

spectra

72



Forschung

3 Für eine optimale HIV/Aids-Prävention

Prävention bleibt auf absehbare Zeit der zentrale Pfeiler der HIV/Aids-Bekämpfung, da weder eine Impfung noch eine Therapie in Aussicht stehen, um diese Krankheit zu heilen. Wie können die vorbeugenden Massnahmen am wirkungsvollsten ausgestaltet werden? Und wie kann die Qualität der Aids-Prävention definiert, gemessen und gesichert werden? Eine internationale Konferenz in Berlin befasste sich mit diesen Themen und suchte nach Optimierungen der Qualitätssicherung und -verbesserung.

8 Soziale Determinanten von Gesundheit

Wie gesund eine Bevölkerung ist, hängt von individuellen und gesellschaftlichen Bedingungen ab. Während zum einen eine gesunde Lebensweise eine wichtige Voraussetzung für die Volksgesundheit liefert, sind sozioökonomische Faktoren wie Bildung, Beruf und Einkommen sowie soziokulturelle Determinanten wie Geschlecht, ethnische Herkunft und gesellschaftlicher Status entscheidende Faktoren. Dies zeigt der erstmals in dieser Art vorgelegte Nationale Gesundheitsbericht 2008.

12 Leichte Entspannung in der Cannabisfrage

Handel und Konsum haben geringfügig abgenommen, wie der aktualisierte Cannabisbericht der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen zeigt, sind aber im europäischen Vergleich immer noch auf sehr hohem Niveau. Die Volksinitiative zur Hanflegalisierung ist deutlich verworfen worden, die Revision des Betäubungsmittelgesetzes wurde mit grosser Mehrheit angenommen. Sie erlaubt den medizinischen Einsatz von Cannabis und insbesondere die Weiterführung der heroingestützten Behandlung als zentralen Elements der Vier-Säulen-Drogenpolitik.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Breite Informationsbasis für effektive HIV/Aids-Prävention

Neuausrichtung des BAG-Aidsprogramms innerhalb des Nationalen HIV/Aids-Programms. Das um zwei Jahre verlängerte Nationale HIV/Aids-Programm (NHAP) 2004–2008 besteht neu aus sechs Projektbündeln. Eines davon ist das Projekt «Evidenzbasis». Es hat zum Ziel, ein umfassendes Wissensmanagement im Bereich HIV/Aids zu schaffen.

Mithilfe eines effizienten Wissensmanagements unterstützen die Mitarbeitenden des Projekts «Evidenzbasis» alle Akteure und Akteurinnen des BAG-Aidsprogramms dabei, die für ihre Aufgabe erforderlichen Wissensinhalte zu identifizieren, zu beschaffen, zu nutzen und anderen Interessierten verfügbar zu halten. Konkret geschieht dies zum Beispiel mit Recherchen, mit dem Bereitstellen relevanter Wissensbestände und mithilfe von verbindlichen Ablagesystemen, innerhalb welcher sich alle Beteiligten zurechtfinden. Ein Beispiel dafür ist die Aids-Dokumentation (AD), die als Archiv Dokumente aller Art verwahrt, welche im Zusammenhang mit HIV/Aids stehen. Das Projekt Evidenzbasis dient erstens der Früherkennung von Veränderungen und Trends bei HIV- und STI-bezogenem Risikoverhalten und Neuansteckungen (mittels Surveillance und Forschung). Zweitens unterstützt es die Steuerung des HIV/Aids-Programms und die Legitimation der Investitionen durch Monitoring/Evaluation der Präventionsmassnahmen. Und es wacht drittens darüber, dass innerhalb des BAG-Aidspro-

gramms der Austausch über relevante Wissensbedürfnisse, Mandate oder laufende Studien stattfindet und das historisch wertvolle Wissen gesichert wird (Wissensmanagement und Aids-Dokumentation); dabei sind die Projektmitarbeiter verantwortlich für die Konzipierung eines koordinierten und effizienten Umgangs mit diesen Wissensinhalten.

Herausforderungen im HIV-Surveillance-System

Das Schweizer HIV-Surveillance-System ist konform mit den Anforderungen eines HIV/Aids-Surveillance-Systems gemäss UNAIDS/WHO. Herausforderun-

gen stellen sich noch in folgenden Bereichen:

- Ergänzung um zielgruppenspezifische Surveillance
- Besseres Verständnis von Trends in bestimmten Zeitabschnitten
- Besseres Verständnis von Verhaltensweisen, die die Epidemie in Gruppen mit erhöhter Prävalenz aufrechterhalten
- Stärkere Fokussierung der Gruppen, die dem grössten Infektionsrisiko ausgesetzt sind
- Bessere Nutzung der Surveillance-Daten, um den Erkenntnisstand zu erweitern und für Prävention und Pflege umzusetzen

Angestrebt wird künftig ein Surveillance-System mit einem zusätzlichen Controlling der Massnahmen, um beurteilen zu können, ob die Präventionsmittel am richtigen Ort eingesetzt worden sind.

Breit gefächerte freie HIV/Aids-Forschung fördern

Von der Sektion Aids des BAG wurden im Rahmen des Aidsprogramms diverse Forschungsprojekte initiiert, zum Beispiel die CHAT-Studie (Befragung von frisch mit HIV-Infizierten), der forschungspolitische Bericht «Sozialwissenschaftliche HIV/Aids-Forschung in der Schweiz 1987–2006» oder ein Rechtsgutachten zur Strafbarkeit der HIV-Übertragung. Was die freie, vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) finanzierte Forschung betrifft, zeichnet sich momentan ab, dass die sozialwis-

senschaftliche und die Public-Health-Forschung gegenüber der eher klinisch-medizinisch orientierten Forschung ins Hintertreffen zu geraten drohen. Wie künftig forschungspolitische Entscheide im Gesundheitsbereich getroffen werden, ist Gegenstand von Verhandlungen zwischen BAG und SNF.

Links zum Thema:

www.bag.admin.ch/hiv.aids,
www.aids.ch,
www.drgay.ch, www.bist-du-sicher.ch,
www.missionp.ch, www.safeboy.ch

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

Serie zur Neuausrichtung des Nationalen HIV/Aids-Programms (NHAP)

Das neu ausgerichtete BAG-Aidsprogramm besteht aus sechs Projekten. Drei davon sind Präventionsprojekte – die sogenannten Präventionsachsen mit je folgendem Ziel:

Achse 1: Verhinderung der Generalisierung der Epidemie in der Bevölkerung (spectra Nr. 68)

Achse 2: Bremsen einer weiteren Ausbreitung von HIV in gefährdeten Gruppen (spectra Nr. 70)

Achse 3: Keine HIV-Übertragungen bei festen serodifferenten Paaren

In der Artikelserie zum revidierten BAG-Aidsprogramm stellt spectra die drei Präventionsachsen und die drei weiteren Projekte vor.

Forum

Sozialwissenschaftliche «angewandte» Forschung: Spannungsfelder und Potenziale

In den letzten Jahren ist der Anspruch an öffentliche Instanzen, ihre Politik, ihre Programme und Projekte auf wissenschaftliche Basis abzustützen, zweifelsohne gestiegen. Umgekehrt stehen Hochschulen vermehrt unter Druck, Forschungsgelder aus Drittmitteln zu akquirieren, und die angewandte Forschung bietet hier – neben der sogenannten Grundlagenforschung – eine Möglichkeit, dieser neuen Anforderung nachzukommen. Zwei gesellschaftliche Trends ergänzen sich quasi optimal im Sinne von Angebot und Nachfrage – und werfen zugleich eine Reihe von Fragen auf. Im Folgenden möchte ich einige Spannungsfelder diskutieren, die sich im Zusammenhang mit sozialwissenschaftlicher Auftragsforschung ergeben können. Erstens wird manchmal moniert, dass das Postulat der Unabhängigkeit und Interessensfreiheit von Forschung nicht mehr gewährleistet werden könne, wenn gesellschaftspolitische Fragestellungen vom Auftraggeber vorgegeben und an SozialwissenschaftlerInnen herangetragen werden. Dem ist entgegenzuhalten,

dass jegliche Forschung – auch Grundlagenforschung – in einen spezifischen historischen Kontext eingebunden ist und Interessen nie objektiv und wertfrei, sondern immer an aktuelle Ideen, Paradigmen und den Zeitgeist gekoppelt sind. Zudem können in der Regel die Forschenden die spezifischen Studiendesigns erarbeiten. Es liegt somit an ihrem Überzeugungsgeschick, die auftraggebende Institution von einem Vorgehen zu überzeugen, das den Kriterien einer qualitativ hochstehenden Studie entspricht. Es ist weniger die Fragestellung als solche (interessensgebunden oder nicht), die über die Qualität einer Forschung entscheidet, sondern vielmehr, ob die Durchführung der Studie den international anerkannten wissenschaftlichen Standards folgt. Letztlich scheint mir in diesem Zusammenhang ebenfalls von Bedeutung, dass seitens von Forschenden keinerlei Zwang besteht, auf eine Forschungsausschreibung hin denn auch ein Projekt zu unterbreiten.

Ein zweites Spannungsfeld betrifft den Umgang mit Resultaten. Können die WissenschaftlerInnen die Resultate veröffentlichen, auch wenn diese dem Auftraggeber vielleicht nicht behagen soll-

ten? Solche und ähnliche Fragen müssen vor Beginn einer Studie konkret vertraglich geregelt werden. Damit wird verhindert, dass die Studie und das generierte Wissen einfach in der Schublade verschwinden – aber auch, dass Auftraggeber versucht sind, Resultate zu verändern, abzuschwächen oder allgemein in die Interpretation der Daten einzugreifen.

Drittens ist es Sache der SozialwissenschaftlerInnen, Resultate aufzubereiten und auf dieser Grundlage Empfehlungen zu formulieren. Hingegen liegt es in der Verantwortung der Auftraggebenden, diese Empfehlungen zu konkretisieren und deren Umsetzung voranzutreiben. Häufig sind Auftraggeber enttäuscht, weil die Resultate und Empfehlungen keine konkreten Handlungsanweisungen beinhalten oder weil sie keine umsetzbaren Rezepte bekommen. Aus meiner Sicht ist dies ein zentrales Moment der Rollenklärung zwischen Wissenschaft und Auftrag: Die wissenschaftlichen Forschungsergebnisse müssen an die Institution zurückgehen und von dieser im Handlungskontext interpretiert werden.

