird auch ein Fehlermeldesystem umfassen.

**Warum glauben Sie, dass Qualitätsmanagement so viele Ängste auslöst?**

**Irma Müller Pinta:** Ich denke, die Ängste haben mit dem Arbeitsaufwand zu tun – es gibt neue Formulare und Rapporte auszufüllen... Wenn man mal damit anfängt, merkt man dann, dass der Prozess sehr spannend ist und bei der Diskussion und Überprüfung aller möglichen Fragen lösen sich die Ängste auf.

**Roland Sanwald:** Vermutlich schwingt auch die Angst vor der Überprüfbarkeit mit, der Tatsache, dass die eigene Arbeit kritischer hinterfragt werden kann.

**Susanne Nobs:** Einige fürchten sich vielleicht vor einem Korsett, das ihnen übergestülpt wird.

**Peter Marti:** Manche Widerstände mögen damit zusammenhängen, dass die Leute überzeugt sind, dass sie längst nach bestem Wissen und Gewissen arbeiten und die Anforderungen eines QMS als Angriff und Kritik empfinden.

**Dusica Simic:** Wahrscheinlich gibt es auch Angst vor der Verbindlichkeit. Für mich ist Qualität aber nicht nur das, was auf dem Papier steht, sondern vor allem, wie wird das in der alltäglichen Arbeit gelebt.

## Die Gesprächsrunde

**Peter Marti**, Co-Leiter Fachbereich Sucht

**Irma Müller Pinta**, Stellenleitung HeGeBe-Zentrum Gourrama Solothurn

**Dusica Simic**, Oberärztin Fachbereich Sucht

**Roland Sanwald**, lic. phil. Psychologe, HeGeBe-Zentren Solothurn und Olten, Fachbereich Sucht

**Susanne Nobs**, Sozialarbeiterin FH, HeGeBe-Zentrum Gourrama Solothurn und Fachstellen für soziale Dienstleistungen PERSPEKTIYE Solothurn

**Simone Arnold**, Sekretariat Fachbereich Sucht

# Der Film «Verstehen kann heilen» als Beilage zum Handbuch «Diversität und Chancengleichheit»

**Migrant-Friendly Hospitals.** Das soeben erschienene Handbuch «Diversität und Chancengleichheit» unterstützt Spitäler, Kliniken und Institutionen der Langzeitpflege in ihrem Bestreben, Zugangsbarrieren abzubauen und transkulturelle Kompetenz zu erlangen. Es enthält als Beilage eine DVD mit dem im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit realisierten Film «Verstehen kann heilen», der praxisnah veranschaulicht, was Migrantinnen und Migranten im Spital erleben.

In der Schweiz haben wissenschaftliche Untersuchungen ergeben, dass der Gesundheitszustand von Angehörigen der Migrationsbevölkerung in verschiedenen Bereichen schlechter ist als jener der Einheimischen. Migrantinnen und Migranten sind grösseren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt und finden weniger leicht Zugang zu unserem Gesundheitssystem. Dies ist umso bedenklicher, als sie gut einen Fünftel der Gesamtbevölkerung ausmachen. Sie tragen zu unserem Wohlstand bei, finanzieren unser Gesundheitswesen mit und möchten es bei Bedarf beanspruchen können. Auch ein beachtlicher Teil der im Gesundheitswesen Beschäftigten sind Migrantinnen und Migranten oder deren Nachkommen. Mit ihren vielfältigen Sprachen, Wertvorstellungen und Verhaltensweisen prägen sie den Arbeitsalltag. Ohne ihre Mithilfe könnten unsere Gesundheitseinrichtungen ihre Aufgaben nicht erfüllen.

## Erfahrungen von Migrant-Friendly Hospitals

Welche Kompetenzen sind erforderlich, um Angehörige der Migrationsbevölkerung zu betreuen? Und wie lässt sich trotz vielgestaltiger Bedürfnisse eine befriedigende Qualität der Gesundheitsversorgung erzielen? Fragen wie diesen widmet sich das Handbuch «Diversität und Chancengleichheit». Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen». Es basiert auf Erfahrungen, die im Projekt «Migrant-Friendly Hospitals – Ein Netzwerk für die Migrationsbevölkerung» gesammelt worden sind. Dieses wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Rahmen der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2002–2007» lanciert. H+ Die Spitäler der Schweiz hat das Projekt realisiert.

