

spectra

67



Stigma

2 STOP AIDS und die Solidarität mit Betroffenen

Die Bekämpfung von Diskriminierung und die Solidarität mit HIV-positiven Menschen ist seit Anbeginn Teil der STOP AIDS-Kampagne. Nach dem Motto «Wissen verhindert Vorurteile und Ausgrenzung» hat die Kampagne immer wieder zum Thema gemacht, dass die gesellschaftliche Integration Betroffener nicht nur eine moralische Pflicht, sondern auch Bestandteil einer umfassenden Präventionsstrategie ist.

6 Interview: Daniel Habegger

Wo liegen in unserer Gesellschaft die Wurzeln und wie funktionieren die Mechanismen von Stigmatisierung und Diskriminierung? Warum leiden Menschen mit psychischen Krankheiten unter besonders vielen Vorurteilen und wie kann man diesen begegnen? Ein Gespräch mit dem Politologen und Historiker Daniel Habegger, politischem Sekretär der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP und Vertreter des Aktionsbündnisses Psychische Gesundheit Schweiz.

12 Übergewichtige Jugendliche leiden besonders

Jugendliche identifizieren sich weitgehend über das Äussere. Übergewichtige Jungen und Mädchen sind deshalb nicht nur körperlich, sondern auch seelisch gefährdet. Die Freestyle Tour der «Schtifti – Stiftung für soziale Jugendprojekte» ist seit 2004 in den Schweizer Schulen unterwegs, um Kindern und Jugendlichen durch Impulsveranstaltungen den Spass an gesunder Ernährung, Bewegung und sportlichen Erfolgserlebnissen zu vermitteln. Ziel ist es, übergewichtigen Jugendlichen Auswege aus dem Teufelskreis aus vermeintlicher Unsportlichkeit und Frustessen aufzuzeigen.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Die STOP AIDS-Kampagne setzt immer wieder Zeichen gegen die Diskri

Solidarität mit Betroffenen. Die 1987 angelaufene Kampagne zur HIV/Aids-Prävention geniesst weltweit Aufmerksamkeit und Anerkennung. Immer wieder nahm sie auch das Thema «Solidarität» auf und trug durch Information und Sensibilisierung dazu bei, dass Betroffene nicht marginalisiert oder diskriminiert werden.

Ausgrenzen oder integrieren?

Im Prinzip stehen für die Prävention und die Bekämpfung epidemischer Krankheiten zwei Modelle zur Verfügung: das Ausgrenzungsmodell und das Lernmodell oder Integrationsmodell. Die Wahl des Ausgrenzungsmodells würde bedeuten: Alle HIV-Infizierten müssen – durch körperliche oder soziale Isolierung – daran gehindert werden, die Infektion weiterzugeben. Das Lernmodell, das sowohl von der Weltgesundheitsorganisation wie auch von vielen Ländern angewendet wird, beruht auf einer Integrationsstrategie, bei der die Erkenntnis im Mittelpunkt steht, dass der einzelne Mensch fähig ist, sein Verhalten zu ändern. Grundlage für solche Verhaltensänderungen ist das Wissen. Dieses Wissen vermittelt die STOP AIDS-Kampagne seit zwei Jahrzehnten.

Ein Thema, das alle angeht

Bereits 1989 widmete sich die STOP AIDS-Kampagne der Drogenproblematik. Mit Plakatbotschaften wie «Das Drogenproblem geht alle an. Alle. Nicht alle anderen.» wurde die Bevölkerung dafür sensibilisiert, dass die Krankheit Aids zwar einzelne Gruppen besonders traf, aber eine Herausforderung für die ganze Gemeinschaft darstellt. Zahlreiche Prominente wie Bundespräsident Flavio Cotti, Stararchitekt Mario Botta, Opernsänger Simon Estes oder Alex Krauer, Verwaltungsratspräsident von Ciba-Geigy, traten 1989 in Fernsehspots dafür ein, Betroffene nicht auszugrenzen. Emil Steinberger sagte im Spot: «Stellen Sie sich vor, dass Sie nur noch 60 Tage zu leben haben, und alle machen einen Bogen um Sie.» Auch die Plakate der STOP AIDS-Kampagne thematisierten die Solidarität mit Betroffenen. «Anna hat Aids. Wer wirft den ersten Stein?» fragte ein Sujet 1990, das Bild einer Mauer trug 1991 den Text «Dahinter steht Martina, 26, aidskrank. Davor stehen Sie.» Im gleichen Jahr sorgten Plakate mit weiteren persönlichen Testimonials für grosse Aufmerksamkeit. Der Sittener Bischof Heinrich Schwery sagte: «Die Diskriminierung aidsbetroffener Menschen widerspricht dem Evangelium.» Neben dem Porträt des 80-jährigen Walter Baer stand: «Junge Menschen mit Aids und ich haben gemeinsam, dass wir dieser Leistungsgesellschaft nichts mehr nützen.» «Dass die abgebildeten Betroffenen und Angehörigen tatsächlich echt waren, hat viel zur Aussagekraft und Glaubwürdigkeit der Kampagne beigetragen», sagt Roger Staub, Leiter der Sektion Aids im Bundesamt für Gesundheit und mitverant-

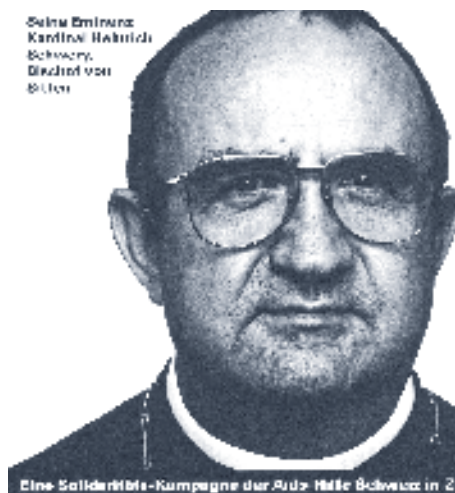


wortlich für die STOP AIDS-Kampagne.

Moral und Nächstenliebe

Während die STOP AIDS-Kampagne in gewissen Kreisen immer kritisiert wurde, weil sie zu sehr die Verwendung von Präservativen propagierte statt die gegenseitige Treue, nahmen verschiedene Sujets die Themenkreise Nächstenliebe und Moral auf, etwa 2004 mit dem Text «Vor

Seine Eminenz
Karlheinz Heinrich
Schwery,
Bischof von
Sitten



**Die Diskriminierung
aidsbetroffener
Menschen
widerspricht dem
Evangelium.**



Solidarität als Thema: Plakatsujets der STOP AIDS-Kampagne aus den Jahren 1991 und 1992.

Gott sind alle Menschen gleich. Mit und ohne Virus.»

Für Roger Staub ist das Thema Solidarität seit Anbeginn ein fester Bestandteil von STOP AIDS: «Die Kampagne hat von jeher über das informiert, was die Bevölkerung wissen muss, was für sie entweder neu ist oder im Gedächtnis aufgefrischt werden muss. Die wichtigste

Botschaft ist, wie man sich vor HIV/Aids schützen kann – durch die Verwendung eines Präservativs. Aber die Kampagne vermittelt auch die Informationen darüber, was nicht ansteckend ist. Dazu gehört auch das Wissen, dass ein Zusammenleben mit HIV-positiven Menschen möglich ist. Die Gesellschaft, und dies ist der Boden für die Solidarität, kann

und muss sich auf ein Leben mit dem Virus und den Menschen, die es haben, einstellen. Man kann sogar mit einem HIV-positiven Menschen ins Bett gehen, wenn man weiss, wie man sich schützt.» Wissensvermittlung und Solidarität mit Betroffenen zu verknüpfen, war immer wieder Thema der Kampagne. «Kann man einen HIV-positiven Menschen küs-



Inserat aus dem Jahr 2001.

sen?» fragte die Kampagne 1992 und antwortete: «Ja. Machen wir Schluss mit Vorurteilen.»

Zurzeit macht das Thema Solidarität Pause. Das ist für Roger Staub gerechtfertigt, denn «es besteht keine Dringlichkeit, weil keine gravierenden Diskriminierungen vorkommen».

Konzentration auf Kernbotschaft

Das Thema Solidarität habe zurzeit nicht höchste Dringlichkeit, bestätigt Adrian Kammer, Leiter der Sektion Kampagnen des Bundesamtes für Gesundheit. Auch sei man bei der Definition der Rollen von BAG und Aids-Hilfe Schweiz (AHS) – der beiden Absender der STOP AIDS-Kampagne – zum Schluss gekommen, dass die AHS der glaubwürdigere für die Solidaritätsbotschaft sei.

«Die Kampagne muss sich angesichts der knappen Ressourcen auf die zentrale Botschaft konzentrieren, dort, wo der Schuh am meisten drückt», erklärt Adrian Kammer. «Neue Erkenntnisse wie die CHAT-Studie machen deutlich, dass über ein Drittel der Neuansteckungen im Ausland passieren. Dieses Thema werden wir – zusammen mit den Schutzbotschaften – aufnehmen.» Auch wisse man, so Kammer, dass die Menschen – «dank der STOP AIDS-Kampagne» – zu nahezu 100% über HIV/Aids und die nötigen Schutzmassnahmen Bescheid wüssten. «Aber in Ausnahmesituationen, bei Partys, wenn Alkohol und Drogen im Spiel sind oder im Ausgang mit Kollegen, wird dieses Wissen vergessen oder verdrängt.» Auch bei Grossanlässen wie der Euro 08 sei zu befürchten, dass die eigentlich bekannten Schutzstrategien nicht angewendet würden.

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

Neuausrichtung der Strategie

Nationales HIV/Aids-Programm.

Das seit 2004 laufende Nationale Programm zur HIV/Aidsprävention soll um zwei Jahre verlängert werden. In dieser Zeit soll eine Nachfolgestrategie für die Jahre ab 2011 ausgearbeitet werden.

Die HIV-Epidemie in der Schweiz entspricht der WHO/UNAIDS-Klassifikation einer «konzentrierten Epidemie». Die Zahl der HIV-Neuansteckungen hat seit 2002 nicht mehr zugenommen, bleibt aber auf hohem Niveau konstant. Das Vorkommen von HIV in der Allgemeinbevölkerung ist tief, aber es gibt Gruppen, in denen über 5% von HIV betroffen sind. Die Epidemie hat sich in den letzten fünf Jahren in diesen Gruppen verschieden entwickelt: Die Zahl der HIV-Diagnosen nimmt laufend ab beim heterosexuellen Übertragungsweg, bei Migrantinnen und Migranten aus Ländern hoher Prävalenz und bei intravenös Drogen Konsumierenden. Die Abnahme in diesen Gruppen wird praktisch vollständig kompensiert durch einen seit 2003 beobachteten Wiederausbruch der HIV-Epidemie bei Homosexuellen. In dieser Gruppe hat sich die Zahl der neu gemeldeten Diagnosen zwischen 2003 und 2007 von 150 auf 300 Fälle verdoppelt.

Ziele und Ausrichtung weiterhin gültig

Die Umsetzung des Nationalen HIV/Aids-Programms (NHAP) 2004–2008 unter Federführung des Bundesamtes für Gesundheit verlief weitgehend wie geplant. Im System Aids der Schweiz herrscht Einigkeit darüber, dass die strategische Ausrichtung und deren konkrete Ziele nach wie vor richtig und inhaltlich gültig sind. Aufgrund von Budgetkürzungen – drei Personalstellen und eine Million aus dem Präventionsbudget mussten an die Pandemievorbereitung abgegeben werden – nahmen die Verantwortlichen schon 2007 gewisse Kurskorrekturen vor. Für die Jahre 2008 bis 2010 soll das NHAP mit den selben Zielen weitergeführt werden. Dies erlaubt den Einbezug der Ergebnisse der externen Evaluation des Programms sowie neuer Erkenntnisse aus der schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2007 sowie der für Frühjahr 2008 erwarteten Vision 2010 der Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen (EKAF) für die Planung der HIV/Aidsprävention für die Jahre ab 2011. Der Bundesrat wird voraussichtlich im Frühjahr über die Verlängerung des NHAP entscheiden.