Nun bringt aber die «angewandte» Forschung nicht nur Spannungsfelder her-

vor, sondern sie hat ebenfalls ein hohes Innovationspotenzial; dies weil sie sich nämlich gerade mit Problemen beschäftigt, die am Puls der Zeit liegen. Eine Sozialwissenschaft, die einen Beitrag an die Lösung von gesellschaftspolitischen Fragen leisten möchte, sollte Auftragsforschung auf keinen Fall scheuen – dies bedingt aber einen ausgesprochen hohen Grad an Reflexivität. Reflexive Auseinandersetzungen mit den erkenntnistheoretischen und gegenstandsbezogenen Voraussetzungen sind heute ein Kriterium für die Qualität und Güte sozialwissenschaftlicher Forschung jeglicher Couleur – und damit unterscheidet sich die Auftragsforschung nicht von der Grundlagenforschung.



Janine Dahinden, Professorin für transnationale Studien, Maison d'analyse des processus sociaux (MAPS), Universität Neuenburg

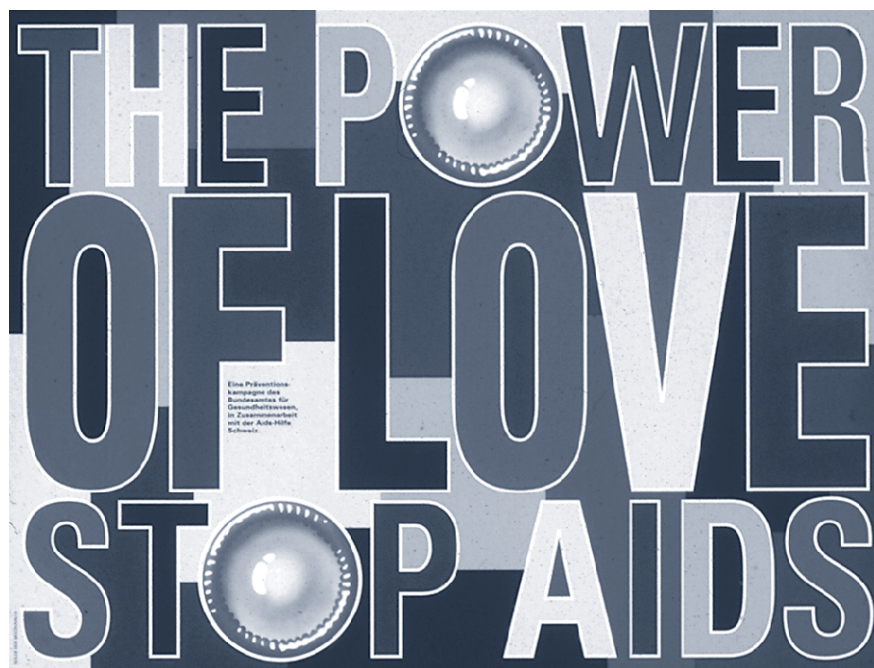
Was ist gute HIV/Aids-Prävention?

HIV/Aids-Prävention. Im Kampf gegen Aids wird es in absehbarer Zeit weder einen Impfstoff noch eine heilende Therapie geben. Die Prävention bleibt weiterhin zentral in der Bekämpfung der Epidemie. Aber was macht wirksame Prävention aus? Was sind die Qualitätskriterien? Dieser Frage ging die europäische Konferenz zur «Qualitätssicherung in der HIV-Prävention» in Berlin nach.

Vom 22. bis 24. Oktober 2008 tauschten sich rund 80 HIV/Aids-Fachleute aus 22 europäischen Ländern zum Thema Qualitätssicherung in der HIV/Aids-Prävention aus. Die Konferenz wurde von der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der WHO Europa organisiert. Die erste Konferenz dieser Art hatte zum Ziel, einen Beitrag zur Verbreitung des praktischen Know-hows in der Präventionsarbeit zu leisten. Zudem sollte sie als Baustein zu einer gesamteuropäischen Strategie zur Qualitätssicherung bei der HIV/Aids-Prävention dienen, bei der die besondere Situation jedes einzelnen Landes Respekt und Beachtung findet. «Wenn Veränderungen im HIV-Bereich stattfinden, wissen wir oft nicht, welchen Einfluss die Präventionsarbeit auf diese Veränderung gehabt hat.» So die einleitende Feststellung des Moderators der Konferenz, auf der denn auch die Forderung nach Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung als eigentlicher Tagungsinhalt unter dem Titel «How do we know what works – Wie wissen wir, was wirkt?» gründete. Die Schweiz war durch die Aids-Hilfe Schweiz, das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und durch die erfahrene Aids-Evaluatorin Françoise Dubois-Arber von der Universität Lausanne vertreten.

Schweiz relativ fortschrittlich

Ein Fazit der Tagung aus helvetischer Sicht: Die Schweiz ist in puncto systematischer Qualitätssicherung (QS) und Qualitätsverbesserung (QV) schon relativ lange aktiv und schneidet im internationalen Vergleich gut ab. Dies zeigt der Ländervergleich, der speziell für diese Tagung erhoben wurde. Die grosse Stärke der Schweiz liegt in den Bereichen Innovation und strategische Planung.



Ein Beispiel dafür ist die soeben ange-laufene Fremdevaluation des nationalen HIV/Aids-Programms 2004–2008 durch ein internationales Spezialistengremium unter der Leitung von Rolf Rosenbrock (siehe Interview in dieser Ausgabe). Ein anderes ist das kürzlich durch das BAG implementierte und weltweit erste Beratungs- und Datenübermittlungstool (BerDa) für HIV/Aids-Beratungs- und Teststellen. Diese sogenannten VCT-Stellen (voluntary counselling and testing) erhalten damit ein EDV-gestütztes Beratungsinstrument, das einen auf das Risikoprofil des Klienten oder der Klientin zugeschnittenen Beratungs- und Behandlungspfad generiert und die Daten anonymisiert ins BAG-Meldesystem übermittelt. Gleichzeitig können die VCT-Stellen diese Daten für ihr eigenes Qualitätsmanagement einsetzen, zum Beispiel für automatisierte Produktionsstatistiken als Basis für neue Leistungsverträge.

Verbesserungswürdig ist das Schweizer System jedoch noch im partizipativen Festlegen von Qualitätsstandards, welche in einem Feedbackprozess mit den Keyplayers regelmässig überprüft und gegebenenfalls neu ausgehandelt werden.

In Zukunft ein wichtiges Thema

In «Action Planning Groups» wurden am dritten Konferenztag Aktionspläne

für die Zukunft ausgearbeitet. Die Gruppe mit Schweizer Beteiligung befasste sich mit Netzwerken im HIV/Aids-Bereich und forderte eine von der European Commission etablierte HIV-Präventions-Steuergruppe, um die Geldflüsse wirkungsvoller einzusetzen (d.h. evidenzbasiert) und besser zu koordinieren. Zu oft gebe es rein bilaterale Zusammenarbeit oder Unterstützungsbeiträge, wobei nicht selten (wirtschaftliche) Partikulärinteressen im Vordergrund stünden.

Qualitätssicherung und -verbesserung sind unbestritten wichtige Elemente der HIV-Präventionsarbeit. Nicht zuletzt von der Qualitätsverbesserung der internationalen Systeme wird es abhängen, ob die Epidemie europaweit eingedämmt werden kann. Der Tagungsorganisator der WHO Europa stellte in Aussicht, das Thema «Qualität in der HIV-Prävention» an der Europäischen Aidstagung 2009 in Vilnius und an der Welt-Aids-Konferenz 2010 in Wien an Satellitenveranstaltungen weiterzuentwickeln.

Link zum Thema:

www.bzga.de/who-conference
(Referate und Rapporte der Workshops und Fallkonsultationen)

Kontakt: Martin Werner, Sektion Aids,
martin.werner@bag.admin.ch

Aus erster Hand

Die Zustimmung zum revidierten Betäubungsmittelgesetz verbessert die Möglichkeiten des Bundesamts für Gesundheit (BAG), weiterhin eine substanzunabhängige Suchtforschung zu betreiben. Doch das Budget wird seit Jahren kontinuierlich gekürzt. Es braucht in der Forschung aber eine kritische Grösse, um ein Resultat zu bekommen, das eine evidenzbasierte Politik unterstützen kann. Das folgende Beispiel zeigt auf, wie das erreicht werden kann.

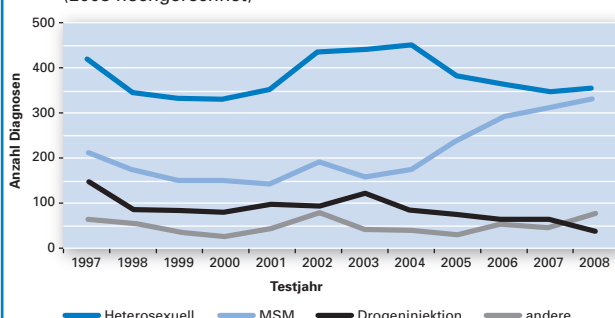
Als es 2000 darum ging, Evidenz für eine schweizerische Cannabispolitik im Hinblick auf die Revision des Betäubungsmittelgesetzes zu schaffen, war klar, dass ein Alleingang der Schweiz weder politisch sinnvoll noch finanziell machbar war. Aus diesem Grunde setzte sich die damalige Vorsteherin des Departements des Inneren, Ruth Dreifuss, für eine internationale Initiative ein, um den «scientific state of the art» bezüglich Cannabis zu erarbeiten. Für diese Initiative konnten die vier Gesundheitsministerinnen von Belgien, Deutschland, Holland und der Schweiz und der Gesundheitsminister von Frankreich gewonnen werden. Ziel war es, eine gemeinsame Cannabispolitik zu formulieren.