Das Handbuch richtet sich in erster Linie an das Management von Gesundheitseinrichtungen und liefert praktische Hinweise, wie Gesundheitseinrichtungen besser auf Migrantinnen und Migranten eingehen



Aus dem neuen Film «Verstehen kann heilen»: Subakini Ramesh wird während ihrer Schwangerschaft in der Frauenklinik betreut. Professionelle Dolmetscherinnen, Angehörige der tamilischen Gemeinschaft und ein für Migrationsfragen sensibilisiertes Gesundheitspersonal begleiten sie bei den Geburtsvorbereitungen.

können. Als erstrebenswert gilt eine Betriebskultur, die Menschen beiderlei Geschlechts, unterschiedlichster Herkunft und aller sozialer Schichten den Zugang zu angemessenen Leistungen erleichtert. Die Voraussetzungen zur Realisierung dieses Ziels sind zurzeit nicht ideal: Spitäler und andere Gesundheitseinrichtungen sind unter Spandruck bei gleichzeitig wachsenden Ansprüchen an ihre Qualität und Leistungsbereitschaft. Ein kompetenter Umgang mit Migrantinnen und Migranten vermag aber nicht nur die Qualität und die Effizienz zu steigern, sondern senkt mittelfristig auch die Kosten der Gesundheitsversorgung.

## Verstehen kann heilen

Der Dokumentarfilm «Verstehen kann heilen. Globale Migration – lokale Lösungen im Gesundheitswesen» sensibilisiert und informiert über die vielfältigen Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit. Er veranschaulicht am Beispiel von drei Kliniken des Berner Inselspitals

den institutionellen Anpassungsprozess, den das Gesundheitswesen zurzeit durchläuft:

Agim Ramadani ist vor 17 Jahren aus dem Kosovo in die Schweiz gekommen und war seitdem als Hilfsarbeiter auf dem Bau tätig. Seit einem Arbeitsunfall leidet er unter chronischen Rückenschmerzen und kann seinen Beruf nicht mehr ausüben. Er hofft, durch den Aufenthalt in der Klinik für Schmerzpatienten seine Arbeitsfähigkeit zurückzuverlangen. Die Kommunikation über die komplexe Schmerzproblematik stellt sowohl das Personal als auch den Patienten vor eine schwierige Aufgabe.

Subakini Ramesh wird während ihrer Schwangerschaft in der Frauenklinik betreut. Professionelle Dolmetscherinnen, Angehörige der tamilischen Gemeinschaft und ein für Migrationsfragen sensibilisiertes Gesundheitspersonal begleiten sie bei den Geburtsvorbereitungen. Das Porträt zeigt Chancen und Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen den verschiedenen Beteiligten.

Nahezu fünfzig Prozent der Kinder im Notfallzentrum haben einen Migrationshintergrund. Ihnen stehen in akuten Situationen keine qualifizierte Übersetzerinnen oder Übersetzer zur Seite. Das Gesundheitspersonal ist stark gefordert, die vielfältigen Bedürfnisse der Kinder und ihrer Angehörigen zu erkennen und adäquat zu handeln.

Die gezeigten Beispiele verweisen auf das Spannungsfeld, das sich durch (sprachliche) Verständigungsschwierigkeiten, medizinische Anforderungen und den Anspruch auf ökonomische Effizienz im Gesundheitswesen ergibt. Dabei zeichnen sich innovative Lösungsmöglichkeiten in einem komplexen institutionellen Veränderungsprozess ab. «Verstehen kann heilen» richtet sich an Schlüsselorganisationen und Verantwortliche im Gesundheitswesen und bietet eine Diskussionsgrundlage für Workshops, Tagungen sowie für die Aus- und Weiterbildung des Personals im Gesundheitswesen.