Die Kernelemente der Revision

Die Kürzung der personellen und finanziellen Mittel stellt die Programmleitung vor eine Herausforderung, welche diese – wie Roger Staub, Leiter der Sektion, erläutert – nicht durch die Streichung einzelner Aufgabenbereiche zu bewältigen versucht, sondern durch eine umfassende Revision der Aufgaben des Teams Aids des BAG. Die Kernelemente der Revision sind:

- eine Straffung der Projektstruktur. Aus bisher 15 Projekten werden neu 6 Projekte und zwei Schwerpunkte
- eine Strukturierung der Prävention entlang der drei Präventionsachsen: Verhinderung der Generalisierung der Epidemie in der Bevölkerung; Bremsen einer weiteren Ausbreitung von HIV in gefährdeten Gruppen; keine HIV-Übertragungen in festen diskordanten Paaren.
- Stärkung der Verhältnisprävention
- Konzentration auf Strategie und Steuerung

Neu: 6 Projekte

Das revidierte NHAP gliedert sich in folgende 6 Projekte und 2 Schwerpunkte: Projekt 1: Strategie 11+ und Kooperation

Bei der Ausarbeitung der Strategie der HIV/Aidsprävention für die Jahre ab 2011 steht die Frage im Zentrum, inwieweit das Thema in den grösseren Kontext von sexueller Gesundheit integriert werden soll oder weiterhin im Rahmen von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten behandelt werden soll. Ausserdem wird die internationale, die nationale und die regionale Zusammenarbeit definiert.

Projekt 2: Generalisierung verhindern
Durch geeignete Präventions-, Bildungs- und Kommunikationsmassnahmen (z. B. die LOVE-LIFE-STOP-AIDS-Kampagne) soll die Ausbreitung der Epidemie in der Bevölkerung weiterhin erfolgreich verhindert werden.

Projekt 3: Ausbreitung in gefährdeten Gruppen bremsen

Prävention in Gruppen mit hoher Prävalenz: Männer, die Sex mit Männern haben, MigrantInnen aus Sub-Sahara Afrika, intravenös Drogen Konsumierende.

Projekt 4: Keine HIV-Übertragungen in diskordanten Beziehungen

Präventionstherapie für Menschen mit HIV unter Einbezug der behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

Projekt 5: Evidenzbasis

Meldewesen, Monitoring, Evaluation, Forschung und Wissensmanagement

Projekt 6: Kommunikation

Laufende Umsetzung des Kommunikationskonzeptes Aids

Hinzu kommen die 2 zeitlich beschränkten Schwerpunktthemen «VCT-Jahr 2007 - 2008» sowie «Stärkung der Verhältnisprävention» (Aus- und Weiterbildung, Minimal Standards usw.)

«spectra» wird in den kommenden Ausgaben in lockerer Folge die 6 Projekte des revidierten Programms näher vorstellen.

Kontakt: Roger Staub,
Leiter Sektion Aids,
roger.staub@bag.admin.ch

Aus erster Hand

Experten wie Soziologen, Philosophen oder Psychiater haben zum Thema Stigmatisierung theoretische Abhandlungen und Definitionen geschrieben. Wie es ist, mit einem Stigma zu leben – darüber wird hingegen wenig kommuniziert.

Ein Stigma kann gut sichtbar oder unsichtbar sein. Es gibt auch salonfähige Stigmen – denken wir an privilegierte Menschen mit einer schweren Krankheit oder Spitzensportler nach einem Unfall. Wenn das Stigma in der Folge nicht zu stark entstehend und die geistige und psychische Gesundheit mehr oder weniger intakt ist, kann es fast zu einem Gütesiegel werden. Auch Personen, die in der Wirtschaft, der Politik oder in der Kultur hohe Spitzenpositionen innehaben, können ihr Stigma gewissermassen überwinden. Das ist allerdings äusserst selten, aber in der Öffentlichkeit wird immer wieder darüber berichtet.

Eine chronische Krankheit, eine Sucht, eine Behinderung, Armut, Zugehörigkeit zu marginalisierten Volksgruppen usw. gelten heute noch lange nicht als wertneutrale Eigenschaft einer Person. Sie sind im Gegenteil ein Stigma, ein soziales Brandmal: Solche Menschen gehören zu den «Anderen», sie weichen von dem, was die Mehrheit als Norm festlegt, ab. Folge davon sind Benachteiligungen, die nicht wegzuleugnen sind, z. B. verweigerter Zugang zu Ressourcen oder gar zu gesellschaftlicher und politischer Mitsprache.

Soll man einer allfälligen Chance auf dem Arbeitsmarkt mit einer Lüge oder mit der Wahrheit begegnen? Beides ist vermutlich je nach Situation falsch, solange die Autonomie Einzelner nicht von solidarischer Gerechtigkeit unterstützt wird.

Unsere Gesellschaft interessiert sich derzeit stark für Eigenverantwortung, ohne sie mit den notwendigen Rahmenbedingungen wie Massnahmen der ausgleichenden Gerechtigkeit in Verbindung zu bringen. Könnte es sein, dass Stigmen aus diesem Grunde zurzeit wieder schwerer wiegen als in anderen Perioden?

Haben eventuell die von HIV Betroffenen zusammen mit ihrer Fachorganisation dem Stigma «Schwulsein» die Stirn geboten? Jedenfalls hat der Stigma-Charakter der Homosexualität hierzulande in den letzten Jahren sicher abgenommen.

Zum Schluss noch Folgendes: Viele Stigmatisierte bemühen sich um Integration. Oft müssen sie, um eine gewisse Anerkennung zu erreichen, unverhältnismässig mehr leisten als die Menschen ihres Umfeldes. Tun wir – auch von behördlicher Seite – genug dafür, dass das öffentliche Bewusstsein für solche Situationen zunimmt?



Therese Stutz Steiger
Leiterin der Sektion Neue Themen
Bundesamt für Gesundheit

«SUPPORT hat viele Modellprojekte realisiert, die neue Wege für die Gesundheitsförderung in der Migrationsbevölkerung aufzeigen.»

Vier Fragen an Rainer Frei. Im Rahmen des sehr erfolgreichen Projekts SUPPORT wurden zwischen 2003 und 2007 90 Gesundheitsförderungsprojekte von MigrantInnen für MigrantInnen mit fachlicher Beratung und finanziellen Mitteln unterstützt. Die Gesundheitsstiftung RADIX wurde vom Bundesamt für Gesundheit und Gesundheitsförderung Schweiz mit der Umsetzung von SUPPORT beauftragt. Wir sprachen mit Rainer Frei, dem zuständigen Projektleiter bei RADIX, über seine Erfahrungen mit SUPPORT und die Zukunftsaussichten.

spectra: Herr Frei, das Projekt SUPPORT entstand vor fünf Jahren aufgrund des Bertelsmannpreises, welchen alt Bundesrätin Ruth Dreifuss für das Empowerment von MigrantInnen einsetzen wollte. Sind die MigrantInnen in der Schweiz unterdessen empowernt?

Rainer Frei: Empowern heisst, Menschen und Gemeinschaften dabei zu unterstützen, ihr Leben selber zu gestalten. Dies ist ein zentrales Anliegen der «Community-based Health Promotion», wie sie von RADIX in der ganzen Schweiz praktiziert wird.

Vor diesem Hintergrund war SUPPORT konsequent auf den Ansatz «von MigrantInnen für MigrantInnen» ausgerichtet. Dies ermöglichte, dass die verschiedens-

ten Communities der Migrationsbevölkerung ihre Gesundheitsförderung selber gestaltet haben. Auf diesem Weg konnten schweizweit 90 Projekte realisiert werden, die optimal auf die Bedürfnisse und das Potenzial der verschiedenen Communities ausgerichtet waren.

Welches sind für Sie die wichtigsten Erfolge des Projekts?

Die MigrantInnen werden in der Gesundheitsförderung und Prävention oft in der Schublade der sogenannten schwer zu erreichenden Zielgruppen deponiert. SUPPORT hat gezeigt, dass dies in mehrfacher Hinsicht falsch ist: Die erfolgreiche Realisierung von 90 Projekten in so kurzer Zeit war nur möglich, weil viele MigrantInnen sehr an Gesundheitsförderung interessiert sind – wenn diese ihren Bedürfnissen gerecht werden. MigrantInnen sind nicht schwerer erreichbar als die SchweizerInnen – vorausgesetzt, dass adäquate Kommunikationswege gewählt werden. Viele MigrantInnen sind in ihrer Community ausgezeichnet vernetzt. SUPPORT hat diese Netzwerke erfolgreich genutzt. Vor allem aber konnte SUPPORT zeigen, dass MigrantInnen nicht einfach eine Zielgruppe sind, sondern eigenständige Akteure der Gesundheitsförderung. Viele MigrantInnen wissen bestens, welche gesundheitlichen Probleme in ihren Communities relevant sind, welche Massnahmen sinnvoll sind und wie diese professionell umgesetzt werden. Transkulturelle Gesundheitsförderung

und Prävention ist nur dann erfolgreich, wenn dieses Wissen gezielt genutzt und gestärkt wird.

Welches war ihr Lieblingsprojekt?

Liebblingsprojekte habe ich viele. Weil die Förderung einer gesunden Ernährung hochaktuell ist, ein Beispiel zu dieser Thematik: «Um dois feijao com arroz três quatro Rösti no prato ...» Unter diesem Titel hat das Zentrum für brasilianische Kultur CEBRAC in Zürich und Bern im Rahmen von SUPPORT Ernährungskurse für BrasilianerInnen durchgeführt.

Initiiert wurde das Projekt von Marilia Fernandes Wettstein und Mônica Epplerle Stoll, die eine Ernährungsberaterin und die andere Biologin. Diesen beiden schon seit mehreren Jahren in der Schweiz wohnhaften Brasilianerinnen fiel auf, dass viele ihrer Landsleute, die sich in Brasilien noch gesund ernährt hatten, dies nach der Migration in die Schweiz nicht mehr taten.

Sie führten Ernährungskurse für Neuankommlinge durch, die auf grosses Interesse stiessen. Dabei wurden praktische Kenntnisse über saisonale, günstige und gesundheitsfördernde Nahrungsmittel aus der Schweiz und deren Verwendung vermittelt. Gleichzeitig zeigten sie auf, wo beliebte und gesunde Lebensmittel aus Brasilien oder deren Substitute in der Schweiz erhältlich sind. Dies ermöglicht es den BrasilianerInnen, gesunde Essgewohnheiten aus der Heimat auch in der Schweiz zu prakti-

zieren. Ein wichtiger Teil dieser Kurse war zudem der Erfahrungsaustausch über die gesellschaftlichen und kulturellen Essgewohnheiten in der Schweiz und insbesondere auch in binationalen Ehen.

Hat das Projekt SUPPORT nicht die Regelversorgung aus der Verantwortung gezogen, indem es parallele Angebote für MigrantInnen finanzierte?