Es wurde in der Folge rasch klar, dass dies nicht möglich ist; zu gross waren die Ängste bei den Politikern und Politikerinnen und zu verschieden die Drogenparadigmen. Was gelang, war die Lancierung eines Forschungsprojekts zur Behandlung von Jugendlichen mit Cannabisproblemen: International Cannabis Need of Treatment. INCANT ist eine Erfolgsgeschichte. Das Projekt hat verschiedene Regierungswechsel problemlos überstanden, und die ersten Resultate sind vielversprechend.

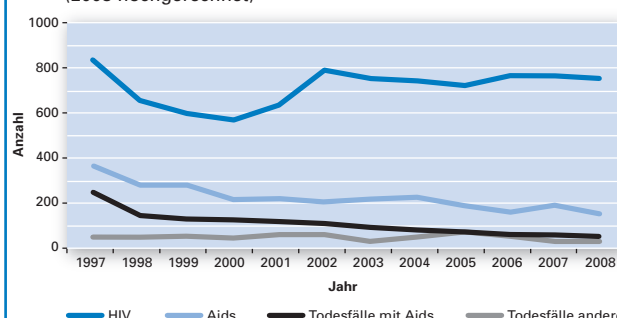
Was wir daraus lernen: Es muss vermehrt der Kontakt zu unseren Nachbarn oder zur EU gesucht werden, um gemeinsame Forschungsprojekte für eine evidenzgestützte Politik zu machen. Dass INCANT überlebt hat, ist vor allem auch der Schweiz zu verdanken, weil das BAG vom Eidg. Departement des Innern volle Entscheidungsfreiheit im Rahmen des Forschungsbudgets erhalten hatte. Diese vergleichsweise grosse wissenschaftliche Unabhängigkeit ist eine wichtige Grundlage für unsere Erfolge, die es zu erhalten gilt und die uns den Zugang zu einzelnen EU-Mitgliedsländern erleichtert – zumindest im Drogenbereich – sowie für die kritische Budgetgrösse für evidenzbasierte Forschung gesorgt hat.

Infografik

HIV-Diagnosen nach Ansteckungsweg
(2008 hochgerechnet)



Die HIV/Aids-Epidemie in der Schweiz seit 1997
(2008 hochgerechnet)



Martin Büechi
Leiter Sektion Grundlagen
Bundesamt für Gesundheit

Weiterbildungen im Suchtbereich: Das Förderprogramm läuft weiter

Mandatsverlängerung. Eine der vielfältigen Aufgaben des Bundesamts für Gesundheit (BAG) ist die Professionalisierung und Qualitätssicherung im Suchtbereich. Die Förderung von Weiterbildungen ist eine wichtige Unterstützungsmassnahme bei der Verfolgung dieser Zielsetzung. Das BAG setzt dabei auf die Erfahrung und die Kompetenzen der Expertengruppe Weiterbildung Sucht EWS.

Bereits seit 1996 ist die frühere Kommission für Weiterbildungen im Suchtbereich vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit der Umsetzung des Förderprogramms für Weiterbildungen im Suchtbereich beauftragt. Mitte September 2008 ist ein neues vierjähriges Mandat zur Umsetzung dieses Förderprogramms in Kraft getreten.

Neu als unabhängiger Verein

Um den Erfolg des Förderprogramms auch in Zukunft zu sichern und weiter zu optimieren, hat sich die bisherige ExpertInnen-Kommission neu als Verein mit dem Namen «Expertengruppe Weiterbildung Sucht – EWS» konstituiert und kann so auch für andere Partner Projekte umsetzen oder zusätzliche Finanzierungsquellen für die Ziele des

Förderprogramms akquirieren. Für das BAG wird die «neue EWS» weiterhin die wichtigste Partnerin für Weiterbildungen im Suchtbereich sein. Um die Tätigkeit der Expertengruppe besser im Weiterbildungsbereich zu verankern, ist die Geschäftsstelle an die Berner Fachhochschule BFH umgezogen.

Bewährtes Team, bewährtes Konzept

Das BAG und der Verein EWS setzen personell auf Kontinuität. Die Mitglieder der ehemaligen Kommission sind auch die neuen Mitglieder des Vereins, der weiterhin von Jakob Huber (Geschäftsleiter Contact Netz Bern) präsiert wird. Die bisherigen Fachleute der EWS vertreten die Suchthilfe bezüglich der verschiedenen Substanzen und Suchtformen, der im Suchtbereich hauptsächlich vertretenen Professionen und Disziplinen sowie weiterer wichtiger Kompetenzen wie Bildung und Forschung. Auch in Zukunft werden beim Austritt von Mitgliedern neue Experten und Expertinnen gemäss diesem Repräsentationsschema gewählt.

Auch inhaltlich setzt der Verein auf Kontinuität. Die bisherigen drei Angebotstypen des Förderprogramms bleiben bestehen: Kursmodule, praxisnahe Angebote und Lehrgänge. Bei den Lehr-

gängen setzt die EWS auf die bisherigen Partner. Dies sind das Netzwerk fordd in der Romandie und die Fachhochschule Nordwestschweiz in der Deutschschweiz. Ziel des Vereins ist es, die beiden bestehenden Lehrgänge gemeinsam anhand des neu erarbeiteten «Kompetenzprofil Sucht» weiterzuentwickeln und zu harmonisieren. Mittelfristig sollen in beiden Sprachregionen je nach Bedarf der Teilnehmenden der Abschluss eines suchtspezifischen Zertifikatslehrgangs, Diploms oder Masters möglich sein.

Neue Ausrichtungen

Neu geschaffen wurde der vierte Angebotstyp, soziales Lernen: Der Verein wird sich mit gesellschaftlichen Lernprozessen im Sinne eines Austausches zwischen Verwaltung, Fachleuten, Wissenschaft und Forschung, Politik und Medien auseinandersetzen. Der Verein wird auch prüfen, wie weit er den Institutionen und Fachleuten im Suchtbereich direkte Dienstleistungen anbieten kann. Ausserdem hat der Verein bereits mit der Umsetzung von drei Projekten, welche über den Tabakpräventionsfonds finanziert werden, begonnen. Diese umfassen die Ausarbeitung von Standards für Weiterbildungen im Tabakbereich, die Umsetzung eines Blen-

ded-Learning-Angebots und die Organisation einer Suchtakademie zum Thema «Soziales Lernen».

Kontakt
René Stamm, Sektion Drogen,
rene.stamm@bag.admin.ch
Oder direkt
EWS Expertengruppe Weiterbildung
Geschäftsstelle
c/o BFH
Falkenplatz 24
3012 Bern
031 848 37 11 (DI–FR)

info@weiterbildungsucht.ch
www.weiterbildungsucht.ch

Erfolgreiche Schweizer Teilnahme an der Welt-Aids-Konferenz

Welt-Aids-Konferenz 2008. Anfang August 2008 fand in Mexiko die 17. Welt-Aids-Konferenz statt. Aus der Fülle des Programmangebotes widmete die Schweizer Delegation den folgenden Themenkreisen besondere Aufmerksamkeit: Prävention für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), Angebote für Sexworkerinnen, Strafbarkeit der HIV-Übertragung, Diskriminierung HIV-positiver Menschen sowie medizinische und biomedizinische Forschung.

Gegenüber früheren Konferenzen hat sich der Themenkreis in Mexiko von eher biomedizinischen hin zu politischen Inhalten verlagert. Geopolitisch lagen die Schwerpunkte in der Dritten Welt, neben Subsahara-Afrika nahmen Lateinamerika und andere Schwellenländer einen grossen Raum ein. Zusätzlich zu den bekannten Forderungen nach «Access to Treatment», also dem Zugang zu antiretroviralen Medikamenten auch in den armen Ländern, waren immer mehr Forderungen nach Antidiskriminierung zu hören. Eine Problematik, die nach über zwanzig Jahren HIV auch in der Schweiz virulent ist. Auch die Prävention hatte in Mexiko einen wichtigen Stellenwert. Im Zentrum standen Fragen, wie stark betroffene und vulnerable Gruppen erreicht werden können.

Innovative Schweizer Projekte

Die Schweizer Delegation präsentierte

unter anderem denn auch zwei Projekte für genau diese Zielgruppen: «Don Juan» und «Mission: Possible!» Don Juan ist ein in seiner Art weltweit einzigartiges Projekt und richtet sich an Freier, deren Präventionsbewusstsein gesteigert werden soll. Damit soll ein Beitrag zur Reduktion der Neuinfektionen in der heterosexuellen Bevölkerung geleistet werden. Heterosexuelle HIV-Übertragungen sind heute für über 45% der Neuinfektionen verantwortlich. Freier und Sexarbeiterinnen sind dabei einem besonders hohen Risiko ausgesetzt.

Auf viel positives Echo stiess auch das Projekt Mission: Possible! zur Eindämmung der Epidemie bei MSM. Die Grundidee ist einfach: Wenn alle MSM gleichzeitig während dreier Monate konsequent die Safer-Sex-Regeln einhalten, gibt es in dieser Zeit keine Neuinfektion und nach Ablauf der drei Monate auch keinen MSM mit einer hochansteckenden Primoinfektion mehr. Unter Primoinfektion versteht man die ersten zwölf Wochen nach einer HIV-Infektion. Dann sind die Viruslast und die Ansteckungsgefahr extrem hoch, viele der Neuinfizierten wissen in dieser Phase aber noch nichts von ihrem positiven Status und haben weiterhin ungeschützten Geschlechtsverkehr. Rund die Hälfte der MSM stecken sich bei jemandem an, der selber noch in der Primoinfektion ist. Für die Schweiz bleiben solche Programme für Gruppen mit hoher Prävalenz und besonderer Vulnerabilität erste Priorität. Vor allem im Bereich MSM

sind weitere Anstrengungen notwendig. Seit 2003 nehmen die Ansteckungen in dieser Gruppe weltweit stark zu, das Ansteckungsrisiko ist hier über hundert Mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Zurückzuführen ist diese Erhöhung des Risikos auf eine Kombination aus zehnfach erhöhter Infektionsrate in dieser Gruppe und besonders HIV-riskanter Sexualpraktik (Analverkehr). Nach wie vor wird aber nur gerade 1% der weltweiten Geldmittel zur Aids-Bekämpfung für die Prävention bei dieser hochgefährdeten Gruppe eingesetzt.