**Handbuch und DVD sind erhältlich in Deutsch, Französisch und Italienisch (kostenlos).**

### Bestelladresse:

H+ Die Spitäler der Schweiz  
E-Mail: Martina.Zweiacker@hplus.ch  
Tel. 031 335 11 22  
Informationen zum Projekt:  
[www.miges.admin.ch](http://www.miges.admin.ch)

## Suchtprävention in den Gemeinden

Wie wirksam ist Suchtprävention im Setting Gemeinde? Dieser Frage geht ein Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit nach. Der Bericht ist eine Art Meta-Analyse zur Wirksamkeit von Prävention im Setting der Gemeinde. Der Gesamtbericht enthält eine zusammenfassende Beurteilung ausgewählter Schweizer Projekte, für welche eine Evaluation vorliegt. Es sind dies: «FemmesTische», «Hinschauen und Handeln», «Runder Tisch», «Die Gemeinden handeln!» und «supra-f». Weiter werden internationale Befunde zur Wirksamkeit des Gemeindeansatzes zusammengefasst und Projektbeispiele aus dem Ausland vorgestellt. Zum Schluss wird

der Bogen wieder zu den Schweizer Erfahrungen gespannt. Die darin festgehaltenen Denkanstösse und Fragen mögen alle an der Prävention Interessierte, also die «Policy maker», die Politiker, die Geldgeber und die Fachleute dazu ermuntern, sich auch in Zukunft für eine Prävention einzusetzen, die gewisse Anforderungen erfüllt, Wirkung verspricht und auch erzielt.

**Kontakt:** Scarlett Niklaus, Sektion Jugend, Ernährung und Bewegung, 3003 Bern, Tel. 031 323 28 12  
Der Bericht steht als download zur Verfügung: [www.bag.admin.ch/themen/drogen/](http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/)

## Impressum

Nr. 60, Dezember 2006

Textbeiträge:  
Mitarbeitende des BAG, Christoph Hoigné,  
weitere Autoren

Fotos: Migrant-Friendly Hospitals,  
Christoph Hoigné

Gestaltung:  
Lebrecht typ-o-grafik, 3018 Bern  
Druck: Büetiger 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 Februar 2007.

# Act-info: Wichtige Fortschritte

**act-info – Harmonisierung der Suchthilfestatistiken.** act-info (addiction, care and therapy information) ist ein einheitliches, gesamtschweizerisches Klientenmonitoringsystem für den Bereich der Suchthilfe. Das nationale Dokumentationssystem umfasst Angebote der ambulanten und stationären Behandlung von Menschen mit Problemen mit legalen und illegalen Substanzen sowie von nicht-substanzgebundener Abhängigkeit. act-info ist das Resultat der Harmonisierung der bestehenden Suchthilfestatistiken.

Die beteiligten Forschungsinstitutio-  
nate (SFA Lausanne, ISGF Zürich,  
ISPM Bern) sind für die Datenerhe-  
bung und die Auswertungen in den  
einzelnen Behandlungssektoren ver-  
antwortlich. act-info wird durch das  
Bundesamt für Gesundheit (BAG) fi-  
nanziert und koordiniert. Die Ver-  
antwortung für das Gesamtprojekt  
act-info liegt beim BAG.

## Die Behandlungssektoren

Die Schweiz verfügt über ein viel-  
fältiges Spektrum an professionellen  
Angeboten zur Suchthilfe: rund 1500  
stationäre Plätze zur Behandlung  
von Drogen- und Alkoholabhängigkeit,  
17'500 Personen in Methadon-  
substitution und 1300 Personen in  
heroingestützter Behandlung. Rund  
20'000 Personen erhalten aktuell eine  
ambulante Beratung oder Betreuung  
wegen Suchtproblemen. Dazu kom-  
men zahlreiche niederschwellige An-  
gebote zur Schadensminderung wie  
z.B. Spritzenabgabe, Kontakt- und  
Anlaufstellen. Während der letzten  
zehn Jahre wurden die Behan-  
lungsbereiche – mit Ausnahme des  
niederschweligen Bereiches – durch  
fünf separate Teilstatistiken erfasst,  
die neu im act-info-Monitoring-Netz-  
werk zusammengeführt wurden.