Leider erreichen die Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme von Bund und Kantonen die MigrantInnen noch immer viel zu wenig. Es ist darum wichtig, Modellprojekte zu realisieren, die aufzeigen, wie dies möglich ist. Im Rahmen von SUPPORT wurden viele solche Modellprojekte realisiert und dokumentiert. Eine Breitenwirkung hat das hier aufgebaute Wissen aber erst dann, wenn es im Sinne eines transkulturellen Mainstreaming für die migrantInnengerechte Öffnung der Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme genutzt wird. Die Situation ist vergleichbar mit jener im Genderhealth: Auch dort braucht es genderspezifische Modelle, um das Mainstreaming voranzutreiben.

www.radix.ch
www.radix.ch/d/html/migrationgesundheit.html

Forum

Diskriminierung, HIV-Infektion und Sexualität zwischen Männern

Heute sind in der Schweiz ungefähr 15% der Männer, die sexuelle Kontakte mit anderen Männern haben und die Treffpunkte für Homosexuelle frequentieren, HIV-positiv. Die Wahrscheinlichkeit, einem HIV-positiven Sexualpartner zu begegnen, war noch nie so hoch. Der HIV-Status ist ein neues Diskriminierungsinstrument der Sexualpartner geworden. Diese Diskriminierung wird von den HIV-positiven Homosexuellen als eine Stigmatisierung erlebt. Schlimmer noch: Für einige unter ihnen kommt sie zusätzlich zu der diskriminierenden Haltung der Gesellschaft gegenüber Homosexuellen hinzu. 2005 hat «Sida Info Service» in Frankreich eine Untersuchung über die Diskriminierungen gegenüber Menschen durchgeführt, die mit dem HI-Virus leben. Mehr als ein Drittel der befragten Personen war von einem Geschlechtspartner zurückgewiesen worden, und die Hälfte von ihnen hat angesichts der HIV-Infektion auf eine sexuelle Beziehung verzichtet. Zwei Drittel der Männer, die einen anderen Diskriminierungsgrund genannt haben, erwähnten die Homosexualität.

Bei Dialogai kommt es immer häufiger vor, dass HIV-negative Männer erzählen, sie hätten Angst vor Sexualkontakten mit HIV-positiven Männern, oder es vorziehen, über den Status ihres Partners im Unklaren zu sein, um nicht mit dieser Frage konfrontiert zu werden. Wenn auch die Furcht vor einer Ansteckung der meistgenannte Grund ist, erschreckt gelegentlich die Perspektive, sich an jemanden zu binden, der «plötzlich verschwinden könnte».

Gleichzeitig spornen die Wiederholung dieser Situationen und die Furcht vor der Ablehnung HIV-Positive dazu an, ihren Status bei einer neuen Bekanntschaft zu verschweigen, und lassen einige unter ihnen auf sexuelle Kontakte gänzlich verzichten. Tatsächlich ist es so, dass der Sexualpartner mit dem «Geständnis» seiner HIV-Positivität als Gefahr und als ein Risiko wahrgenommen wird. Die negativen Folgen dieser Information auf das sexuelle Verlangen und den Wunsch nach einer Beziehung sind nahe liegend und verheerend.

Wie die Lektüre der Anzeigen im Internet deutlich macht, suchen immer mehr Homosexuelle Partner desselben HIV-Status. Theoretisch müsste diese Art

von Sicherheitsdiskriminierung positive Wirkungen auf die Prävention haben. In Wirklichkeit muss man angesichts der steigenden Neuinfektionen unter den Homosexuellen feststellen, dass diese Unterteilung in HIV-Positive und HIV-Negative keineswegs den erhofften Effekt mit sich bringt. Auf leisen Sohlen untergräbt sie jedoch heimtückisch die Solidarität unter Homosexuellen, welche die Kraft der Aidsbekämpfung ausmachte, und macht die homosexuelle Gemeinschaft brüchig. Eine Gemeinschaft, die ohnehin stets als Zielscheibe für Homophobie aus der Gesellschaft erhalten muss. Man stellt tatsächlich fest, dass die neu infizierten Homosexuellen noch mehr Mühe haben, über ihren HIV-Status zu sprechen, sei es in der Familie, mit ihren Sexualpartnern oder im beruflichen Umfeld.

Die Herausforderung für die Organisationen und Institutionen der Prävention besteht darin, die Anzahl der neuen Infektionen zu begrenzen. Diese Aufgabe müsste Teil einer allgemeingültigen Kommunikation sein, welche sich an HIV-Negative ebenso richtet wie an HIV-Positive und in der die erst vor kurzem infizierten Personen einen

aktiven Beitrag für die Vorbeugung und Vermittlung der Botschaft an den Nächsten übernehmen würden. Dies wiederum wäre eine Chance, die Ängste HIV-negativer Menschen vor einer Infektion zu verringern, die Kommunikation über den HIV-Status zu erleichtern und so zu ermöglichen, die Stigmatisierung von HIV-positiven Personen auf der Suche nach einer festen Beziehung zu begrenzen.



Vincent Jobin
Verantwortlicher für den Bereich sexuelle Gesundheit bei der Homosexuellen-Vereinigung Dialogai, Genf, einer Antenne der Aids-Hilfe Schweiz



Michael Häusermann, Co-Autor

«Mission: Possible!» – die Aktion zur Eindämmung von HIV/Aids

HIV/Aids-Prävention. Seit 2004 nehmen die HIV-Infektionen unter Homosexuellen und anderen Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), kontinuierlich zu. Am 1. Februar 2008 startete die Aids-Hilfe Schweiz deshalb die Aktion «Mission: Possible!». Sie soll diese Bevölkerungsgruppe auf das Problem der so genannten Primoinfektion aufmerksam machen und die Ausbreitung von HIV/Aids eindämmen.

Die Anzahl der Infektionsmeldungen bei Homosexuellen und Männern, die mit Männern Sex haben (MSM), hat sich innerhalb von drei Jahren fast verdoppelt. 2007 erhielten in der Schweiz rund 300 schwule Männer die Diagnose «HIV-positiv». Das sind gleich viele wie heterosexuelle Frauen und Männer zusammen. Diese Tendenz lässt sich in den meisten europäischen Ländern beobachten. Als Motor für diesen anhaltenden Trend sehen die Experten das generell nachlassende Präventionsverhalten in dieser Gruppe, das, gekoppelt mit einer Primoinfektion, verheerende Auswirkungen hat.

Primoinfektion – die ansteckendste Phase der HIV-Infektion

Unter Primoinfektion versteht man die ersten paar Wochen nach einer Ansteckung mit dem HI-Virus, in denen das Immunsystem noch keine Antikörper gegen die Viren gebildet hat, diese sich also ungehindert vermehren können. Während dieser Phase ist die Anzahl der Viren («Viruslast») in Blut und Sperma und damit das Übertragungsrisiko bei ungeschütztem Sex am höchsten – mindestens zehnmal so hoch wie nach der Primoinfektion. Erst nach ca. drei Monaten, wenn das Immunsystem die Antikörper gebildet hat, stabilisiert sich die Virenlast auf einem tieferen Niveau. HIV/Aids-Tests, bei denen das Blut auf diese Antikörper getestet wird, sind deshalb erst drei Monate nach einem Risikokontakt aussagekräftig.

Gefährliche «Präventionsstrategie»

Rund die Hälfte der HIV-positiven schwulen Männer stecken sich bei jemandem an, der selber noch in Primoinfektion ist. 34% der 2007 diagnostizierten Infektionen bei den Homosexuellen

und MSM waren Primoinfektionen; die Ansteckung lag also weniger als sechs Monate zurück. Die Ausbreitung von HIV scheint zudem von den unsicheren «Präventionsstrategien» begünstigt zu werden, die in dieser Gruppe weit verbreitet sind. Viele Männer befinden sich in einem mehr oder weniger stabilen Beziehungsnetz, in dem sie einen Hauptpartner und weitere «Sexpartner» haben. In diesen Beziehungsnetzen wird kein Safer Sex praktiziert, da alle betreffenden Männer einen negativen Aidstest haben. Diese negativen Tests werden aber oft nicht unter Einhaltung der Dreimonatsregel durchgeführt und sind deshalb unsicher – eine Primoinfektion bleibt unerkannt. So kann sich das Virus in solchen «stabilen» Beziehungsnetzen innerhalb weniger Wochen verbreiten.

Drei Monate konsequent Safer Sex

Die Aktion «Mission: Possible!» setzt genau bei dieser Dreimonatsregel an. Die Idee und das Ziel sind ebenso einfach wie ambitioniert: Wenn sich alle Homosexuellen und MSM in der Schweiz

gleichzeitig drei Monate lang konsequent an die Safer-Sex-Regeln halten, dann gibt es in dieser Gruppe keine Primoinfektionen mehr, keiner ist mehr hoch ansteckend. Lanciert wurde die Aktion im Januar 2008 bei speziellen Partys in Szenenlokalen in der ganzen Schweiz. Die Besucher wurden dazu aufgefordert, vom 1. Februar bis zum 30. April 2008 keinen ungeschützten Risikokontakt mehr zu haben und nachher einen aussagekräftigen Test zu machen. Weitere Informationen:

www.missionp.ch

Die psychiatrische Betreuung von Personen mit Migrationshintergrund erfordert besondere Kompetenzen

Psychische Gesundheit und Migration. Wer in der Fremde psychisch erkrankt, befindet sich in einer äusserst schwierigen Situation und ist auf transkulturell kompetentes Pflegepersonal besonders angewiesen. Obwohl Migrantinnen und Migranten hierzulande häufiger von psychischen Problemen betroffen sind als die einheimische Bevölkerung, ist unser Gesundheitssystem oft nur unzureichend auf die spezifischen psychiatrischen Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung vorbereitet. Das Projekt Migrant Friendly Hospitals (MFH) leistet hier einen Beitrag zur Chancengleichheit und finanziert unter anderem innovative Einzelprojekte im Bereich der psychischen Gesundheit von Migrantinnen und Migranten.

Rund ein Fünftel der Bevölkerung in der Schweiz sind Migrantinnen und Migranten. Sie stehen gesundheitlich oft schlechter da als die einheimische Bevölkerung. Um die Gesundheitssituation der Migrationsbevölkerung zu verbessern, lancierte der Bund 2002 unter Federführung des Bundesamts für Gesundheit die Strategie «Migration und Gesundheit». Ein besonders erfolgreiches Projekt im Rahmen dieser Strategie ist Migration Friendly Hospitals (MFH). Ein Ziel von MFH besteht darin, ein Netzwerk von Gesundheitsinstitutionen zu bilden, die sich durch besondere Kompetenzen bei der Betreuung von Migrantinnen und Migranten auszeichnen.

Mit einem Finanzierungspool unterstützt MFH innovative Projekte in diesem Bereich, die längerfristig in die Strukturen der Regelversorgung übergeführt werden sollen. Einige davon widmen sich der psychischen Gesundheit von Migrantinnen und Migranten.

Transkulturelle Psychiatrie

Im August 2005 begann die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK) eine stationäre Abteilung mit Kompetenzen für die psychiatrische Behandlung von Migrantinnen und Migranten und ihren Familien auszustatten. Kern des Projekts war der Einbezug einer Ethnopsychologin und von Übersetzerinnen bei ethnopsychiatrischen Gruppengesprächen und Therapiesitzungen. Zudem wurde eine offene Interventionsgruppe aus Ärzten und Pflegepersonal zu diesem Thema ins Leben gerufen, die sich 14-täglich zur Reflexion und zum Austausch traf. Das Projekt kam mehrheitlich Personen aus Westafrika, aus der Türkei und aus Ex-Jugoslawien zugute. Viele von ihnen litten unter traumatischen Gewalterfahrungen, sei es durch Krieg, Gefängnis, Folter, Flucht oder langjährige prekäre Lebensbedingungen. Frauen waren auch von Vergewaltigung oder Erpressung zur Prostitution während der Flucht betroffen. Mit der Einführung von Konzepten aus Ethnologie und Ethnopsychiatrie verfügt die Abteilung heute über geeignetere Instrumente, die Probleme der Migrantinnen und Migranten zu verstehen und zu behandeln. Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten ergeben, dass sie

das Angebot sehr schätzen. Die «Transkulturelle Psychiatrie» wurde auch nach Ablauf der MFH-Anschubfinanzierung weitergeführt und ist inzwischen integrierter Bestandteil der psychiatrischen Grundversorgung der PUK. Ein ähnlich erfolgreiches Projekt führte die Fondation de Nant in Corsier-sur-Vevey durch. Sein Ziel war, Migrantinnen und Migranten mit psychischen Krankheiten besser zu betreuen, beim Gesundheitspersonal die transkulturelle Kompetenz zu fördern und in einem Netzwerk von Partnerinstitutionen Erfahrungen betreffend transkulturelle Psychiatrie auszutauschen.