Brisantes Schweizer Statement sorgte für vollen Saal

Ein Höhepunkt der Konferenz war das Symposium zum Thema «HIV-Übertragung unter antiretroviraler Therapie (ART)», das von der Eidgenössischen Kommission für Aids-Fragen (EKAF) organisiert wurde. Im Fokus des Interesses lag das im Januar 2008 verbreitete Statement der EKAF, gemäss dem eine HIV-infizierte Person unter wirksamer ART sexuell nicht infektiös sei. Dieses Statement löste weltweit zum Teil hitzige Diskussionen aus. Prof. Dr. Pietro Vernazza, Präsident der EKAF, nutzte die Gelegenheit, um einige Missverständnisse zu beseitigen. Unter anderem stellte er klar, dass nur eine eng definierte Personengruppe unter wirksamer ART von einem vernachlässigbar kleinen Ansteckungsrisiko ausgehen könne (klar begrenzte tiefe Viruslast seit über sechs Monaten, keine anderen Ge-

schlechtskrankheiten) und dass die EKAF «wirksame ART» niemals mit der Botschaft «kein Kondom notwendig» gleichgesetzt habe. Anschliessend an Vernazzas Ausführungen hatten die Panel-Teilnehmer Gelegenheit, ihren Standpunkt zum EKAF-Statement zu äussern. Nikos Dedes von der European Aids Treatment Group (EATG) sprach dabei aus der Sicht der Betroffenen und zeigte sich erleichtert, aufgrund der Erkenntnisse der EKAF endlich das Gefühl los zu sein, «eine Gefahr für das Leben anderer zu sein». Auch aus dem bis auf den letzten Platz gefüllten Saal meldeten sich viele Betroffene, die der EKAF für ihre Arbeit und ihren Mut dankten.

Kontakt: Steven Derendinger,
Sektion Aids,
steven.derendinger@bag.admin.ch

Das Forum für 20000 Aids-Fachleute

Die Welt-Aids-Konferenz wird alle zwei Jahre von der International AIDS Society organisiert. Etwa 20000 Vertreterinnen und Vertreter aus der Wissenschaft, verschiedensten Bereichen der Gesundheitsdienste, Zivilgesellschaft, Regierungen, UN-Organisationen, Aktivisten und Selbsthilfegruppen, Sponsoren, Industrie, Medien und Menschen mit HIV/Aids nehmen an der Welt-Aids-Konferenz teil.

Öffentliche Massnahmen gegen den einsamen Entscheid

Suizidforschung und Prävention.

Was kann die öffentliche Hand unternehmen, um Suizide zu verhindern? Um Antworten auf diese Fragen zu erhalten, bedarf es – wie bei jeder wirkungsvollen Prävention – fundierter Daten. Das jüngste Monitoring über suizidales Verhalten wurde kürzlich vom Berner Bündnis gegen Depression in der Agglomeration Bern durchgeführt.

Je mehr man über betroffene Bevölkerungsgruppen weiss – demografisch und soziografisch –, desto besser und effektiver können die Präventionsmassnahmen gestaltet werden. Umgekehrt dienen Monitorings dazu, die Wirkungen von Interventionen auf Bevölkerungsebene zu beobachten. Das gilt für Suizid genauso wie für HIV/Aids. Im jüngsten Monitoring des Berner Bündnisses gegen Depression (BBgD) über suizidales Verhalten in der Agglomeration Bern wurden Suizidversuche, vollendete Versuche und die Methoden in den Jahren 2005 bis 2007 erfasst. Die Daten zu den Suizidversuchen stammen vom Inselspital Bern und von den Universitären Psychiatrischen Diensten in Bern (UPD). Aus früheren Studien weiss man, dass Erhebungen an diesen zwei Institutionen repräsentative Zahlen ergeben; allein 58% der Suizidversuche der Agglomeration Bern, welche zu medizinischer Behandlung führen, können über das Inselspital erfasst werden. Daten zu Suizidversuchen sind deshalb so wichtig, weil ein Suizidversuch mit Abstand der grösste Risikofaktor für vollendeten Suizid darstellt. Im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung ist das Risiko um das 40-Fache erhöht. Die Studie enthält neben den regionalen Daten auch gesamtschweizerische Zahlen aus früheren Jahren.

Junge Frauen am stärksten betroffen

Im Monitoring des BBgD wurden in der Agglomeration Bern insgesamt 685 Suizidversuche im Zeitraum zwischen 2004 und 2007 erfasst. Das sind 102,4 Fälle pro 100 000 Einwohner und Jahr. Im Vergleich zu früheren Phasen sind die Suizidversuche in der Agglomeration Bern leicht zurückgegangen: Zwischen 1989 und 1990 betrug die durchschnittliche Inzidenz 132/100 000 Einwohner und zwischen 1993 und 1995 120 Fälle pro 100 000 Einwohner. Ansonsten lassen sich grundsätzlich keine neuen Trends ausmachen. Wie schon in früheren Jahren sind die 15- bis 29-Jährigen die am stärksten betroffene Altersgruppe, wobei die höchste Rate bei den 20- bis 24-jährigen Frauen gefunden wurde. Suizidversuche mit Medikamenten sind bei beiden Geschlechtern die häufigste Methode. Die Anzahl der Suizide durch Sturz bzw. Sprung in die Tiefe ist in der Region und Stadt Bern wegen der vielen «Suizid-Brücken» deutlich häufiger als in der übrigen Schweiz.



Trauriger Schusswaffenrekord

Bei den rund 1300 Suiziden pro Jahr sind Vergiftungen mit Medikamenten, Erschiessen und Erhängen die drei häufigsten Methoden. Erschiessen ist die häufigste Methode bei den Männern, wobei Erhängen fast ebenso oft vorkommt. In keinem andern Land gibt es so viele Schusswaffensuizide wie in der Schweiz. Bei Frauen dominieren die Suizide durch Vergiftungen. Diese Suizidmethode ist in den letzten zehn Jahren stetig angestiegen, bei den Frauen ungleich stärker als bei den Männern. Die vierthäufigste Methode ist Suizid durch Sprung aus der Höhe. Es ist die einzige Methode mit hoher Letalität, welche häufiger von Frauen als von Männern angewendet wird.

Grosser Nachholbedarf in der Prävention

Wie in allen westeuropäischen und westlichen Ländern ist die Suizidrate in der Schweiz in den letzten zehn Jahren bei den Männern stetig gesunken. (Hingegen sind die Raten bei den Frauen seit 1999 leicht zunehmend, insbesondere im hohen Alter.) Die Ursachen dafür sind unklar. Viele Experten gehen davon aus, dass Massnahmen zur Prävention Wirkung zeigen. Ob diesem erfreulichen Trend darf man nicht vergessen, dass die Suizidrate in der Schweiz mit 17 Fällen pro 100 000 Einwohner immer noch sehr hoch ist; im Vergleich mit westlichen Ländern liegt sie im oberen Drittel. Expertinnen und Experten vertreten die Meinung, dass es wirkungsvolle Massnahmen zur Reduktion der Suizidhäufigkeit gibt. In der Schweiz besteht in dieser Beziehung aber noch ein grosser Nachholbedarf. Die wichtigsten Bereiche, die für präventive Massnahmen in Frage kommen, sind:

- 1 Aufklärung der Bevölkerung bzw. von Schlüsselpersonen hinsichtlich Depressionen und deren Behandlungsmöglichkeiten sowie Suizidalität bei Männern und Frauen unabhängig von Geschlecht, Alter und Herkunft.
- 2 Verbesserung der Nachbehandlung von Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben, welche

Geschlecht, Alter und Herkunft berücksichtigt.

- 3 Beeinflussung der Verfügbarkeit von Mitteln zum Suizid (z. B. Änderung der Heimabgabe der Armeewaffen bzw. Waffengesetzgebung, Sicherung von Suizid-Hotspots [Brücken]),
- 4 Beeinflussung der ärztlichen Verschreibungspraxis von Medikamenten

Beeinflussung der Medienberichterstattung über Suizid

Das Nürnberger Bündnis gegen Depressionen hat gezeigt, dass mit einem umfassenden Programm in kurzer Zeit ein Rückgang der Anzahl suizidaler Handlungen (Suizide und Suizidversuche) erreicht werden kann; mit seinem Aktionsprogramm hat es die Suizidrate in Nürnberg zwischen 2000 und 2002 um 25% reduzieren können. Bis jetzt sind entsprechend dem Nürnberger Modell gewisse Massnahmen in den Kantonen Zug und Bern umgesetzt worden. Wie für das Nürnberger Bündnis ist für das Berner Bündnis die fortlaufende Erfassung des suizidalen Verhaltens in der Agglomeration Bern und die Evaluation der Auswirkungen des Präventionsprojektes ein wesentliches Element seiner Arbeit.

Kontakt: Regula Rička,
Abteilung Multisektorale Projekte
regula.ricka@bag.admin.ch

Berner Bündnis gegen Depression

Das Berner Bündnis gegen Depression (BBgD) wurde von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD), dem Verein Equilibrium und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) initiiert. Das BBgD wurde nach dem erfolgreichen Vorbild des Nürnberger Bündnisses gegen Depression geschaffen.

Links zum Thema:
www.berner-buendnis-depression.ch
www.buendnis-depression.de (Nürnberger Bündnis gegen Depression)

Symposium act-info 2009: Suchtmittelkonsum in der Schweiz – Trends und neue Herausforderungen

Schweizerisches Monitoring-system. Am 5. März 2009 findet in Bern das erste act-info-Symposium statt.

Unter dem Titel «Suchtmittelkonsum in der Schweiz – Trends und neue Herausforderungen» lädt act-info Fachleute, Forschende und weitere Interessierte ins Kongresszentrum des Stade de Suisse Wankdorf in Bern ein.