**SAMBAD** Statistik im Bereich der  
ambulanten psychosozialen Sucht-  
hilfe. Der Behandlungsbereich um-  
fasst insgesamt 231 Stellen. Davon  
beteiligen sich derzeit 42 Institutionen  
an der SAMBAD-Statistik (Daten  
2005); weitere 45 Stellen haben ihre  
Teilnahme für das Jahr 2006 ange-  
kündigt.

**act-info-Residalc** Statistik der statio-  
nären Behandlung der Alkoholab-  
hängigkeit in der Schweiz (ehemals  
SAKRAM/CIRSA). Der Behandlung-  
bereich umfasst rund 20 spezialisierte  
Einrichtungen, davon nehmen  
derzeit 15 an der act-info-Residalc-  
Statistik teil.

**act-info-FOS** Statistik der statio-  
nären Suchtherapie zur Behandlung  
von Drogenabhängigkeit (haupt-  
sächlich illegale Drogen). Der Be-  
handlungsbereich umfasst rund 65  
Einrichtungen. Derzeit beteiligen  
sich 56 Institutionen an der act-info-  
FOS-Statistik.

**Nationale Methadonstatistik** Statistik  
der Substitutionsbehandlungen (v.a.  
Methadon) in Zusammenarbeit mit  
den KantonärztInnen. Die Instrumen-  
te (Verwaltungssoftware, Frage-  
bogen) werden aktuell in 17 Kantonen  
eingesetzt.

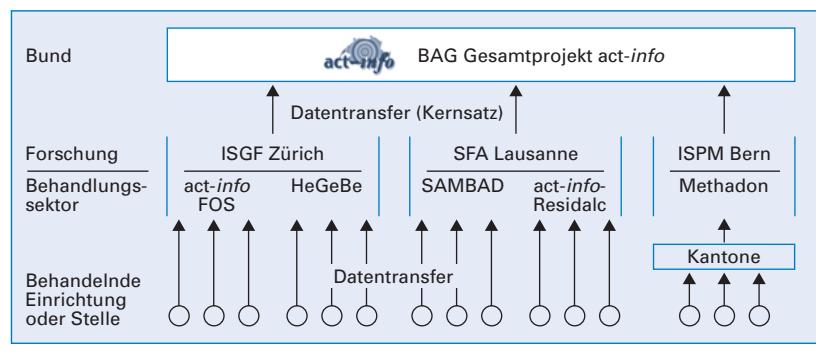
**Heroingestützte Behandlung** In der  
Schweiz bieten 23 ambulante Behan-  
dungsstellen heroingestützte Behan-  
dlungen an. Alle nehmen an der Begleit-  
forschung Monitoring HeGeBe teil.

## Ziele

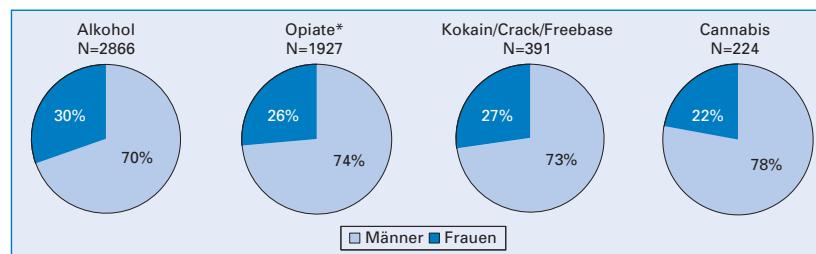
Ziel von act-info ist die Realisierung  
und Betreibung eines einheitlichen  
Statistik- und Dokumentationssys-  
tems in der ambulanten und statio-  
nären Suchthilfe.

Spezifische Ziele sind:

- Nationales Monitoring zur quanti-  
tativen Erfassung von relevanten  
Daten bei Personen in Suchtbe-  
handlung (soziodemografische



Grafik 1: Darstellung des Datenflusses



Grafik 2: Registrierte Klienten und Klientinnen bei Eintritt nach Hauptproblem (2004)

Angaben, Lebenssituation, Konsumproblematik)