Fussball als Therapie

Andere Wege beschritten die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD). Sie führten von April bis Oktober 2007 das MFH-Projekt «Bewegung und Sport für psychisch kranke Migranten» durch. Dabei wurde eine Sportgruppe für psychisch kranke Migranten aufgebaut, die zum Baustein einer ganzheitlichen Behandlung, ergänzend zur Einzeltherapie, werden sollte. Die Sportgruppe wurde spezifisch auf die Bedürfnisse von schwer traumatisierten Migranten ausgerichtet (die insbesondere unter Schmerzstörungen und Depressionen litten) und bezweckte, bei den Betroffenen ein neues Gefühl des nichtsprachlichen Miteinanders hervorzurufen. Rund zehn UPD-Patienten verschiedensten Alters und unterschiedlicher Herkunft trafen sich unter der Leitung des Trainers Manuel Cornet und im Beisein eines Psychiaters einmal wöchentlich

zum Fussballspielen. Cornet äusserte sich nach Ablauf der Pilotphase sehr positiv: Der Umgang unter den Männern sei vorbildlich gewesen, sprachliche Barrieren seien stets mit viel Hilfsbereitschaft abgebaut worden. Im Vordergrund sei eher der Spass am Spiel als sportlicher Ehrgeiz gestanden. Für einige der Teilnehmer sei das Fussballtraining sogar zum Höhepunkt der Woche geworden.

Das Projekt wird inskünftig auch mit weiteren Sportarten wie Badminton oder Unihockey weitergeführt. Ziel ist, die Teilnehmerzahl zu erhöhen und im Sommer 2008 ein Turnier zu organisieren.

Kontakt: Rahel Gall Azmat,
Sektion Chancengleichheit und Gesundheit,
rahel.gallazmat@bag.admin.ch

Migrant Friendly Hospitals (MFH)

Das Schweizer Projekt Migrant Friendly Hospitals (Spitalnetzwerk für die Migrationsbevölkerung) ist 2003 in Anlehnung an die EU-Initiative Migrant-friendly Hospitals entstanden. Seine Realisierung erfolgte bis 2007 durch H+ Die Spitäler der Schweiz. Heute ist MFH Teil des Schweizerischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Spitäler HPH («Health Promoting Hospitals»). Der Pool zur Teilfinanzierung von MFH-Projekten in Gesundheitsinstitutionen wird weitergeführt. Angaben dazu werden in Kürze auf www.healthhospitals.ch verfügbar sein. Dort sind auch weitere Informationen zu MFH zu finden.

«Das Wissen der Gesellschaft über psychische Krankheiten muss verbessert werden, weil extrem viele Vorurteile vorhanden sind.»

Stigmatisierung. Woher kommt es, dass psychisch kranke Menschen in unserer Gesellschaft stigmatisiert, diskriminiert und marginalisiert werden? Ein Gespräch mit Daniel Habegger, dem politischen Sekretär der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen, über die unterschiedliche Wahrnehmung von psychischen und somatischen Leiden, die Entstehung von Vorurteilen und die Möglichkeiten, diese abzubauen.

spectra: Wo sehen Sie in unserer Gesellschaft Stigmatisierung und Marginalisierung? In welchen Teilbereichen fällt sie Ihnen auf? Und wie wird ihr begegnet?

Daniel Habegger: Stigmatisierung ist ein historisches und gesellschaftliches Phänomen, das sich natürlich nicht nur auf Krankheiten bezieht. Bei Krankheiten hat sie aber eine besonders negative Wirkung, weil Menschen in einem schlechteren Gesundheitszustand durch die Andersbehandlung und Ausgrenzung noch mehr geschwächt werden. Die Behandlung wird komplizierter, die Selbstheilungs- und unterstützenden Kräfte werden ebenfalls geschwächt. Deshalb sind Stigmatisierungen bei allen Krankheiten fatal.

Ist Stigmatisierung zwingend ein Minderheitenphänomen?

Vom Wortverständnis her schon. Stigmatisierung ist ein Phänomen, das man einer Minderheit zuschreibt. Das heisst nicht, dass es nur eine Minderheit betreffen muss. Aber wenn es einer Mehrheit zugeschrieben würde, wäre es quasi der Normalzustand, und dann gäbe es keinen Grund mehr für die Stigmatisierung. Das ist ja auch das Problem der psychischen Krankheiten. Sie sind ext-

«Psychische Krankheiten geben Anlass zur Stigmatisierung, weil sie als nicht normal betrachtet werden.»

rem häufig, meistens heilbar, und es gibt keinen Grund, sie anders zu behandeln oder sie anders zu betrachten als somatische Krankheiten. Aber in unseren Köpfen sind sie immer noch etwas «nicht Normales», etwas, das nicht zum Leben gehört. Psychische Krankheiten geben Anlass zur Stigmatisierung, weil sie als nicht normal betrachtet werden.

Können Sie sich erklären, warum psychische Krankheit als nicht normal betrachtet wird?

Krankheiten, die sich aufgrund von Kausalitäten und Korrelationen schlecht erklären lassen – und auch Ansteckungskrankheiten – sind besonders geeignet, stigmatisiert zu werden. Das hat mit Unsicherheit und Angst zu tun, oft auch mit

fehlenden Erklärungen, warum jemand psychisch krank ist. Es ist, wie früher bei anderen Krankheiten, ein Informations- und Wissensproblem. Mangelnde Information, Vorurteile und abstruse Erklärungen darüber, was diese Krankheiten bedeuten und was ihre Ursachen und Auswirkungen sind, führen zur Stigmatisierung. Daraus wiederum ergeben sich zwangsläufig Marginalisierung und indirekte oder direkte Diskriminierung.

Bei den psychischen Krankheiten kommt ja noch ein Faktor dazu. Nämlich der, dass man die Heilbarkeit in Frage stellt. Psychische Krankheiten werden gleichgesetzt mit Persönlichkeitseigenschaften.

Psychische Krankheiten sind in den allermeisten Fällen vorübergehend, heilbar und werden ganz häufig durch der Gesundheit abträgliche schädliche Lebensumstände – ob durch Selbstverschulden oder durch das Umfeld, spielt für die Krankheit keine Rolle – ausgelöst. Sie müssten nicht anders betrachtet werden als somatische Krankheiten und müssten ebenso unvoreingenommen und offen angegangen werden. Somatische Krankheiten kann man meistens auch heilen; aber eben nicht immer. «Psychische Krankheiten» ist ein riesiger Begriff für viele Phänomene, die zu unserem Leben gehören. Wenn man davon ausgeht, dass in der Schweiz fast 50% der Menschen im Verlauf ihres Lebens mindestens einmal an einer psychischen Krankheit leiden, dann kann man nicht mehr vom Phänomen einer Minderheit reden.

Ein Nährboden für Vorurteile gegenüber psychischen Krankheiten ist die Tatsache, dass man sie nicht «messen» kann, dass sie nicht sichtbar sind und viele Menschen den Verdacht haben, diese Krankheiten seien simuliert.

Die Sichtbarkeit ist sicher ein wesentlicher Punkt. Was nicht sichtbar ist, ist schwerer erklärbar und damit auch ein wenig unheimlich, macht mehr Angst oder ist uns «verdächtig». Bei den somatischen Krankheiten sind die unmittelbaren Ursachen oft sichtbarer, erklärbarer und machen somit weniger Angst.

Bei den psychischen Krankheiten ist es oft extrem schwierig zu beurteilen, ob etwas eine Korrelation ist, die etwas auslöst, oder ob es wirklich eine Ursache ist. Hier fehlen uns auch weitgehend noch Forschungsergebnisse. Aber wir wissen sehr viel darüber, welche Umstände psychische Krankheiten begünstigen oder auslösen. Diese liegen oft nicht in der einzelnen Person, sondern vielmehr in der Situation, im Umfeld, in dem sich die Person befindet – oft sind fortdauernd nicht erfüllbare Ansprüche, die andere oder wir selbst an uns stelle-

en, das Problem. Allgemein kann man sagen: Wenn die psychischen Ressourcen permanent nicht ausreichen, um persönliche, familiäre, berufliche oder gesellschaftliche Ansprüche zu erfüllen, und wenn dann noch die Perspektiven fehlen, führt das häufig zu psychischen Instabilitäten und zu psychischen Erkrankungen.

Nehmen wir als Szenario ein Bewerbungsgespräch: Zwei Bewerber für eine Stelle werden zu ihrer Gesundheit befragt. Der eine erzählt von einem kürzlich entfernten Karzinom, der andere von einem halbjährigen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik wegen eines Nervenzusammenbruchs. Was passiert?

Dem somatisch Kranken bringt man Mitleid und Verständnis entgegen, vom psychisch Kranken würden sich die meisten distanzieren, selbst wenn seine frühere Erkrankung viel weniger nachhaltige Auswirkungen auf die Leistung hat. Ich denke, das hat damit zu tun, dass wir selber enorme Schwierigkeiten haben, unseren eigenen psychischen Zustand einzuschätzen und ihn quasi zu «kontrollieren». Es fehlt zudem das Vertrauen in die Fachleute, dass sie psychi-

«Dem somatisch Kranken bringt man Mitleid und Verständnis entgegen, vom psychisch Kranken würden sich die meisten distanzieren.»

sche Krankheiten wirklich in den Griff bekommen können. Dies im Gegensatz zur somatischen Medizin, bei der High-techapparate wie Computertomografen das Gefühl vermitteln oder zumindest suggerieren, dass man hier alles im Griff hat.

Hinkt denn die Psychologie und Psychiatrie der somatischen Medizin, die in den letzten Jahrzehnten unglaubliche Fortschritte gemacht hat, so stark hinterher? Oder gibt es auch entsprechende Fortschritte bei der Behandlung der Psyche?

Man muss sehen, dass Psychologie und insbesondere Psychotherapie junge Wissenschaften sind. Sie haben zwar enorme Fortschritte gemacht, sind aber gesundheitspolitisch und gesellschaftlich immer noch schlecht integriert. Die somatische Medizin hat sich über Jahrhunderte entwickelt und das Vertrauen in sie musste langwierig aufgebaut werden. Was die Psyche anbelangt, ist man einfach noch nicht so weit. Das viele, das man bereits weiss, ist in der Gesundheitspolitik und in der Gesellschaft noch zu wenig bekannt und anerkannt. Oder die Kenntnisse werden aus unterschiedlichen Gründen ignoriert. Auch in

der Gesetzgebung respektive in ihrer Umsetzung ist die althergebrachte somatische Medizin viel besser integriert als alles, was die Psyche oder Seele betrifft.

Sie haben vorhin gesagt, es mache vielen Menschen Angst, jemandem zu begegnen, der psychisch krank ist oder war.

Ich denke, dass man tendenziell das von sich stösst und ablehnt, was nicht oder weniger gut erklärbar ist. Man kann bei Kindern beobachten, wie sie sich verhalten, wenn ein Kind nur schon anders angezogen ist oder die Haare anders trägt. Die Andersartigkeit, die nicht positiv konnotiert ist, wird aus irgendwelchen historisch entwickelten Verhaltensweisen abgelehnt. Darum ist es ganz entscheidend – das war auch bei HIV/Aids so –, dass das Wissen der Gesellschaft über psychische Krankheiten verbessert wird, weil extrem viele Vorurteile vorhanden sind.