Das schweizerische Monitoringsystem act-info wurde 2004 ins Leben gerufen und entstand durch die Harmonisierung der Erhebungsinstrumente der fünf bestehenden bereichsspezifischen Statistiken der Suchthilfe. Die gesammelten Daten ermöglichen bereichsübergreifende Analysen zu den Merkmalen der Klientinnen und Klienten des Suchthilfesystems als Ganzes.

An diesem Symposium werden die von der Praxis erkannten und vom Monitoringsystem act-info bestätigten Trends und Herausforderungen der verschiedenen Arbeitsbereiche in vier Fachreferaten dargestellt, welche sowohl Praxis wie auch Forschung berücksichtigen.

Das Symposium hat das Ziel, Praxis und Forschung einander näherzubringen. Die Resultate aus den Workshops, welche am Nachmittag durchgeführt werden, sollen dem BAG die Möglichkeit bieten, sein drogenpolitisches Angebot den formulierten Bedürfnissen anzupassen.

Das Symposium ist konzipiert für

- Fachleute des Suchtbereichs
- Schlüsselpersonen im Gesundheits-, Sozial- und Jugendbereich
- wissenschaftlich Tätige
- weitere Interessierte

Der Anlass wird vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Zusammenarbeit mit Infodrog organisiert und durchgeführt.

Weitere Informationen erhalten Sie auf der Website www.actinfo2009.ch oder bei Infodrog, Roberto da Pozzo, office@infodrog.ch, Tel. +41 31 376 04 01.

Kontakt: Christopher Eastus,
Projektleiter act-info,
christopher.eastus@bag.admin.ch

«Präventive Interventionen werden zunehmend unter dem Gesichtspun-

Interview mit Rolf Rosenbrock. Der Berliner Public-Health-Spezialist, der gerade für die Evaluation der Schweizer HIV/Aids-Politik ein internationales Expertenpanel zusammenstellt, äussert sich zum Thema Forschung und Evaluation in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention.

spectra: Professor Rosenbrock, Sie sind zu Besuch in der Schweiz. Was ist der Grund dafür?

Rosenbrock: Das Bundesamt für Gesundheit möchte eine internationale Evaluation der Schweizer Aids-Politik unternehmen, um damit bessere Informationsgrundlagen und zusätzliche Ideen zur Ausgestaltung der neuen Aids-Strategie der Schweiz zu bekommen, die zu Beginn des Jahres 2011 in Kraft treten soll.

Und Sie werden diese Evaluation durchführen.

Genau. Es handelt sich dabei um eine hochinteressante Herausforderung und ist deshalb besonders interessant, weil – wie wir ja alle wissen – die Schweiz, was Aids-Politik und insbesondere Aids-Prävention angeht, weltweit zu den führenden Ländern gehört. Gerade an einem solch herausragenden Fall kann besonders gut nachgeprüft werden, was man vielleicht noch besser machen könnte.

Eine Einladung aus dem Ausland, ein nationales Programm zu evaluieren, ist nicht unbedingt üblich ...

Stimmt, das ist alles andere als üblich. Aber ich bin schon verschiedentlich in solchen internationalen Zusammenhängen tätig geworden und schätze auch in meiner Arbeit den Einbezug internationaler Evaluatoren. Wenn man aus dem Ausland kommt, verändert sich der Blickwinkel. Wenn wir ein internationales Expertenpanel zusammenstellen, vereinen wir Sichtweisen aus Ländern, die alle ziemlich weit fortgeschritten sind in der Aids-Politik. Aber alle sind ein bisschen anders organisiert. Wir hoffen, aus der Summe dieser unterschiedlichen Blickwinkel Synergien zu ziehen, die vielleicht auch in der Schweiz liebgewonnene Sehgewohnheiten auf Institutionen und Praktiken der Prävention in einem neuen Licht erscheinen lassen oder Neubewertungen zulassen.

Sie haben die Schweizer HIV/Aids-Politik als weltweit führend bezeichnet. Ist die Schweizer Evaluationspolitik auch entsprechend innovativ?

Zunächst einmal ist es durchaus nicht die Regel, dass sich ein Land mit einem Teil seiner Gesundheitspolitik einem internationalen Expertenpanel öffnet. Das ist für sich genommen schon ein Ausweis für hohe fachliche und politische Professionalität. Ich kenne nicht alle Winkel der Schweizer Evaluationspolitik, aber im Falle von Aids weiss ich,

dass in der Schweiz praktisch nichts passiert, ohne dass dem eine sorgfältige Evaluation des Vorausgegangenen zugrunde liegt.

Der politische Druck, insbesondere der Kostendruck, auf gesundheitspolitische Massnahmen ist in der Schweiz stark gewachsen. Evaluationen müssen immer mehr die getroffenen Massnahmen rechtfertigen. Stellen Sie in anderen Ländern eine ähnliche Situation fest?

Ausgaben für präventive Massnahmen stehen weltweit immer unter einem sehr viel höheren Legitimationsdruck als Ausgaben für die Krankenversorgung und die klinische Medizin. Dieses Ungleichgewicht behindert nach wie vor weltweit – auch in der Schweiz – die Entfaltung dessen, was Public Health heute an Interventionen generieren könnte. Ansonsten ist es natürlich so, dass wir auch in Deutschland spüren, dass präventive Interventionen zunehmend unter dem Gesichtspunkt der Kostenwirksamkeit betrachtet werden. Aber das ist für sich genommen auch in Ordnung, denn wir alle wollen das Geld dort anlegen, wo es den höchsten Ertrag bringt. Aber es wird schwierig, wenn wir Leistungen nicht mehr danach auswählen, ob sie am wirksamsten sind, sondern bei vorgegebener Kostenobergrenze nur noch das machen dürfen, was billig genug ist. Aber so verstehe ich diesen Auftrag der Aids-Politik der Schweiz überhaupt nicht, und ich glaube auch nicht, dass sich das Expertenpanel als Sparkommissar versteht, sondern wir wollen die Qualität verbessern.

Sie haben drei konkrete Fragestellungen mit auf den Weg bekommen. 1. Warum schafft es die Schweiz nicht, die Zahl der jährlichen Neuansteckungen unter 350 zu senken? 2. Werden Infizierte adäquat therapiert? und 3. Wie kann man die Schweizer HIV/Aids-Politik verbessern?

Die beiden ersten Fragen enthalten ei-

nen klaren Auftrag zur Evaluation. Ist das, was gemacht wird, gut und kann es noch verbessert werden? Die Zahl der Neuansteckungen unter 350 zu senken, ist ein sehr grosses Ziel. Es würde sich um eine Halbierung der heutigen Infektionszahl handeln. Wir gehen davon aus, dass es keine einzelne Stellschraube gibt, an der man nur drehen muss, um die ganze Aids-Prävention besser zu machen. Das Grundmodell der Aids-Prävention in seinen Grundzügen ist in allen industrialisierten Ländern ziemlich ähnlich und hat sich auch bewährt. Trotzdem gibt es natürlich eine Fülle von Stellschrauben, wo man Aufgaben und Verantwortlichkeiten umverteilen und neu zuordnen kann. Wir glauben, dass aus der Summe der verschiedenen Veränderungsmöglichkeiten, die sich am Modell ergeben, substanzielle Verbesserungen resultieren können.

Bei der zweiten Frage geht es eigentlich darum, dass wir bei HIV/Aids derzeit

«Die Primärprävention muss sich dagegen wehren, unbesehen die Evaluationsmassstäbe der kurativen Medizin zu übernehmen.»

den seltenen Fall haben, dass die kurative Medizin der Primärprävention sehr energisch zu Hilfe gekommen ist. Dies infolge der Tatsache, dass bei HIV-Infizierten, die unter einer ordentlichen Kombinationstherapie stehen, das Infektionsrisiko null oder sehr gering ist. Es geht eigentlich darum, zu organisieren, dass Menschen rechtzeitig von ihrer HIV-Infektion erfahren und dazu motiviert werden, zum medizinisch richtigen Zeitpunkt eine Therapie zu beginnen und dann auch durchzuhalten, was ja auch primärpräventive Effekte hat. Das Thema ist also Inanspruchnahme des Tests, Inanspruchnahme der medikamentösen Versorgung und das Dabeibleiben bei der Therapie.

Aus der Summe der Antworten der beiden ersten Fragen – also wie kann man die primärpräventiven Akteure neu zus-

tieren und ihre Aufgaben neu zuordnen, und wie kann man die präventiven Potenziale der kurativen Medizin optimal nutzen – folgt dann die Antwort auf die dritte Frage, die – so verstehe ich es – politische Empfehlungen enthalten soll.

Was ist Ihrer Meinung nach das Aussergewöhnliche an der Schweizer HIV/Aids-Politik?

Was die Schweiz vor allem auszeichnet, ist, dass sie in jedem Gebiet und in jeder Gruppe mit einer erhöhten Prävalenz sehr schnell den internationalen Forschungsstand aufgenommen und in bemerkenswertem Tempo in die Praxis umgesetzt hat. Hinzu kommt die Stärke, die die Schweiz nicht nur in der HIV/Aids-Politik auszeichnet: die grosse Fähigkeit zur Systematik und zum Durchhalten.

Als HIV nach Europa und damit auch in dieses Land kam, war die Schweiz in einer sehr ungünstigen Ausgangsposition. Und zwar wegen der zwei stark betroffenen Gruppen der Männer, die Sex mit Männern haben, und der intravenös Drogenkonsumierenden. In beiden Szenen war damals sehr viel los, sie waren sehr gross und es bestand ein sehr hohes Infektionsrisiko. Die Schweiz kämpft im Grunde bis heute damit, diesen Vergleich mit anderen europäischen Ländern grossen Nachteil zu Beginn des Kampfes gegen Aids mit Primärprävention auszugleichen. Dabei sind sehr gute und grosse Fortschritte gemacht worden.

Verlassen wir das Thema HIV/Aids und gehen wir über zur Evaluation von Gesundheits- und Präventionsmassnahmen im Allgemeinen. Der Trend zu erhöhten Ansprüchen in puncto «evidence-based» verstärkt sich immer mehr. Wie sehen Sie die Entwicklung in der Forschungslandschaft, die daraus resultiert?