- Verbesserung der Kenntnisse über Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten
- Kenntnisse über neue Trends hinsichtlich Charakteristika der behandelten KlientInnen, deren Konsum- und Suchtverhalten sowie deren spezifische Probleme und Bedürfnisse
- Rückmeldungen der Forschungsinstitute an die datenliefernden Einrichtungen (Gesamtbericht zum jeweiligen Behandlungssektor und vertraulicher Institutionsbericht zum Profil der ein- und austretenden KlientInnen)
- Anonymisierte Basisdaten für weiterführende Forschung wie z.B. Follow-up-Studien gemäss den gängigen wissenschaftlichen Standards (Good Clinical Practice)
- Ermöglichung von europäischen Vergleichsstudien aufgrund der Kompatibilität mit den Erhebungsstandards des TDI (Treatment Demand Indicator)
- Veröffentlichung und Vertiefung der Ergebnisse im Rahmen von thematischen Veranstaltungen und Publikationen

## Instrumente und Datenerhebung

Die act-info-Instrumente bestehen aus einem Eintritts- und einem Aus-  
trittsfragebogen mit Kernfragen, die

für alle Teilstatistiken verbindlich sind, sowie bereichs- und themen-  
spezifischen Modulfragen, die je nach Behandlungssektor eingesetzt werden können. Die behandelnde Einrichtung füllt dann für jede ein- und austretende Person einen Fragebo-  
gen aus. Für Langzeitbehandlungen (Methadon- und Heroinsubstitution) werden zusätzlich Verlaufsdaten erhoben. Die Datenerhebung erfolgt mittels entsprechender Software (u.a. auch direkte Online-Eingabe) oder Papierfragebogen. Die Daten werden von der teilnehmenden Ein-  
richtung an das für ihren Behan-  
lungsbereich zuständige Forschungs-  
institut geliefert. Dort werden sie bearbeitet und vollständig anonymisiert, bevor die Kerndaten ans BAG übermittelt werden. Von diesen Daten sind dann weder Rückschlüsse auf die behandelten Personen noch auf die behandelnde Institution möglich.

## Die Daten von 2004

Die act-info-Instrumente sind in den meisten Behandlungsbereichen 2004 eingeführt worden und eine gemeinsame Datenbank ist mit den vorliegenden Daten dieses ersten Referenzjahrs erstellt worden. Da derzeit nicht alle Zielgruppeninstitutionen Daten liefern – die Teilnahme erfolgt für die meisten Einrichtungen auf freiwilliger Basis – entsprechen die Daten allerdings keiner Vollerhe-

	FOS n %	HeGeBe n %	Methadon n %	SAMBAD n %	Residalc n %	act-info Total n %
Männer	514 75.9%	137 78.7%	768 72.0%	2050 71.1%	725 65.1%	4194 70.9%
Frauen	163 24.1%	37 21.3%	299 28.0%	832 28.9%	388 34.9%	1719 29.1%
Total	677 100%	174 100%	1067 100%	2882 100%	1113 100%	5913 100%
fehlende Angaben	1	1	0	2	0	4

Tabelle 1: Registrierte Klienten und Klientinnen bei Eintritt pro Teilstatistik (2004)

	Alkohol		Opiate		Kokain/Crack/Freebase		Cannabis	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Mittelwert	44.1	45.3	33.2	31.2	31.3	28.4	23.1	22.7
Standardabweichung	11.1	10.7	7.2	8.0	6.8	7.1	7.4	7.9
Median	44	45	33	31	32	28	21	19
N	1984	853	1419	506	285	106	172	50
fehlende Angaben	18	11	2	0	0	0	2	0

Tabelle 2: Durchschnittsalter der Klienten und Klientinnen bei Eintritt nach Hauptproblem (2004)

bung. Außerdem stammen die An-  
gaben zu Methadonbehandlungen zunächst nur aus vier ausgewählten  
Kantonen – Angaben zum Referenz-  
jahr 2004 aus weiteren Kantonen  
werden erst später folgen und kön-  
nen deshalb in der vorliegenden Ana-  
lyse aus zeitlichen Gründen nicht be-  
rücksichtigt werden.