Wer ist in der Pflicht, dieses Informationsmanko aufzuheben?

Das Problem besteht darin, dass die Stigmatisierten gerade wegen der Stigmatisierung nicht aktiv werden können, denn das würde ihre diesbezüglichen Probleme mit Umwelt und Gesellschaft nur noch verstärken. Deshalb ist ganz klar die Elite der Gesundheitspolitik der Schweiz in der Pflicht, in ihrer Vorbildrolle die Bevölkerung zu informieren – ähnlich wie das bei Aids hervorragend getan wurde. Die Leader des Bundesamtes für Gesundheit und der Politik sind in der Pflicht, diese Funktion zu erfüllen, sich hinzustellen und zu informieren. Die Frage ist, ob dafür die gesetzlichen Grundlagen und die Ressourcen vorhanden sind bzw. zur Verfügung gestellt werden wollen.

Wir sind ein kleines Land, haben viele Minderheiten, wir sind ein Binnenland, wir haben eine hohe Suizidrate. Ist die Schweizer Bevölkerung besonders anfällig für psychische Erkrankungen?

Ich habe keine empirischen Vergleichswerte. Ich weiss nur von Besuchen in Entwicklungsländern, dass dort psychische Krankheiten auch ein riesiges Problem sind, sie aber nicht thematisiert werden. Man redet einfach nicht darüber. Die Menschen werden lieber somatisch behandelt, brauchen aber vor allem mentale Unterstützung. Ich glaube

Daniel Habegger

also nicht, dass es ein schweizerisches Problem ist. Ich denke, es ist ein gesellschaftliches Problem – wahrscheinlich weltweit. Hingegen hätte die Schweiz die Möglichkeit, es besser zu machen. Länder, die ums nackte somatische Überleben ihrer Bevölkerung kämpfen, haben diese Möglichkeit nicht.

Es gibt Länder mit einem Antidiskriminierungsgesetz.

Ein Antidiskriminierungsgesetz ist aus meiner Sicht nicht die beste Lösung. Man erreicht mehr mit positiv besetzten Kampagnen. Per Gesetz kann man das

ne negative soziale Übertragung insbesondere von Konflikten, von Suchtproblemen und von Gewalttätigkeit. Und hier sieht man wieder, wie entscheidend es ist, dass wir als Familie und Gesellschaft einen selbststärkenden, positiven Einfluss auf die ganz frühe Entwicklung unserer Kinder und Mitmenschen nehmen können. Dies fängt schon in der Schwangerschaft an und dauert bis etwa zum dritten, vierten Lebensjahr. Es ist ganz entscheidend, die Bevölkerung besser dafür zu sensibilisieren, was in dieser Phase alles passieren kann, im Positiven und im Negativen.



Denken nicht ändern. Man kann gewisse «systemische», also versicherungsspezifische oder arbeitsspezifische Dinge beeinflussen, mehr nicht. Aber man kommt nicht in die Köpfe rein. Aus mei-

«Belastungen werden weitergegeben. Man weiss zum Beispiel, dass Hochkonfliktfamilien ihre Konflikte signifikant häufig auf ihre Kinder übertragen.»

ner Sicht ist es ganz klar ein gesellschaftliches Problem, das auf Unwissen und Unsicherheiten mit dem Thema basiert.

Was sollte man über die Ursachen und den Einfluss des Umfelds wissen?

Belastungen werden weitergegeben. Man weiss zum Beispiel, dass Hochkonfliktfamilien ihre Konflikte signifikant häufig auf ihre Kinder übertragen. Das heisst, Kinder aus diesen Familien haben später ein signifikant höheres Risiko, solche Konflikte auch zu führen und psychisch zu erkranken. Es gibt also ei-

Wenn Sie die vergangenen Jahrzehnte betrachten: Gibt es aus Ihrer Sicht Ansätze oder Hoffnung, dass sich die gesellschaftliche Wahrnehmung dieses Phänomens verändert oder die verantwortlichen Akteure aktiv werden?

Ja, Hoffnung gibt es. Ein Beispiel ist Aids. Der Umgang der Bevölkerung mit der Krankheit und mit den Betroffenen hat sich extrem verändert – zum Positiven, obwohl die Krankheit ansteckend ist. Es ist ein sehr aufgeklärter Umgang, dank der hervorragenden Kampagnen und der Intervention der gesundheitspolitischen Elite. Bei psychischen Krankheiten, die biologisch nicht ansteckend sind, wäre es eigentlich noch viel einfacher, mit einer angemessenen Kampagne und Aufklärung positive Effekte zu erzielen. Aber die Elite muss das machen. Es kann nicht von den Stigmatisierten selbst erwartet werden. Dazu ist die Zeit nicht reif.

Woran fehlt es dann, dass es keine Kampagne gibt?

Der Bundesrat und das Bundesamt für Gesundheit sagen uns immer, dass es keine gesetzlichen Grundlagen dafür ge-

be. Deshalb hoffen wir auch auf das Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz.

Man könnte sagen, dass es im Wesentlichen zwei Hauptgründe gibt, aktiv zu werden. Zum einen Dringlichkeit, wie es beim Drogenproblem oder bei HIV/Aids der Fall war, oder eine gewisse «Sexiness» eines Themas.

Psychische Krankheiten sind ganz sicher nicht sexy. Aids hat natürlich mit einem Thema zu tun, das per se sexy ist. Aber schaut man die jährlich 700 000 neuen psychischen Erkrankungen in der Schweiz an, ist die Betroffenheit hier um ein Vielfaches höher, als sie es bei HIV/Aids in der Schweiz je war. Wobei natürlich nicht Leid gegen Leid aufgewogen werden darf. Eine intakte psychische Gesundheit ist aber die notwendige Voraussetzung auch für ein gesundheitsförderndes Verhalten, für das Vermeiden von gesundheitsschädigenden Einflüssen und für die langfristige Erhaltung der persönlichen Leistungsfähigkeit in Familie, Beruf und Gesellschaft. Verbesserte Kenntnisse der Bevölkerung über die psychische Gesundheit und über psychische Er-

«Das wäre auch bei einer Kampagne ganz wichtig: zu zeigen, dass auch erfolgreiche, bekannte Persönlichkeiten Depressionen haben.»

krankungen bilden damit die besten Voraussetzungen zur Erhaltung und Verbesserung der psychischen Ressourcen und Leistungsfähigkeit insgesamt.

Wie sehen Sie die Rolle der Medien?

Die Medien sind interessiert an «Sex & Crime» und «bad news». Von den Redaktionen der grossen Print- und elektronischen Medien erwarte ich gar nichts.

Wenn die Medien nicht mitmachen, wie kann man die Bevölkerung über psychische Krankheit informieren?

Es braucht Betroffene, die sich hinstellen können. Aber der Grossteil der Betroffenen psychischer Erkrankungen kann das nicht, weil dadurch viel zu viele Nachteile beruflicher, familiärer und gesellschaftlicher Art zu befürchten sind. Das können sich nur Einzelne leisten, zum Beispiel anerkannte Künstler, Literaturschaffende oder berühmte Sportler.

Also wäre es gut, wenn Prominente, die in diesem Bereich etwas zu sagen haben ...

Richtig. Die Prominenten kommen dann nur schon aufgrund ihrer Prominenz in die Medien.

Also wie BAG-Direktor Zeltner, der sein Prostataproblem im «Sonntagsblick» zum öffentlichen Thema gemacht hat?

Genau. Oder wie Rolf Schweiger, der über sein Burnout geredet hat: Das war eine einzigartige Leistung des Zuger Ständerats: Chapeau!!

Das Comingout von Betroffenen als Aufklärungsmassnahme sehen Sie also nur, wenn es eine prominente Person ist, und nicht in Form einer «Basisbewegung».

In einer späteren Phase vielleicht. Aber Grundvoraussetzung dafür, dass wir – Sie und ich – ein Strassen-Comingout machen könnten, ist, dass anerkannte Menschen das schon gemacht haben. Erst dann werden wir nicht mehr automatisch mit Versagen in Verbindung gebracht. Das wäre auch bei einer Kampagne ganz wichtig: zu zeigen, dass erfolgreiche, bekannte Persönlichkeiten ebenfalls Depressionen haben. Dass auch sie sich nicht mehr aus dem Haus gewagt haben, nicht mehr arbeiten konnten und in einem schwarzen Loch waren.

Das Bündnis gegen Depression vermittelt als wichtige Botschaft: Die Krankheit ist behandelbar, es gibt Auswege.

Ich sehe Depression als ganz häufige Krankheit. Wir gehen davon aus, dass sie aufgrund der Umstände, in denen wir leben – Druck in jeder Lebenslage, zunehmende Isolation – noch häufiger wird. Die Trends sind ganz klar und die Prognosen der WHO scheinen leider in Erfüllung zu gehen. Und wir müssen lernen, mit psychischen Krankheiten möglichst gut umzugehen. Wir dürfen nicht meinen, wir könnten sie einfach aus unseren Leben verbannen – das werden wir nie schaffen.

Kann das Aktionsbündnis Psychische Gesundheit Schweiz als Organisation den NGO-Lead übernehmen?

Dafür ist es noch viel zu früh. Ich sehe das Aktionsbündnis als Möglichkeit, die Politik zu sensibilisieren, in Zukunft, wenn es politisch Kraft hat, vielleicht via Sponsoring Gelder zu generieren und gewisse Programme mitzufinanzieren, sei es kantonale, nationale oder mit einer anderen NGO. Aber die Erwartungen dürfen nicht zu hoch sein. Das Aktionsbündnis ist noch ganz jung, es ist noch am Sich-Sammeln, und muss sich erst Strukturen geben. Es sind zum Teil schon Riesenerwartungen, die an das Aktionsbündnis gestellt werden.

Unser Gesprächspartner

Daniel Habegger ist 44 Jahre alt, wohnt in Büren an der Aare BE und hat Geschichte und Politikwissenschaft studiert. Er arbeitet als politischer Sekretär für die Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP. Zusammen mit Dr. med. Hans Kurt, Solothurn, vertritt er bis auf weiteres das Aktionsbündnis Psychische Gesundheit Schweiz gegen aussen.

www.psychologie.ch

«Realize it!» – erfolgreiche Beratung für Cannabis-Abhängige

Neue Kurzintervention «Realize it» im Test. Das in deutsch-schweizerischer Zusammenarbeit entwickelte Beratungsprogramm «Realize it» ist zwischen 2004 und 2007 in einem Modellversuch getestet worden. Am 30. Oktober 2007 wurden die Ergebnisse dem Fachpublikum präsentiert. Fazit: «Realize it» hilft Abhängigen mit relativ einfachen Mitteln, ihren Cannabiskonsum stark zu reduzieren oder ganz aufzugeben.

Das Ziel des binationalen Projekts «Realize it» war es, ein Beratungsprogramm für Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten zu entwickeln und zu erproben, das in Jugend-, Sucht- und Drogenberatungsstellen etabliert werden kann. Die Zielklientel von «Realize it» sind Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 15 und 30 Jahren, die ihren Cannabiskonsum signifikant reduzieren, zeitweise oder ganz einstellen wollen. An der «Realize it»-Abschlussstagung am 30. Oktober 2007 in Basel nahmen 130 Fachpersonen aus den Bereichen ambulante Beratung, stationäre Einrichtungen und Prävention teil. Dem Fachpublikum aus der Schweiz und Deutschland wurden das Programm selbst sowie die Ergebnisse des dreijährigen Modellversuchs in 13 Beratungsstellen in der Schweiz und in Süddeutschland vorgestellt.