Zunächst muss sich die Primärprävention dagegen wehren, unbesehen die Evaluationsmassstäbe der kurativen Medizin zu übernehmen. Der erste Unterschied fällt ins Auge: Bei Primärprävention und Gesundheitsförderung gilt

Internationale Experten untersuchen Schweizer HIV/Aids-Politik

Das Bundesamt für Gesundheit lässt die schweizerische HIV/Aids-Politik durch ein unabhängiges internationales Expertengremium unter Leitung von Prof. Dr. Rolf Rosenbrock beurteilen.

Die Strategie des BAG zur Bekämpfung von HIV/Aids in der Schweiz orientiert sich an folgenden drei Achsen:

- Eine Generalisierung der HIV Epidemie in der Bevölkerung verhindern
- Die Ausbreitung in Gruppen mit hoher Prävalenz bremsen
- Keine Neuinfektionen in festen Paaren

Bei der Umsetzung von Massnahmen entlang dieser drei Achsen der HIV/Aids-

Politik stellen sich aus der Sicht des BAG zurzeit drei zentrale Fragen:

1. Weshalb schafft es die Schweiz nicht, die Anzahl Neumeldungen der HIV-Infektionen auf unter 350 pro Jahr zu reduzieren?
2. Sind alle HIV-infizierten Personen, die eine Therapie benötigen, in adäquater Behandlung?
3. Was sollte die Schweiz in der HIV/Aids-Politik besser machen?

Ein unabhängiges internationales Expertengremium unter Leitung von Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung) beurteilt die schweizerische HIV/Aids-Politik anhand

der obigen Fragestellung. Der Einsatz dieses Expertengremiums bezweckt die Gewinnung von Entscheidungsgrundlagen für die Politik- und Strategieentwicklung im Bereich HIV/Aids und trägt somit zur Konzeption eines Nationalen HIV/Aids-Präventionsprogramms 2011+ bei. Als Schweizer Experte nimmt Prof. Dr. Daniel Kübler Einsitz im Gremium und leitet zudem die Geschäftsstelle. Die Berichte des Expertengremiums (Hintergrundbericht und Expertenbericht) liegen Ende 2009 vor.

Kontakt: Herbert Brunold, Stv. Leiter Fachstelle Evaluation und Forschung, herbert.brunold@bag.admin.ch

kt der Kosten-Wirksamkeit betrachtet.»



Rolf Rosenbrock

es im Grunde, die Bedingungen dafür zu schaffen, dass Menschen lange und ohne gesundheitliche Einschränkungen leben. Bei Evidence-Based Medicine geht es darum, eine bestimmte Krankheit nach einer bestimmten Zeit mit medizinischen Interventionen auf eine bestimmte Weise beeinflusst zu haben. Schon dieser riesengrosse Unterschied im Endpunkt dessen, was wir betrachten, macht die Übertragung der Techniken und Methoden der Evidence-Based Medicine auf die Primärprävention schwierig bis unmöglich. Zum andern haben wir es regelmässig gerade bei so komplexen Geschehen wie Aids-Prävention mit nichtstandardisierbaren Interventionen zu tun, und das trennt uns methodisch gesehen ganz grundsätzlich von der kurativen Medizin. Wir haben deshalb eine ganze Reihe anderer Messmethoden und Messpunkte entwickelt, an denen wir Evidenz für Public-Health-Interventionen messen. In der Regel ist es so, dass bei Primärinterventionen die Evaluation umso leichter ist, je weniger komplex die Intervention ist. Andererseits wissen wir, dass die komplexeren Interventionen die wirksameren sind. Das heisst, wir müssen Methoden der Qualitätssicherung und der Evaluation finden, die den Suchprozess, der die Prävention ja weithin kennzeichnet, nicht behindern, sondern fördern.

Wie beurteilen Sie die Situation der Schweiz als Nicht-EU-Mit-

glied in der internationalen Forschergemeinschaft? Ist sie benachteiligt oder hat sie eine privilegierte Sonderstellung?

In der Forschung spielt sich heute sehr viel auf EU-Ebene ab. Und regelmässig haben wir es mit Themen zu tun, bei denen die Schweiz eigentlich unbedingt dazugehören müsste. Ich weiss von den Forschergemeinschaften, mit denen ich vertraut bin, dass immer grosse Mühe darauf verwendet wird, das institutionell Trennende überhaupt nicht wirksam werden zu lassen. Auf der Wissenschaftsebene überspielen wir im Grunde genommen dauernd die Tatsache, dass die Schweiz noch nicht zur EU gehört.

Also Sie sehen keine Benachteiligungen oder Hindernisse.

Doch, es ist schon ein Problem. Die gebündelte Kraft der EU-Rahmenprogramme in Sachen Finanzen, Fokussierung

und Richtungsgebung geht teilweise natürlich an der Schweiz vorbei.

Denken Sie, dass die Legitimation von Gesundheitsmassnahmen durch wissenschaftliche Resultate in verschiedenen Bereichen unterschiedlich ist? Muss man bei Aids zum Beispiel anders vorgehen als bei der Suchtprävention für Jugendliche?

Das moderne Paradigma von Primärprävention einschliesslich Gesundheitsförderung hat eine Reihe von Eckpunkten. Wir achten erstens immer sowohl auf Gesundheitsbelastungen als auch Gesundheitsressourcen. Zweitens müssen wir unbedingt nach Lösungen suchen, an denen die Betroffenen beteiligt sind – das Moment der Partizipation ist also essenziell. Drittens wissen wir, dass wir nicht gut intervenieren, wenn wir unmittelbar am Problem intervenieren und dabei die entfernt liegenden Faktoren ausser Acht lassen. Und wir wissen, dass wir in Lebenswelten intervenieren müssen und nicht einfach von aussen Ratschläge erteilen dürfen. Wenn wir das alles noch mit einem guten System begleitender, ebenfalls partizipativ organisierter Qualitätssicherung verbinden, dann haben wir einen Rahmen, der sowohl für Sucht- wie für Adipositas- und für HIV-Prävention gilt. Das ist gewissermassen auch ein Verdienst der Aids-Politik, die ja als Pilotfall für New Public Health Massstäbe gesetzt hat und ein Erprobungsfeld gewesen ist, von

dem andere Felder der Primärprävention sehr stark profitieren.

In welche Richtung wird sich die Evaluation von Gesundheitsprojekten in der Schweiz und in Deutschland entwickeln? Was sind Ihre Visionen und Vorstellungen?

Beide Länder haben das Problem, dass die Zukunftsmusik der Prävention in zwei Interventionstypen spielt. Das ist zum einen die Entwicklung gesundheitsförderlicher Settings. Das kann die Schule, die Kindertagesstätte, der Betrieb, das Altenheim oder ein ganzer Stadtteil sein. Zum andern haben wir den Interventionstyp Kampagne, wobei grosse Gesundheitskampagnen regelmässig viele Settingprojekte einschliessen. Wir sind jetzt dabei, eine Methodik zu entwickeln, wie man die Qualität von Settingprojekten verbessern kann. Wir müssen davon ausgehen, dass wir auf absehbare Zeit die unmittelbaren Ge-

«Die Aids-Politik hat als Pilotfall für New Public Health Massstäbe gesetzt, von denen andere Felder der Primärprävention sehr stark profitieren.»

sundheitswirkungen unserer Interventionen nicht direkt messen können. Wir wissen aber insgesamt, dass diese Interventionen wirken, und sind deshalb besonders daran interessiert, die Qualität der Interventionen zu verbessern. Das ist das, was wir die partizipative Qualitätssicherung nennen, an der auch an meinem Institut viel geforscht wird – natürlich in Zusammenarbeit mit denen, die die Intervention machen. Es wird nicht von oben oder aussen gesagt, wie es besser gemacht werden soll, sondern gewissermassen von unten und innen. Das Gleiche gilt für Kampagnen. Da ist es natürlich noch schwieriger, weil Kampagnen Aktivitäten auf mehreren Ebenen mit verschiedenen Akteuren umfassen und mit verschiedenen Instrumenten arbeiten. In unserer wunderlichen Public-Health-Sprache heisst das multimodale Mehrebenen-Kampagne. Diese stellt völlig neue Herausforderungen an eine Evaluation. Es ist nicht leicht zu sagen, wie viele HIV-Infektionen durch die hervorragende Arbeit der Schweizer Aids-Politik konkret verhindert worden sind. In Deutschland sind solche Berechnungen gemacht worden. Ich halte das methodisch zum Teil für sehr heroisch, was dort an Annahmen eingeht. Aber heute genügt uns schon, wenn wir mit plausiblen Argumenten sagen können: «Wenn das verändert wird, wird sich die Qualität der Intervention verbessern und damit auch die gesundheitliche Wirksamkeit.» Viel weiter sind wir in der Evaluation von Kampagnen und Settingprojekten noch nicht. Andererseits sind die Ergebnisse aus dem Feld Aids oder betriebliche Ge-

sundheitsförderung, was die Wirkungsmessung angeht, so überzeugend, dass wir auf der Basis dieser Benchmarks sagen können, es lohne sich, dort in die Qualität zu investieren. Die Frage der Wirksamkeit im engsten Sinne, also die Frage nach der Anzahl verhinderter HIV-Ansteckungen oder Herzinfarkte, können wir heute noch nicht beantworten, aber wir sind auf der Strasse dorthin.

Aber das sind genau die Antworten, die Politiker überzeugen würden. Also Rechnungen wie: «Ein verhinderter Herzinfarkt bedeutet 100 000 Franken gesparte Gesundheitskosten. Gebt uns 1 Million Franken, und wenn wir damit 11 Herzinfarkte verhindern können, hat sich die Investition schon gelohnt.»