Tabelle 1 zeigt die Verteilung der  
Personen, die im Referenzjahr 2004  
in eine Suchtbehandlung eingetreten  
sind (Beratung von Angehörigen ausgeschlossen) und in den Teilstatis-  
tiken registriert wurden. Insgesamt  
handelt es sich um 5'917 KlientIn-  
nen. Die meisten registrierten Ein-  
tritte werden im ambulanten Be-  
reich, in der Methadonsubstitution,  
sowie im Sektor der stationären Al-  
koholbehandlung verzeichnet. Der  
Frauenanteil ist mit einem guten  
Drittel der registrierten Eintritte in der  
stationären Alkoholbehandlung am höchsten und in der heroinge-  
stützten Behandlung mit etwa einem  
Fünftel der KlientInnen am gerings-  
ten.

Die KlientInnen werden bei Ein-  
tritt nach ihrem Hauptproblem ge-  
fragt. Über 96% der im Jahr 2004  
registrierten KlientInnen nannten entweder Alkohol, Opiate, Kokain (inkl. Derivate) oder Cannabis als Hauptproblemsubstanz. Andere ge-  
nannte Hauptprobleme waren vor allem Medikamentenmissbrauch und suchtähnliche Verhaltensweisen wie Essstörungen oder pathologisches Spielen. Grafik 2 stellt die Verteilung der Männer und Frauen in den vier häufigsten Hauptproblemklassen dar. Der Frauenanteil ist in der Problem-  
gruppe Alkohol mit 30% am höchsten und in der Problemgruppe Can-  
nabis am tiefsten.

In Tabelle 2 wird das Durchschnitts-  
alter der KlientInnen – wiederum nach den vier Hauptsubstanzgrup-  
pen und nach Geschlecht aufgeteilt –  
dargestellt. Mit 44 (Männer) bzw.  
45 Jahren (Frauen) ist das Durch-  
schnittsalter der KlientInnen mit Hauptproblem Alkohol am höchsten.  
Mit einem Durchschnittsalter von 23 Jahren sind die hauptsächlich wegen Cannabisproblemen behan-  
delten Personen deutlich jünger.

## Aktuelle Projektentwicklungen

Verschiedene Prozeduren und Kon-  
zepte sind derzeit in Bearbeitung:

- Forschungskonzept
- Leitlinien für Sekundäranalysen:  
Ermöglichung der wissenschaft-  
lichen Nutzung der Daten durch  
Dritte gemäss wissenschaftlichen  
Standards
- Fachgruppe «Zugangsprüfung»  
prüft eingehende Gesuche für eine  
Datennutzung
- Valorisierung und Öffentlichkeits-  
arbeit
- Erarbeitung von Forschungsper-  
spektiven
- Evaluation und Qualitätssicherung

## Kontakt:

Urs Künzi, Gesamtleitung (ad interim),  
BAG, 3003 Bern,  
urs.kuenzi@bag.admin.ch

# Angeregter Austausch im «World Café»

**Voneinander lernen III.** Weit mehr als 200 Fachleute folgten Ende September der Einladung zur dritten Auflage der Tagung «Voneinander lernen: Wissensaustausch zwischen Forschung und Praxis im Suchtbereich» des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) in Bern. In zahlreichen Referaten, Workshops und Präsentationen wurden sehr vielfältige Aspekte der Suchtprävention, -therapie und der Schadensminderung thematisiert. Die innovative Tagungsorganisation diente als fruchtbare Boden für den Wissensaustausch zwischen Forschenden und Praktikern.

Der erste Tag in der Kulturhalle 12 stand zunächst im Zeichen von verschiedenen Inputreferaten. Auf besonderes Interesse stiessen dabei am Vormittag die Beiträge von Dr. med. J. Hein von der Charité in Berlin Mitte («Aus dem Osten was Neues: die Berlin-Brandenburgische Suchtakademie») und Prof. Dr. med. Jacques Besson, Vizedirektor der Universität Lausanne («A la recherche du transfert perdu») und am Nachmittag das Referat von Prof. Dr. Françoise Alsaker, Institut für Psychologie, Universität Bern: «Plagen und Hässeln: ein Kinderspiel?».