Kompakt und klar strukturiert

Das «Realize it»-Programm dauert zehn Wochen und umfasst drei aufeinander abgestimmte Elemente: fünf Einzelberatungen, ein unterstützendes Begleitbuch sowie Gruppensitzungen. In den Einzelberatungen liegt der Fokus auf folgenden vier Themen:

- Risikosituationen erkennen: Welche sozialen Situationen, Personen, emotionalen Stimmungen haben einen problematischen Einfluss auf das Konsumverhalten?
- Kontrollstrategien entwickeln: Was kann getan werden, um derartige Situationen zu meiden? Welche Möglichkeiten gibt es, in diesen Risikosituationen die Kontrolle über den Drogenverzicht zu bewahren?
- Drogenfreie Freizeitplanung: Welche Personen und Freizeitaktivitäten haben einen günstigen Einfluss?
- Aufbau eines Belohnungs- bzw. Verstärkersystems: Welche materiellen oder sozialen Belohnungsoptionen kann der Proband im Zusammenhang mit dem Drogenverzicht nutzen?

Basis für die Bearbeitung dieser Themen sind die individuellen Aufzeichnungen im Begleitbuch, das der Klientel zu Beginn der Beratung abgegeben wird. Es besteht aus FAQs (z.B. «Was kann ich machen, wenn mir jemand anbietet mitzukiffen?») und aus einem speziellen

Tagebuch, in das die Klientinnen und Klienten jeden Tag Angaben zu ihrem Konsum (Menge, sozialer Kontext, Gründe/Motive) eintragen sollen. Die Teilnehmenden werden somit dazu angehalten, sich und ihre Konsumgewohnheiten kontinuierlich zu beobachten. Dadurch werden wichtige Lerneffekte eingeleitet, da mit dieser Methode der eigene Cannabiskonsum in den Fokus (selbst-)kritischer Aufmerksamkeit gerückt wird.

Sehr wirksam bei jungen Erwachsenen, problematisch bei Jugendlichen

Ein Vorher-Nachher-Vergleich bei den 127 Teilnehmenden, die das Programm abgeschlossen haben, zeigt folgende Erfolge: Rund 33% konsumierten nach der Beratung kein Cannabis mehr, rund 51% verzeichneten einen starken Konsumrückgang. Bei knapp 16% stagnierte oder stieg der Konsum. Ebenfalls signifikant verbessert hat sich die psychische Gesundheit der Teilnehmenden, die etwa an Depressivität oder Ängstlichkeit litten.

Der Modellversuch hat aber auch die Grenzen von «Realize it» aufgezeigt: Bei Klientinnen und Klienten in einer akuten emotionalen Krise oder mit schwereren komorbiden Störungen scheint das verhaltensbezogene Programm allein keine adäquate Hilfe zu sein. Etwas weniger gute Effekte zeigt das Pro-

gramm bei Minderjährigen. Bei dieser Gruppe ist oft der Einbezug des familiären Kontexts notwendig – dieser fehlt bei «Realize it» weitgehend. Wie sich zudem herausgestellt hat, kommen Jugendliche und junge Erwachsene mit erheblichen Schreib- und Leseproblemen mit «Realize it» nur schlecht zurecht.

Weiterführen und an Jugendliche anpassen

Gemäss der Beurteilung der am Modellversuch beteiligten Beraterinnen und Berater ist «Realize it» gut und ohne grossen Aufwand in die Alltagspraxis von Beratungsstellen integrierbar. Eine derart strukturierte und zeitlich begrenzte Massnahme sei zwar noch ungewohnt, die fünf Einzelsitzungen und das Konsumtagebuch hätten sich aber als sehr wirksam und effizient erwiesen. Sie schätzen zudem, dass das Programm zwar den organisatorischen und den inhaltlichen Rahmen klar definiert, zugleich aber Freiraum für die individuelle Beratungsarbeit lässt. «Realize it» soll nun weiteren Beratungsstellen zur Verfügung gestellt werden (auf der Basis der kontrollierten Praxis). Im nächsten Jahr wird neu ein spezifisch auf Jugendliche zugeschnittenes Programm auf der Basis von «Realize it» entwickelt.

Kontakt: Walter Minder, Sektion Drogen, walter.minder@bag.admin.ch

Hepatitis C im Fokus der Schadensminderung

Nationale Tagung Schadensminderung. Am 13. Dezember 2007 fand in Biel die von Infodrog organisierte nationale Tagung Schadensminderung statt. Ein zentrales Thema der Tagung war Hepatitis C in der Drogenszene, die epidemiologischen Zahlen sprechen für einen grossen Handlungsbedarf in diesem Bereich. Mit der Sensibilisierungskampagne HEP^{CH}, die im Sommer 2008 gestartet wird, soll dieses Problem entschärft werden

In der Schweiz leben zwischen 35 000 und 70 000 Menschen mit Hepatitis C. Pro Jahr werden ca. 2500 neue Hepatitis-C-Erkrankungen diagnostiziert, 50 bis 60% davon bei Drogenkonsumierenden. Bis zu 90% der Drogeninjizierenden Menschen in der Schweiz sind bereits mit Hepatitis C angesteckt – doch nur bei einem Bruchteil wird oder wurde die Krankheit behandelt.

Grosses Therapie- und Präventionsdefizit

Kontakt- und Anlaufstellen bieten zwar Hepatitis-C-Tests an, es ist jedoch schwierig, die infizierten Drogenkonsumierenden zu einer Therapie zu bewegen, wie die Vorträge verschiedener Fachleute zeigten. Dieser Missstand hat vielerlei Ursachen, zum Beispiel mangelndes Problembewusstsein aufgrund

des schleichenden Krankheitsverlaufs und der langen Inkubationszeit. Zudem haben viele Drogenkonsumierende zu meist Angst vor den Nebenwirkungen oder erachten eine Hepatitis-C-Therapie nicht als dringlich. Auch vereiteln strenge Zulassungsregeln wie ein Substitutionsobligatorium (Methadonprogramm, heroingestützte Behandlung), Diskriminierungsmechanismen im Gesundheitssystem oder das Nichterreichen von Migranten und Migrantinnen mit Präventionskampagnen eine höhere Therapiebeteiligung. Wie der Bericht eines Gefängnisarztes zeigte, werden im Strafvollzug grosse Chancen verpasst. Gefängnisse seien Orte, wo Prävention und Therapie greifen könnten, wo aber der Spritzentausch erschwert sei und viele Neuansteckungen erfolgen würden. Die durch Hepatitis C verursachte Gesundheitsbelastung wird in naher Zukunft zunehmen. Unbehandelte akute Hepatitis-C-Erkrankungen führen in 80% der Fälle zu einer chronischen Erkrankung, die wiederum bei jedem zweiten Patienten nach 20 bis 50 Jahren zu schweren Leberkrankheiten und hohen Behandlungskosten führt.

Sensibilisierungskampagne HEP^{CH} ab Sommer 2008

An der Nationalen Tagung Schadensminderung stand auch die Präsentation der von Infodrog konzipierten neuen

Hepatitis-Kampagne HEP^{CH} auf dem Programm. Mit HEP^{CH} soll Fachpersonen aus der Suchthilfe ein Instrument für eigene Sensibilisierungsaktionen zu Hepatitis C in ihren Institutionen zur Verfügung gestellt werden. Kernstück dabei ist ein Materialkoffer mit Broschüren, DVDs und zielgruppenspezifischem Präventionsmaterial, mit dem die Botschaft zu Hepatitis C über Suchtexperten, Gassenarbeiter und Peers zu den Drogenkonsumierenden gelangen soll. Primäres Ziel der Kampagne ist es, die Zahl der Neuansteckungen mit Hepatitis C bei Drogenkonsumierenden zu verringern, den Zugang zu Behandlungen zu verbessern und kontinuierlich Wissen über die Krankheit an Suchtfachleute und Drogenkonsumierende zu vermitteln.

Die Zusammenarbeit zwischen den vier drogenpolitischen Säulen

Der zweite Teil der Veranstaltung widmete sich der Frage, wie die Zusammenarbeit zwischen den vier drogenpolitischen Säulen aus Optik der Schadensminderung verbessert werden kann. In Ateliers wurden aktuelle Praxisbeispiele aus den vier drogenpolitischen Säulen diskutiert. Dabei zeigte sich, dass neben grossen regionalen Unterschieden auch wenig formalisierte Abläufe und entsprechende Gefässe der Zusammenarbeit bestehen. Aufgrund

der unterschiedlichen Angebots- und Aufgabenbereiche, die sich auch in der Arbeit mit der Klientel zeigen, braucht es bei den involvierten Fachleuten mehr Wissen über gemeinsame Interventionsmöglichkeiten. Um diesen Problemen zu begegnen, müssen interinstitutionelle Austauschgefässe auf allen Ebenen – nicht nur auf Leitungsebene – gefördert werden, um eine effizientere, säulenübergreifende Zusammenarbeit zu ermöglichen.

Kontakt: Thomas Egli, Sektion Drogen, thomas.egli@bag.admin.ch

Das Credo der Schadensminderung

Wo Drogenkonsum nicht verhindert werden kann, soll versucht werden, die Folgeschäden so gering wie möglich zu halten. Offene Drogenszenen in grösseren Städten und die Problematik von HIV und Hepatitis führten zur Schaffung von niederschweligen Angeboten wie Notschlafstellen, Konsumationsräumen («Fixerstübli») oder Spritzenabgabe. Neben Therapie, Repression und Prävention ist die Schadensminderung eine der vier Säulen der schweizerischen Drogenpolitik und ist seit kurzem auch im revidierten Betäubungsmittelgesetz verankert.

«Organspende ja oder nein»? – Kampagne fordert zur Entscheidung auf

Informationskampagne zum neuen Transplantationsgesetz. Im Februar 2008 startete die zweite Welle der Informationskampagne zum Transplantationsgesetz mit einer Aufforderung, sich frühzeitig für oder gegen eine allfällige Organspende zu entscheiden.

Im Sommer und Herbst 2007 hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Schweizer Bevölkerung mit einer massenmedialen Kampagne erfolgreich auf seine Informationsquellen zum neuen Gesetz aufmerksam gemacht. Im Februar 2008 startete die zweite Welle der Kampagne mit klar handlungsorientierten Botschaften.

Meinung bilden und Willen äussern

Die neue Auflage der Informationskampagne soll die Bevölkerung dazu bewegen, sich vertieft über das Thema Transplantation zu informieren, eine Entscheidung zu treffen und die entsprechenden Konsequenzen zu kennen. Dazu gehört auch, mit den nächsten Angehörigen über das Thema Spende von Organen, Geweben und Zellen zu sprechen, seinen Willen mitzuteilen und diesen schliesslich mittels Spendekarte oder Patientenverfügung zu dokumentieren. Plakattexte wie «Weiss jemand, was du willst?» machen auf die Notwendigkeit der persönlichen Willensäusserung aufmerksam: Jedem soll bewusst werden, dass er damit seinen Angehörigen in tragischen Situationen einen schwierigen Entscheid bereits zu Lebzeiten abnehmen kann.



Informieren Sie sich und sprechen Sie darüber: www.transplantinfo.ch

Kein expliziter Aufruf zur Organspende

Die Informationskampagne des BAG ist kein Aufruf zur Organspende. Sie soll

vielmehr darüber informieren, dass die Spende in der Schweiz rechtlich geregelt ist und es jedem ohne Einschränkung freisteht, sich für oder gegen eine Spende zu entscheiden. Das BAG informiert in diesem ethisch-moralisch sensiblen Themengebiet wertfrei und glaubwürdig. Es ermuntert die Schweizer Bevölkerung aber, sich zu informieren, zu entscheiden und den individuellen Spendewillen zu äussern.