Das würde die heute noch sehr starke Benachteiligung der Prävention gegenüber der Krankenversorgung etwas abschwächen. Aber nach meiner Erfahrung ist es so, dass die Bereitschaft zum Beispiel von Unternehmern, in betriebliche Gesundheitsförderung zu investieren, nicht primär davon abhängt, wie viel sie wirklich an Arbeitsunfähigkeitstagen sparen. Wenn ich zeigen kann, dass die Arbeitszufriedenheit, die Arbeitsmotivation, die Innovationsoffenheit und die Betriebsbindung zunehmen und zugleich die Arbeitsunfähigkeit sinkt, dann ist der Arbeitgeber auch bereit zu investieren.

Können Sie zum Schluss kurz Ihr Institut vorstellen?

Uns geht es darum, die fördernden und hemmenden Bedingungen von sozialen Innovationen auf den Feldern der Gesundheitspolitik zu erforschen. Das heisst, wir haben eine Vorstellung davon, was besser und anders sein könnte und müsste. Wir überlegen uns, welche Wege vom heutigen Zustand zum besseren Zustand führen können. Wir erforschen zwar auch, wie Interventionen gemacht werden, wie sie wirken und wie man ihre Qualität sichern kann, aber unser Schwerpunkt liegt darin, Innovationen Wirklichkeit werden zu lassen.

Unser Gesprächspartner

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Jahrgang 1945, leitet am Wissenschaftszentrum Berlin die Gesundheitsforschung. Seine Forschungsgruppe Public Health umfasst ca. 15 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. Darüber hinaus ist Rosenbrock Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirates der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (zuständig für die Aids-Prävention der Allgemeinbevölkerung in Deutschland). Er wirkt als Mitglied des nationalen Aids-Beirates in Deutschland und ist Mitglied des siebenköpfigen Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – des ranghöchsten akademischen Gremiums, das die Gesundheitspolitik in Deutschland berät.

Neue Optik bringt neuen Handlungsbedarf ans Licht

Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Gesellschaftliche und soziokulturelle Bedingungen haben einen starken Einfluss auf die Gesundheit und das individuelle Verhalten. Auf der Basis dieser Forschungserkenntnisse beschreibt der Gesundheitsbericht 2008 den aktuellen Zustand der Schweizer Bevölkerung und die wichtigsten Themen der Schweizer Gesundheits- und Gesellschaftspolitik.

In der Gesundheitsdiskussion der letzten Jahre ist man häufig davon ausgegangen, dass viele der neuen chronischen Erkrankungen in erster Linie durch individuelles Verhalten ausgelöst werden. Ganz nach der Vorstellung: Wer schlecht isst oder sich zu wenig bewegt, wird krank und ist letztlich selbst dafür verantwortlich. Die Forschung zeigt jedoch immer deutlicher, dass der Gesundheitszustand des Einzelnen auch von äusseren Einflüssen bestimmt wird. Dazu zählen sozioökonomische Faktoren wie Bildung, Beruf und Einkommen sowie soziokulturelle Determinanten wie Geschlecht, ethnische Herkunft oder gesellschaftlicher Status. Wie gesund eine Gesellschaft ist, hängt also sowohl von individuellen als auch von gesellschaftlichen Bedingungen ab.

Zusammenhänge erkennen und multisektoral lösen

Der Nationale Gesundheitsbericht 2008 «Gesundheit in der Schweiz» beschreibt erstmals die Gesundheit der Bevölkerung im Lichte dieser sozialen Gesundheitsdeterminanten. Die Schweiz ist damit mit Schweden und Finnland eines der ersten Länder in Europa, die dieses neue Konzept aufgreifen. Mit diesem Vorgehen verbunden ist die Überzeugung, dass Gesundheitspolitik mehr leisten muss, als die Versorgung erkrankter Menschen sicherzustellen. Sie sollte auch dazu beitragen, die sozialen Bedingungen so zu gestalten, dass möglichst vielen Menschen der Zugang zu den Ressourcen des Gesundheitssystems ermöglicht wird. Dabei gilt es vor allem, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen.

Ein solcher Ansatz bringt mit sich, dass ein Gesundheitsbericht nicht einfach Daten sammelt, die den Gesundheitszustand einer Gesellschaft darstellen. Vielmehr muss er aufzeigen, wie Gesundheit und Krankheit in unterschiedlichen sozioökonomischen Gruppen verteilt sind – für Männer und Frauen getrennt und betrachtet über die ganze Lebensspanne von der Kindheit bis ins hohe Alter. Der Bericht «Gesundheit in der Schweiz» versucht dies, indem er den

Einfluss von Determinanten wie Status, Bildung, soziale Ressourcen, aber auch des familiären und sozialen Umfelds auf die Gesundheit herausarbeitet. Er weist damit auf Zusammenhänge, welche es allen Akteuren im Gesundheitswesen ermöglichen sollen, Ansätze für künftige Verbesserungen im Gesundheitswesen zu entwickeln. Ein solcher Ansatz zeigt auch, dass das Ziel eines gesunden Lebens nicht nur die Gesundheitspolitik im engeren Sinne betrifft, sondern eine multisektorale Aufgabe ist, die viele gesellschaftliche Entscheidungsträger in die Verantwortung nimmt.

Fünf zentrale Themen

Der Bericht «Gesundheit in der Schweiz – Nationaler Gesundheitsbericht 2008» beschreibt in fünf Hauptkapiteln die künftig wichtigsten Themen der Schweizer Gesundheits- und Gesellschaftspolitik:

- Hauptkapitel I führt in das Konzept der Gesundheitsdeterminanten ein.
- Hauptkapitel II befasst sich mit der Gesundheit der Bevölkerung in verschiedenen Lebensphasen und unter prekären Lebensbedingungen.
- Hauptkapitel III bietet eine Übersicht der chronischen Krankheiten und Unfälle.

- Hauptkapitel IV diskutiert die grundlegenden Gesundheitsdeterminanten «Bildung» und «Umwelt».
- Hauptkapitel V informiert über die Inanspruchnahme, die Kosten und die Finanzierung der Gesundheitsversorgung.
- Die abschliessende Gesamtsynthese beschreibt Wege zu einer multisektoralen Gesundheitspolitik.

Jedes dieser Hauptkapitel besteht aus mehreren thematischen Kapiteln, deren wichtigste Botschaften jeweils durch eine Synthese zusammengefasst werden. Abschliessend präsentiert der Bericht eine wissenschaftliche Gesamtsynthese, die nochmals die Wichtigkeit der Strategie «Gesundheit in allen Gesellschafts- und Politikbereichen» verdeutlicht. Damit will der Nationale Gesundheitsbericht auch eine Brücke von der Wissenschaft zur Politik schlagen und einen Beitrag zu aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen leisten.

Gesundheit in der Schweiz – Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Meyer K. (Hrsg.). Verlag Hans Huber. Bern. 2009
La santé en Suisse – Rapport national sur la santé 2008. Meyer K. (ed.). Editions Médecine & Hygiène. Chêne-Bourg. 2008

Gender Mainstreaming in der Public-Health-Forschung

Forschung und Gender. Um das Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit zu erreichen, muss das Prinzip des Gender Mainstreaming vermehrt in die klinische und gesundheitswissenschaftliche Forschung Eingang finden.

Obwohl die Geschlechterunterschiede mittlerweile vielfach belegt sind und in internationalen Studien nachgewiesen werden, ist die Kenntnis über deren Ursachen vergleichsweise gering. Es fehlt an Grundlagenforschung, die sich gezielt den Ursachen für die Unterschiede im gesundheitsrelevanten Verhalten widmet, die insbesondere der Frage nach einer weiteren sozialen Differenzierung nachgeht und die Rahmenbedingungen für Gesundheitsverhalten beleuchtet, um Ansatzpunkte für geschlechtergerechte Präventionsangebote identifizieren zu können.

Verzerrungen vermeiden

Gesundheitspolitische Entscheide sind auf verlässliche Daten der Gesundheitsforschung angewiesen. Das Ziel der Forschung ist es, ein möglichst genaues Abbild der Wirklichkeit zu erhalten. Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass diese Wirklichkeit durch den sozialen Faktor Geschlecht geprägt ist und dieser daher einbezogen werden muss. Die Qualität der Forschungsergebnisse kann durch Gender Mainstreaming gesteigert werden, da geschlechtsbezogene Verzerrungseffekte (Gender Bias) vermieden



werden. Die auf das Geschlecht zurückführenden Verzerrungen zeigen sich in dreifacher Weise: durch die Annahme, dass männliche Verhaltensweisen die Norm darstellten (Androzentrismus); durch das Ignorieren der Variable Geschlecht (Geschlechtsinsensibilität) oder durch geschlechterstereotype Bewertung von Forschungsergebnissen (doppelte Bewertungsmaßstäbe).

Gender Mainstreaming konsequent umsetzen

Gender Mainstreaming in der Forschung bedeutet einerseits die konsequente Berücksichtigung der Genderdimension des Forschungsgegenstandes im gesamten Forschungsprozess (De-

sign, Fragestellung, Methodik, Analyse und anschliessender Dokumentation). Andererseits haben auch Verantwortliche für die Forschungsvergabe ihre Aufgabe zu erfüllen, wenn Gender Mainstreaming gelingen soll. Die Prüfung der Gender-Relevanz des Forschungsprogramms orientiert sich im Wesentlichen an der Frage, ob und in welcher Weise Männer und Frauen unterschiedlich von den Forschungsfragen bzw. dem Forschungsgegenstand betroffen sein könnten. Bei der Beschreibung des Forschungsgegenstandes sowie bei der Festlegung der Zielsetzungen ist explizit festzulegen, dass die Berücksichtigung der Kategorie Gender integraler Bestandteil des Forschungsvorhabens

werden soll. In den Ausschreibungsunterlagen muss klar zum Ausdruck kommen, dass eine durchgängig gleichstellungsorientierte Gestaltung des gesamten Forschungsprozesses erwartet wird. Die erfolgreiche Umsetzung von Gender Mainstreaming im Forschungsprojekt bedingt zudem die Berücksichtigung von Gender-Aspekten als Kriterium der Auswahl. Im Vergabegremium von Forschungsprojekten sollte eine ausgewogene Besetzung mit Männern und Frauen angestrebt werden und sichergestellt sein, dass Beteiligte über Genderkompetenz verfügen.