In sieben parallel laufenden Workshops wurden daraufhin folgende Themen diskutiert:

- Therapie bei cannabisabhängigen Jugendlichen
- Rauschtrinken bei Jugendlichen
- Prävention von der Wiege bis zur Bahre
- Die Rolle von Erziehung und Ausbildung im Wissensmanagement: Erfahrungen aus Holland – Lektionen für die Schweiz?
- Wie effizient sind Kurzinterventionen? (s. auch Artikel unten)
- Therapie und Schadensminderung: Umgang mit Kokainabhängigen
- Schadensminderung: Akzeptanz und Integrationsbemühungen

## Grossgruppenkonferenz und World Café

Der zweite Tag fand in Form einer Grossgruppenkonferenz statt. Dies erlaubt offene Dialoge, spontane Rückmeldungen, den Blick fürs Ganze und eine Interaktion in Echtzeit. Genau diese Art Dialog ist nötig im Bereich der Suchtprävention und der Suchtarbeit. Am Vormittag

wurde das «World Café» eröffnet. Eine faszinierende Methode, deren Setting tatsächlich an ein Café erinnert: lauter kleine Tische für vier bis fünf Teilnehmende aus Forschung und Praxis. In der ungezwungenen Atmosphäre, ohne den Druck, konkrete Resultate hervorbringen zu müssen, in einem kreativen Raum, in dem respektvolles Zuhören und tief greifende Gespräche möglich werden, verbindet sich das kollektive Wissen der Teilnehmer oft zu unerwarteten neuen Einsichten. Die Teilnehmenden malen, schreiben und kritzeln ihre Erkenntnisse auf das weisse Papierstischtuch. Nach 20 bis 30 Minuten wechseln alle an andere Tische.

Am Nachmittag fanden mehrere parallel laufende Mini-Labs (Arbeitsgruppen) zu den Themen Früherkennung & Frühintervention, Risikoverhalten und Risikofaktoren bei Jugendlichen, Umsetzung des Würfelfmodells, nicht substanzbundene Süchte, Sucht aus Gender-Sicht, neurobiologische Erkenntnisse, Therapie bei Mischkonsum und Spielsucht statt.

Tagungsleiterin Sandra Villiger zieht eine positive Bilanz der Tagung. «Alle involvierten und betroffenen Akteure waren interessiert und es wurde geschätzt, dass das BAG diese Plattform für den Austausch wiederholt angeboten hat.» Zurzeit wird abgeklärt, in welcher Form die Ergebnisse der Tagung nutzbar gemacht werden können.

## Den Puls fühlen

BAG-Direktor Thomas Zeltner (Bild rechts unten) betonte an der Tagung die Wichtigkeit der Forschung, welche einerseits Erkenntnisse für eine

optimale Prävention und Therapie, aber auch die Grundlagen für die Suchtpolitik liefern müsste. Suchtpolitik aus gesundheitlicher Sicht sinnvoll gestalten – gegen die Widerstände wirtschaftlicher Machtblöcke und ideologischer Glaubensbekenntnisse – könnte man nur dann, wenn man mit klaren, wissenschaftlich erhärteten Fakten argumentieren könne. In Zeiten des wachsenden Spandrucks sei die Kosten-Nutzen-Relation zentral, weshalb die Forschung nachweisen müsse, dass die zur Anwendung kommende Praxis kosteneffizient sei. Auch Qualität sei ein zentrales Thema, denn letztlich sei die qualitativ beste Therapie langfristig auch die kostengünstigste. Das Präventionsbudget des BAG konnte zum Bedauern von Thomas Zeltner leider nicht wie gewünscht ausgebaut werden, sondern schrumpfte in den letzten Jahren um rund ein Drittel.

Zeltner beklagte, dass die Zeitspanne zwischen der Gewinnung neuer Erkenntnisse durch die Forschung und deren Umsetzung in der Praxis zu lange sei – jede Beschleunigung dieses Wissenstransfers sei unterstützungswürdig.

Forschende und PraktikerInnen, so Zeltner weiter, seien gegenseitig aufeinander angewiesen. Aus Sicht des BAG-Direktors ist die Tagung «Voneinander lernen» eine gute Gelegenheit, den Puls der Akteure zu fühlen. «Sagen Sie uns, was Sie – außer neuen Finanzmitteln – an Unterstützung von uns brauchen können!»