Informationsquellen

Das Ziel der Gesamtkampagne des BAG ist, die Schweizer Bevölkerung über das neue Transplantationsgesetz zu informieren, damit sie eine fundierte Entscheidung treffen kann. Es ist dem BAG ein Anliegen, dass die Menschen über die Konsequenzen Bescheid wissen, wenn sie sich für oder gegen die Spende von Organen, Geweben und Zellen aussprechen. Mit dem Internetportal www.transplantinfo.ch und Broschüren erhalten interessierte Laien sowie Fachleute umfassende, sachliche Informationen.

Kontakt: Karin Wäfler,
Sektion Transplantation,
karin.waefler@bag.admin.ch

«Transplantation verstehen» – die webbasierte Lernumgebung

Auf dem Transplantationsportal des BAG finden Lehrpersonen von Gymnasien und Berufsschulen die interaktive Lernumgebung «Transplantation verstehen», die direkt für den Unterricht genutzt werden kann. Die Transplantationsmedizin ist ein Unterrichtsthema mit vielen Facetten und eignet sich für eine Reihe von Fächern: Biologie, Religion, Psychologie, Recht oder Geschichte. «Transplantation verstehen» bietet Lehrkräften ein vielfältiges Unterrichtswerkzeug, das den Schülerinnen und Schülern den Zugang zu diesem komplexen Thema öffnet. Je nach Fach oder Ausbildung kann zwischen verschiedenen Lernpfaden wie «Transplantation medizinisch» oder «Transplantation und Ethik» gewählt werden. Die Lernumgebung vermittelt fachliche Kenntnisse und regt die Schülerinnen und Schüler an, sich eine Meinung zum Thema zu bilden. Die einzelnen Lernbausteine können flexibel eingesetzt und allein oder in Gruppen bearbeitet werden.

www.transplantinfo.ch

Kompetente Suchtfachleute mit Profil

Weiterbildung. Suchtfachleute haben mit vielen Herausforderungen zu kämpfen und in verschiedenen, komplexen Situationen zu bestehen. Damit sie beim Aufbau und bei der Weiterentwicklung dieser berufsbezogenen Ressourcen ideal unterstützt werden können, hat die ExpertInnenkommission des BAG Weiterbildung im Suchtbereich (EWS-CFD) die Erarbeitung eines so genannten Kompetenzprofils in Auftrag gegeben. Das Dokument soll einerseits die Kommission bei der Beurteilung ihrer Fördermassnahmen unterstützen und andererseits auch den im Suchtbereich tätigen Institutionen und Fachleuten als Beurteilungsinstrument zur Verfügung stehen.

Um im Berufsalltag professionell und erfolgreich zu handeln, braucht es ein umfassendes suchtspezifisches Wissen, unterschiedlichste Fähigkeiten und Fertigkeiten, eine unterstützende Werthaltung, und dies wenn möglich angereichert mit einem langjährigen Erfahrungsschatz. Diese unterschiedlichen Anforderungen wurden von 14 Suchtexperten, welche die verschiedenen Berufe und Arbeitsgebiete der Suchtarbeit widerspiegeln, unter Anleitung von Bildungsexperten akribisch erfasst. Als Grundlage diente

das für den Suchtbereich entwickelte QuaTheDA-Referenzsystem, dessen Aufbau als Grobstruktur für die Erfassung der im Suchtbereich anzutreffenden Aufgaben und Aktivitäten diente. Das Kompetenzprofil ist in die vier Kapitel Management, Aufnahme, Interventionen und Kommunikation aufgeteilt – wobei strategisches und operatives Management sowie hoch- und niederschwellige Interventionen unterschieden werden. In den Kapiteln werden repräsentative Handlungssituationen mit den jeweils notwendigen Bewältigungsschritten geschildert. Um einen einheitlichen Beschrieb der Handlungskompetenzen zu erhalten, wurde von den Bildungsexperten das sogenannte IPRE-Modell verwendet. Es sieht vier theoretische Schritte bei jeder Handlung vor:

- (I) Die relevanten Informationen sind zu sammeln und aufzubereiten,
- (P) in die Planung und in den Entscheidungsprozess zu überführen,
- (R) die beschlossenen Massnahmen sind durchzuführen und
- (E) der Gesamtprozess ist zu reflektieren respektive zu evaluieren und gegebenenfalls zu korrigieren.

Referenzdokument für die EWS-CFD

Die ExpertInnenkommission des BAG (EWS-CFD) fördert Massnahmen und Projekte sowie Weiterbildungsangebote

für Suchtfachleute mit dem Ziel, die Professionalisierung und die Qualität im Suchtbereich zu stützen und weiterzuentwickeln. Die Kommission wird ihre Förderaktivitäten in Zukunft gezielt auf das Kompetenzprofil abstützen und dieses als Referenzdokument verwenden. Mit den Anbietern zweier bestehender suchtspezifischer Lehrgänge in der Romandie (fordd) und in der Deutschschweiz (FH-NWS) ist die Kommission bezüglich Weiterentwicklung und Harmonisierung ihrer Angebote im Gespräch. Aber auch einzelne Kursmodule, welche finanziell unterstützt werden wollen, können sich grundsätzlich am Kompetenzprofil orientieren. Dabei sind für die Kommission vor allem vermittelte Kompetenzen aus den Kapiteln Aufnahme, Intervention respektive niederschwellige Interventionen zentral und stehen bei der Förderung im Vordergrund. Generell schafft das Referenzdokument eine grössere Vergleichbarkeit und bietet einen besseren Überblick über Vollständigkeit respektive über bestehende Lücken im Weiterbildungsangebot.

Weitere Verwendungsmöglichkeiten für das Feld

Nicht nur die Kommission wird Verwendung für das neu geschaffene Dokument finden. Sie begrüsst es und wünscht ausdrücklich, dass auch die einzelnen

Suchthilfeinstitutionen und ihre Fachleute das Kompetenzprofil nutzen. Die definierten Kompetenzen können beispielsweise bei der Rekrutierung von neuem Personal für den Beschrieb des notwendigen Kompetenzprofils verwendet werden. Oder sie können bei der systematischen Personal- und Teamentwicklung zur Beurteilung von Stärken und Schwächen in der Teamzusammensetzung beigezogen werden. Dem Individuum kann es beim Vergleich von bereits erworbenen und den für ein bestimmtes Tätigkeitsfeld erforderlichen Kompetenzen als Beurteilungsgrundlage helfen. In beiden Fällen dient ein Soll-Ist-Vergleich gewünschter und beigebrachter Kompetenzen für die Eignungsabklärung respektive für den Entscheid bezüglich Entwicklungsmassnahmen. Ähnliche Prozesse kennt man in Bezug auf Schlüsselkompetenzen, neuartig ist im vorliegenden Fall der Bezug zu fachlichen Kenntnissen und Fähigkeiten. Idealerweise planen Institutionen und ihre Angestellten künftig die Weiterbildungsmassnahmen in Abstützung auf das Kompetenzprofil und besuchen womöglich Weiterbildungsangebote, welche von der Kommission gefördert werden. Das Kompetenzprofil ist auf www.ews-cfd.ch zu finden.

Kontakt: René Stamm, Sektion Drogen,
rene.stamm@bag.admin.ch

Publikationen

Titel	Inhalt/Umfang	Preis	Bezugsquelle
Handbuch «Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen»	Das Handbuch ist entstanden im Rahmen des Projektes Migrant-friendly Hospitals. Erhältlich in Deutsch, Französisch, Italienisch, neu: Englisch.	gratis	Geschäftsstelle von H+, Spitäler der Schweiz. geschäftsstelle@hplus www.hplus.ch

Agenda

Titel	Datum/Ort	Kurzbeschreibung	Kontaktadresse
Fachtagung «case sucht management» 2008	Donnerstag, 24. April 2008, Stadttheater Olten	Case Management ist eine zentrale Handlungsoption, um Mitteleinsatz und KlientInnenbetreuung im Suchtbereich zu optimieren. Die Tagung macht Praxismodelle bekannt und weist Wege zu erfolgreichen Lösungen.	Fachverband Sucht Weinbergstrasse 25 8001 Zürich www.fachverbandsucht.ch
Zweite Nationale Tagung zum Thema Sucht und Gender	Donnerstag, 12. Juni 2008, Biel	In Workshops und Referaten wird den Zusammenhängen zwischen Geschlecht und Sucht nachgegangen.	www.infodrog.ch oder silvia.steiner@bag.admin.ch
«Gesundheitsförderung ist Chefsache!»	Donnerstag, 19. Juni 2008, Universität Basel	Nationale Tagung für betriebliche Gesundheitsförderung 2008	www.gesundheitsfoerderung.ch/tagung
Fachtagung Lebenschancen fördern!	Donnerstag, 30. Oktober 2008, Kultur-Casino Bern	Neue Ansätze in der Prävention für Kinder, Jugendliche und Familien	www.infodrog.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	Sektion Chancengleichheit und Gesundheit	031 323 30 15
Sektion Aids	031 323 88 11	Sektion Ernährung und Bewegung	031 323 87 55
Sektion Grundlagen	031 323 87 93		

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

Impressum

spectra Nr. 67, Februar – März 2008
«spectra – Gesundheitsförderung und Prävention» ist eine Informationsschrift des Bundesamts 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 Bundesamts 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, Freestyle Tour, Christoph Hoigné
Layout: Lebrecht typ-o-grafik, 3006 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 April – Mai 2008.

Gratis-Abo



Ja...

... ich möchte «spectra», den Newsletter für Gesundheitsförderung 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

Früherkennung und Frühintervention – ein diskriminierender Ansatz in der Prävention?

Gefahr der Diskriminierung? Je fokussierter die Intervention auf gefährdete Gruppen oder Individuen ist, desto wirkungsvoller ist sie. Ob dies als Bevorzugung oder als Stigmatisierung betrachtet wird, ist eine Frage des Blickwinkels. Einzelne Fachleute warnen vor der Gefahr der Stigmatisierung durch selektive oder indizierte Präventionsprogramme. Häufig sind Jugendliche, die in den Genuss solcher Interventionen kommen, bereits vorher durch ihr Verhalten aufgefallen und deshalb vielmehr dadurch stigmatisiert.

Die Einteilung der Präventionsinterventionen nach den Zielgruppen ist heute weit verbreitet und in der Fachwelt anerkannt. Die universelle Prävention richtet sich an die gesamte Population (z. B. Elternkurse zum Thema Pubertät), die selektive Prävention an bestimmte Gruppen (z. B. Gruppe von gefährdeten Kindern in einem Quartier) und die indizierte Prävention greift bei ganz bestimmten Personen (z. B. Jugendlichen, die beim Kiffen erwischt wurden) an. Weil die selektive wie auch die indizierte Prävention eine Auswahl trifft und nicht für alle Personen einer bestimmten Population eine Intervention oder eine Präventionsmassnahme vorsieht, kann – je nach Blickwinkel – von Diskriminierung oder aber von Bevorzugung gesprochen werden. Einzelne Fachpersonen warnen vor der Gefahr der Stigmatisierung durch selektive oder indizierte Präventionsprogramme. Diese Stigmatisierung ist die Vorbedingung für die Diskriminierung von Gruppen oder von einzelnen Personen.

Massgeschneidert heisst wirkungsvoll

Eine Konsequenz daraus könnte sein,

nur noch universell ausgerichtete Präventionsprogramme zu lancieren, um dieser Gefahr auszuweichen. Nun wissen wir aber, dass viele universelle Präventionsprogramme eher teuer und nicht unbedingt effektiv sind. Die tendenziell bessere Wirkung selektiver oder indizierter Interventionen erklärt sich wie folgt: Eine klar definierte Zielgruppe ermöglicht massgeschneiderte und fokussierte Interventionen, die von der Zielgruppe einfacher aufgenommen werden können.

Ein Blick in die Praxis zeigt, dass selektive oder indizierte Präventionsprogramme in der Regel erst dann eingesetzt werden, wenn die Gruppe oder die Einzelnen bereits in der Öffentlichkeit bekannt geworden sind. Das heisst, dass eine mögliche Stigmatisierung nicht durch das angebotene Programm erfolgt, sondern an ein bestimmtes Verhalten gekoppelt ist, welches eine Gruppe oder eine einzelne Person zeigt. Es ist daher darauf zu achten, dass Menschen, die z. B. von indizierten Programmen profitieren können, davor geschützt werden, dass sie (weiterhin) stigmatisiert und diskriminiert werden.

Hilfe bieten, bevor Probleme chronisch werden

Hier setzt die Idee der Früherkennung und Frühintervention (F+F) ein. F+F unterstützt Jugendliche oder eine Familie und leistet Entwicklungshilfe, bevor sich die Problemlagen chronifizieren («hoffnungsloser Fall») und sich auch die einseitigen Verantwortungszuschreibungen («ist faul, asozial» etc.) verfestigt haben. Früherkennung und Frühintervention sind allerdings nur dann realisierbar, wenn die verschiedenen Institutionen und zuständigen Fachstellen voneinander wissen und Kooperationsmöglichkeiten ausloten.



Präventionsprogramme sollen Kinder und Jugendliche fördern, ohne sie zu stigmatisieren.

Integration fördern, Persönlichkeit schützen

Kinder und Jugendliche, die von solchen Programmen profitieren können, sind zum Teil bereits sozial und psychisch geschwächte Menschen. Die angebotenen Programme müssen daher immer auch integrativ wirken. Dieses Ziel kann am besten erreicht werden, wenn eine Institution ethische Werte vertritt, die mit Förderung von Mündigkeit, Halt geben, gutem Beziehungsangebot umschrieben werden können, und wenn überdies der Umgang mit den Gefährdeten von Transparenz geprägt ist. Da Institutionen, die mit gefährdeten Jugendlichen oder Kindern zu tun haben, sich mit vielen andern Institutionen austau-

schen und zusammenarbeiten, ist dem sorgfältigen Umgang mit Informationen besondere Bedeutung beizumessen. Der Austausch muss zum Nutzen der Programmteilnehmenden sein und den Persönlichkeitsschutz respektieren. Der Fachverband swissprevention hat eine solche Wertehaltung mit seiner Ethik-Charta konkretisiert. (Die Charta kann unter www.swissprevention.ch als pdf-Datei heruntergeladen werden.)

Kontakt: Walter Minder,
Sektion Drogen,
walter.minder@bag.admin.ch

Buchtipps: Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009



Das Schweizer Gesundheitswesen ist komplex und im Umbruch. Reformversuche und Sparmassnahmen jagen sich. Gesundheitspolitik ist zu einem umstrittenen Politikbereich geworden. In einer solchen Lage ist Transparenz wichtig. Die mittlerweile 3. und überarbeitete Auflage von «Gesundheitswesen Schweiz» gibt eine aktuelle und sachliche Gesamtübersicht in 37 Kapiteln von 49 Autorinnen und Autoren. Besonderen Wert legen die Herausgeber – die Gesundheitsökonominnen Gerhard Kocher und Willy Oggier – auf hohe Objektivität, Lesefreundlichkeit und aussagekräftige Daten. Behandelt wird ein breites Themenspektrum von Apotheken und Drogerien über Internationale Zusammenarbeit bis zur Mutterschaftsversicherung oder eHealth.

Der sachliche und durchaus kritische Blickwinkel der Autoren zeigt sich beispielsweise im Kapitel «Internationale Vergleiche» des Herausgebers Willy Oggier. Das Schweizer Gesundheitswesen weist in vielen Bereichen gute oder sehr gute Werte auf, doch sei oft nicht klar, wie weit diese auch Ausdruck einer hohen Leistungsfähigkeit des Systems seien. Auch müsse sich die Schweiz einige unangenehme Fragen gefallen lassen, beispielsweise, warum einige nordeuropäische Staaten zwei oder mehr Prozentpunkte ihres Bruttoinlandsproduktes weniger für das Gesundheitswesen ausgaben und trotzdem eine niedrigere Mutter-Kind-Mortalität aufweisen als die Schweiz.

Das Buch eignet sich als Nachschlagewerk für alle am Gesundheitswesen interessierten Personen. Es ist aber auch eine gute Grundlage für Studierende und Auszubildende der verschiedenen Aus- und Weiterbildungsgänge im schweizerischen Gesundheits- und Versicherungswesen.

Gerhard Kocher, Willy Oggier (Hrsg.):
Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009
– Eine aktuelle Übersicht, 422 S.,
Verlag Hans Huber.
Bestellungen: www.santesuisse.ch >
Service > Publikationen

Wenn Übergewichtige als Skatehelden bejubelt werden

Übergewicht und Stigmatisierung. Die Schtifti – Stiftung für soziale Jugendprojekte – zeigt auf ihrer alljährlichen Freestyle Tour seit 2004 in den Schweizer Schulen, wie Übergewichtige dem Teufelskreis aus vermeintlicher Unsportlichkeit und Frustessen entfliehen können: mit Spass an der gesunden Ernährung, an Bewegung und sportlichen Erfolgserlebnissen.

Für viele übergewichtige Kinder und Jugendliche spielt sich in den Turnhallen und auf den Pausenplätzen täglich eine kleine Tragödie ab: Werden Teammitglieder für ein Mannschaftsspiel gewählt, sind sie oft die letzte Wahl, oder sie werden generell von sportlichen Aktivitäten ausgeschlossen. Die Hänseleien schlagen auf die Psyche, den Frust kompensieren sie oft mit Essen. Auf der Freestyle Tour der Schtifti erleben übergewichtige Kinder und ihre Mitschülerinnen und Mitschüler, dass Spass und Erfolg im Sport nichts mit Kilos zu tun haben und was gesunde Ernährung bedeutet.

Freestyle Tour – Erlebnistage für Ernährung und Bewegung

Das Freestyle-Team der Schtifti ging 2007 bereits zum fünften Mal auf Tour und veranstaltete in Absprache mit Schulen in allen Landesteilen ein eintägiges Bewegungs- und Ernährungsprogramm. Kern des Programms sind Schnupperstunden in Trendsportarten und ein leicht verdaulicher Ernährungs- und Kochunterricht mit einfachen, gerappten «Räpzepten» von Starkoch Ivo Adam. Viele Jugendliche sehen dabei zum ersten Mal eine Ernährungspyramide; ihnen wird bewusst, wie ungesund ihre Essgewohnheiten sind oder dass Energiedrinks keineswegs wertvolle Energiespender sind. Dass gesund Essen nicht bei allen Jugendlichen gut ankommt, weiss die 15-jährige Dragana Martić, die seit dem Besuch des Freestyle-Teams an ihrer Schule konsequent ihre Ernährung umgestellt hat, obwohl sie nicht übergewichtig ist oder abnehmen will. Man werde in ihrer Schule gerne blöd angemacht, wenn man gesund essen wolle. Doch das sei ihr egal. Der Freestyle-Tag habe ihr die Augen dafür geöffnet, wie wichtig eine ausgewogene Ernährung ist. Dragana weiss auch, dass Sport die physische und psychische Gesundheit fördert. Sie fand es toll, am Freestyle-Tag Sportarten wie Streetskate, Slalom- und Longboard oder Footbag auszuprobieren und von Freestyle-Sportprofis Tipps und Tricks mitzubekommen.

Freestyle-Sportarten sind für Übergewichtige ideal

Die Sportarten der Freestyle Tour – vor allem Slalom- und Longboard – haben den Vorteil, dass übergewichtige Kinder gerade durch ihr höheres Gewicht mehr Kraft auf das Board übertragen und dadurch schneller fahren können. «Die anderen Kinder bejubelten teilweise ge-



Die jährliche Freestyle Tour bringt Kindern und Jugendlichen Sportarten und gesunde Ernährungsweisen näher, die Spass machen.

nau jene Schülerinnen und Schüler, die sie sonst ausgelacht haben», sagt Roger Grolimund, Mitbegründer der Schtifti.

Dieses Erfolgserlebnis ist für übergewichtige Kinder enorm motivierend und öffnet ihnen einen neuen Zugang zum

Spass am Sport. Darüber hinaus sind Trendsportarten generell ideale Mittel, Jugendliche zu mehr Sport zu animieren – unabhängig davon, ob sie normal- oder übergewichtig sind. Viele klassische Mannschaftssportarten gelten oft als «uncool» oder stellen unsportliche Kinder unter einen zu hohen Leistungsdruck. Trendsportarten hingegen sind auch für unsportliche Kinder schnell erlernbar, kleine Erfolge stellen sich rasch ein und sie sind gleichzeitig Ausdruck der Individualität und Kristallisationspunkt für Gemeinschaftserlebnisse. Im Gegensatz zu anderen Sportarten bringen Freestyle-Sportarten auf jedem Leistungsniveau ohne grossen Aufwand ein Maximum an Spass und animieren zu selbstständiger Freizeitgestaltung statt zu passivem Konsum.

Die Schtifti – Stiftung für soziale Jugendprojekte

Die Schtifti wurde 2003 auf Initiative von Roger Grolimund und Ernesto Schneider in Zürich gegründet. Das junge Team der Schtifti ist hautnah am Puls der Jugendlichen. Damit gelingt es, innovative Jugendprojekte mit nationaler Ausstrahlung zu lancieren. 2004 gewann die Schtifti mit dem Projekt Freestyle Tour den wichtigsten Schweizer Wettbewerb für Gesundheit und Bewegungsförderung. Im Juni 2007 wurde die Leistung der Schtifti von der Zeitschrift «Beobachter» mit einer Auszeichnung als wichtiges Sozialprojekt im Bereich Jugend honoriert. Das Projekt Freestyle Tour wird unterstützt von Suisse Balance, der Ernährungsbewegung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der Gesundheitsförderung Schweiz.

Kontakt: Nadine Stoffel-Kurt,
Sektion Ernährung und Bewegung,
nadine.stoffel-kurt@bag.admin.ch

Infografik

Was glauben Sie? Ansichten der Schweizer Bevölkerung

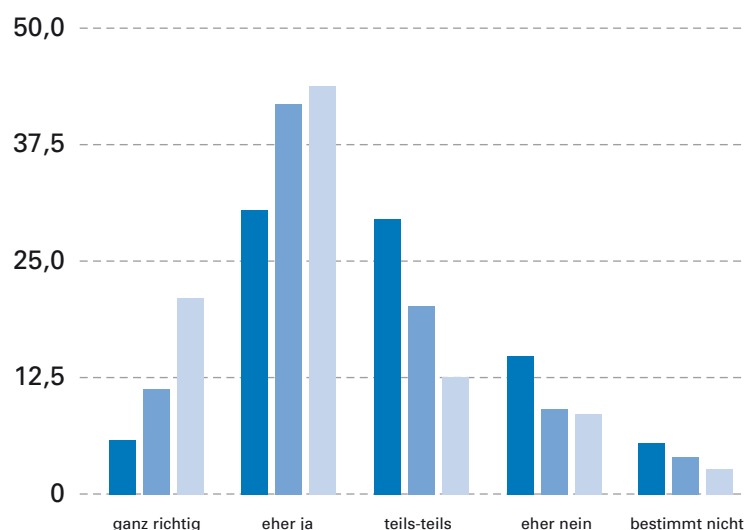


Abb. von W. Rössler nach Daten aus: Graf et al. (2004): Perceived stigmatization of mentally ill people and its consequences for the quality of life in a Swiss population. J Nerv Ment Dis, 2004 Aug;192(8):542-7.