**Kontakt:** Sandra Villiger, BAG, 3003 Bern, Tel. 031 323 23 58, [sandra.villiger@bag.admin.ch](mailto:sandra.villiger@bag.admin.ch)

[www.voneinander-lernen.ch](http://www.voneinander-lernen.ch)



# Kurzintervention bewirkt Verhaltensänderungen

**Workshop Kurzintervention.** Obwohl ihre Effizienz erwiesen ist, vermag sich die Methode der Kurzintervention in den Arztpraxen nicht systematisch zu etablieren. Dieses kostengünstige und wirksame Instrument sollte vermehrt in die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten einfließen.



Jean-Bernard Daepen

An der Tagung «Voneinander Lernen» stellte der Lausanner Arzt Jean-Bernard Daepen die Ergebnisse einer bei 500 Allgemeinpraktikern durchgeföhrten Umfrage zu Kurzinterventionen bei Patientinnen

und Patienten mit problematischem Alkoholkonsum vor. Daepen kommt in seiner Studie zum Schluss, dass der Aufwand für die Einführung von systematischen Kurzinterventionen im Alltag der Hausarztpraxen unterschätzt wurde und empfiehlt die Erarbeitung eines Ausbildungsmoduls zu Kurzinterventionen in allen Risikobereichen (Alkohol, Tabak, Bewegungsmangel, Übergewicht usw.), das von einem Unterstützungssystem begleitet würde. Nach einer Pilotphase sollte dieses System in der ganzen Schweiz Verbreitung finden. Die in den Hausarztpraxen bestehenden Widerstände gegen Kurzinterventionen beruhen gemäss Daepen einerseits auf der Grundhaltung, dass Prävention nicht die Kernaufgabe der Ärzteschaft sei, andererseits auf der Tatsache, dass die Tarmed-Kategorie für Kurzinterventionen den Hausärzten wenig vertraut ist.

## Impulse für Verhaltensänderung

Kurzinterventionen sollen den Weg ebnen für eine Verhaltensänderung. Konsultationen mit Kurzinter-

ventionen dauern in der Regel nicht länger als 15 Minuten. Sie sind erfolgreicher, wenn das Thema zu einem späteren Zeitpunkt erneut angeschnitten wird. Arztpraxen sind der ideale Rahmen für Kurzinterventionen, weil sie die optimale Kontinuität der Arzt-Patient-Beziehung gewährleisten. Kurzinterventionen eignen sich für Patienten mit einem Risikoverhalten, nicht aber für Alkoholabhängige, Patienten mit einer psychiatrischen Doppeldiagnose, Patienten mit einer schweren chronischen Krankheit und Patienten, bei denen grosse Sprachhindernisse bestehen. Kurzinterventionen werden idealerweise nicht im Rahmen von Notfallsituationen durchgeführt, sondern bei Folgeuntersuchungen oder wenn der Arzt Anzeichen eines problematischen Konsums feststellt.

## In der Ausbildung verankern

Die Hausärzte, so Daepen, seien dafür ausgebildet, Medikamente zu verschreiben. Verhaltensänderungen liessen sich nicht verschreiben. Um

dies zu erreichen, müssten der Pflegende und der Gepflegte eine Partnerschaft eingehen. Bis in zwei Jahren soll es an der Universität Lausanne für alle Medizinstudierenden einen Kurs für die Führung von Motivationsgesprächen geben. Verschiedene Länder, namentlich die USA, England und skandinavische Länder, haben in jüngster Zeit Anstrengungen unternommen, um die Kurzintervention als Instrument in den Hausarztpraxen zu verbreiten. Fachleute aus den medizin-nahen sozialen Berufsgruppen könnten, so Daepen, den Ausschlag geben für Präventionsmassnahmen wie die Kurzintervention.

Die systematische Integration des Tools Kurzintervention in die Aus- und Weiterbildung der Ärzteschaft könnte die Situation längerfristig verbessern. Dies würde auch bedingen, dass diese Fachleute kommunikativ geschult werden.

**Kontakt:** Valérie Bourdin, Sektion Grundlagen und Forschung, BAG, 3003 Bern, Tel. 031 323 87 65, [valerie.bourdin@bag.admin.ch](mailto:valerie.bourdin@bag.admin.ch)