Kontakt: Verena Hanselmann,
Projekt Gender Health,
verena.hanselmann@bag.admin.ch

Neue Fakten zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten



Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz. Zusätzliche detaillierte Datenanalysen zeigen die wichtigsten Risikofaktoren für die Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz auf.

Das 2004 durchgeführte Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz (GMM) lieferte erstmals detaillierte Daten über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten sowie die Inanspruchnahme der Gesundheitseinrichtungen von Migrantinnen und Migranten. Die nach Geschlecht und Alter beschreibend analysierten Daten zeigten beispielsweise, dass Tamilinnen wenig Sport treiben oder dass die psychische Gesundheit von Asylsuchenden aus dem Kosovo sehr schlecht ist. Unklar blieb dabei allerdings, ob sich etwa das Sportverhalten einer Tamilin von demjenigen einer gleichaltrigen Schweizerin mit vergleichbarem sozialem Status unterscheidet. Welche Rolle spielen Aspekte wie die sozioökonomische Situation, die soziale Integration oder der aufenthaltsrechtliche Status für die Gesundheit, und welches Gewicht hat letztlich das Merkmal «Migrationshintergrund»?

Zwei multivariate Datenanalysen haben auf der Grundlage der GMM-Daten untersucht, welche Faktoren für die Gesundheit der gesamten Bevölkerung relevant sind und welche Einflussfaktoren ausschliesslich für die Migrationsbevölkerung eine Bedeutung haben. Die Resultate liegen nun vollständig vor.

Daten und Methodik

Die Grundgesamtheit des GMM bildet die schweizerische und die nichtschweizerische Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 74 Jahren; sie setzt sich aus drei Modulen zusammen. Modul I beinhaltet

die in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2002 erfassten Einheimischen sowie die Migrationsbevölkerung aus Italien, Deutschland, Österreich und Frankreich; Modul II umfasst die ständig ansässige ausländische Wohnbevölkerung aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien, aus Portugal, der Türkei und Sri Lanka und Modul III Asylsuchende aus Sri Lanka und dem Kosovo, die sich seit mindestens 12 Monaten in der Schweiz aufhalten. Für Modul II und III wurden anhand eines in Anlehnung an die SGB konzipierten und erweiterten Fragebogens gesamthaft gut 3000 telefonische Interviews in den jeweiligen Muttersprachen der Befragten durchgeführt. Die gewonnenen Daten basieren auf Selbstdeklaration. Die anschliessend durchgeführten Datenanalysen erfolgten anhand von Modellen der logistischen Regression.

Hoher Einfluss von Alter und Schichtzugehörigkeit

Nicht überraschend zeigen die Datenanalysen für die untersuchten Einheimischen wie für die Migrantinnen und Migranten einen starken Einfluss des Alters und der sozioökonomischen Situation auf die Gesundheit. Der Gesundheitszustand verschlechtert sich in den meisten Fällen mit zunehmendem Alter. Damit einhergehend werden auch Gesundheitsleistungen verstärkt in Anspruch genommen. Auch die Zugehörigkeit zu sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten wirkt sich – bei Einheimischen wie bei Migrantinnen und Migranten – ungünstig auf die Gesundheit aus und erhöht das Inanspruchnahmeverhalten. Für die Migrationsbevölkerung ist dies von besonderem Belang, weil sich ein Grossteil der Migrationsbevölkerung in der Schweiz in einer ungünstigen sozioökonomischen Situation befindet.

Soziale Isolation, Diskriminierung und Integration

Nebst dem Alter und der Schichtzugehörigkeit gibt es einige weitere Aspekte, die für die Gesundheit der untersuchten Migrantinnen und Migranten massgebend sind: So ist der allgemeine Gesundheitszustand entscheidend dadurch beeinflusst, ob jemand sozial isoliert ist, ob Diskriminierung erfahren wurde und ob sich jemand heimatlos fühlt. Hier scheint insbesondere das Fehlen eines Partners/einer Partnerin bei Asylsuchenden, aber auch bei Niedergelassenen nach einer Scheidung bedeutend zu sein. Personen mit schwachen Kenntnissen einer Landessprache oder mit einem tiefen Integrationsniveau schätzen ihre Gesundheit ebenfalls vermehrt schlecht bis sehr schlecht ein. Ebenfalls weniger gesund fühlen sich übergewichtige, kinderlose und sportlich inaktive Personen der Migrationsbevölkerung.

Nationalität und Migrationshintergrund

Wenn die Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz wesentlich durch die sozioökonomische und die soziale Situation beeinflusst wird, welchen Einfluss haben dann die Nationalität und der Migrationshintergrund? Aus den Datenanalysen geht deutlich hervor, dass auch nach der statistischen Kontrolle der genannten Aspekte klare Unterschiede zwischen einzelnen Migrationsgruppen und Migrationsprofilen bestehen: So weisen die deutschen, österreichischen und französischen Staatsangehörigen eine ähnlich positive Situation auf wie die schweizerischen. Im Kontrast dazu sticht der ausgesprochen schlechte Gesundheitszustand von unter 50-jährigen türkischen Männern und Frauen hervor. Türkische Staatsangehörige gehen, unabhängig von ihrem Gesundheitszustand, durchschnittlich

häufiger zum Arzt und lassen sich häufiger Medikamente verschreiben als andere Gruppen. Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus Sri Lanka weisen in Bezug auf Vorsorgemassnahmen besonders ungünstige Werte auf. Unabhängig von anderen Faktoren ist zudem auch der Aufenthaltsstatus für die Gesundheit bedeutsam: Asylsuchende deklarieren besonders häufig eine schlechte subjektive und eine schlechte psychische Gesundheit, beanspruchen häufiger ambulante Versorgungsleistungen und konsumieren häufiger Schlaf- und Beruhigungsmittel.

Detaillierte Bilanz

Im Rahmen der GMM-Umfrage konnten Menschen mit Migrationshintergrund, die von gesamtschweizerischen Umfragen wie der Schweizerischen Gesundheitsbefragung grösstenteils nicht erfasst werden, in der Sprache ihres Herkunftslandes befragt werden. Auf diese Weise konnte eine repräsentative und detaillierte Bilanz der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz erstellt werden. Dank den speziellen Modulen des Fragebogens, insbesondere zu den Themen Integration und Diskriminierung, konnten Risikofaktoren für die Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz aufgezeigt werden, deren quantitative Untersuchung zuvor nicht möglich war. Im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit 2008–2013 ist eine Wiederholung des Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz geplant.

Kontakt: Brigit Zuppinger, Nationales Programm Migration und Gesundheit, brigit.zuppinger@bag.admin.ch

Link zu GMM und zusätzlichen Datenanalysen: www.miges.admin.ch (siehe Forschung / Projekte)

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, geschaeftsstelle@hplus.ch, www.hplus.ch
Rassistische Diskriminierung im Spital verhindern	Ein Handbuch für Institutionen des Gesundheitswesens, herausgegeben von der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik und dem Schweizerischen Roten Kreuz.	CHF 52.– für Nichtmitglieder, CHF 40.– für Mitglieder der SGGP, plus Versandkosten	SGGP, Postfach 2160 8026 Zürich Fax 043 243 92 21 info@sggp.ch www.sggp.ch

Agenda

Titel	Datum/Ort	Kurzbeschreibung	Kontaktadresse
Suchtmittelkonsum in der Schweiz – Trends und neue Herausforderungen	5. März 2009, Bern	siehe Artikel auf Seite 5	www.actinfo2009.ch

Kontakte

Sektionen, Fachstellen	Telefon	Sektionen, Fachstellen	Telefon
Sektion Alkohol und Tabak	031 323 87 86	Sektion Grundlagen	031 323 87 93
Sektion Drogen	031 323 87 13	Sektion Kampagnen	031 323 87 79
Sektion Aids	031 323 88 11	Sektion Chancengleichheit und Gesundheit	031 323 30 15
Aids Dokumentation	031 323 26 64	Sektion Ernährung und Bewegung	031 323 87 55

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

Impressum

spectra Nr. 72, Januar 2009
«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, Christoph Hoigné
Layout: Lebrecht typ-o-grafik, 3006 Bern
Druck: Bütiger AG, 4562 Biberist
Auflage: 6400 Ex. deutsch, 3400 Ex. franz.,
1050 Ex. engl.

Einzelexemplare und Gratisabonnemente von «spectra» können bestellt werden bei:
GEWA, Alpenstrasse 58
Postfach, 3052 Zollikofen
Telefon 031 919 13 13, Fax 031 919 13 14
service@gewa.ch

Die nächste Ausgabe erscheint im Februar 2009.

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

Gute Noten für die Schweizer Suchttherapie

Qualitätssicherung. Seit 2002 wird jährlich eine gesamtschweizerische Erfassung der Klientenzufriedenheit in stationären Suchthilfe-Institutionen durchgeführt. Jetzt liegt eine Bilanz der ersten sechs Erhebungsjahre vor. Die Messwerte sind sehr zufriedenstellend, die Erhebung mit dem Namen «QuaTheSi-39» an sich wird ebenfalls als sehr positiv bewertet.

Die Erhebung QuaTheSi-39 ist Teil des Qualitätsprojektes für den Suchthilfebereich QuaTheDA (Qualität Therapie Drogen Alkohol) des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Dieses beauftragte das Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) mit einer Standortbestimmung des Projektes, die sowohl die Zufriedenheitswerte der Klientel mit den Therapie-Institutionen als auch die Nützlichkeit der Erhebung aus Sicht der Einrichtungen darstellen sollte.

Höchste Zufriedenheit bei älteren KlientInnen

Der Grossteil der Behandlungsaspekte wird positiv beurteilt. Die Klientinnen und Klienten sind unter anderem mit der Einzeltherapie und den Einzelge-

sprächen zufrieden, in denen sie Raum und Gehör für die Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte erhalten. Der Therapieaufenthalt führt gemäss Klientenmeinung zu einem besseren Verständnis für die eigene Abhängigkeit und zu positiven Veränderungen. Auch das Team wird hinsichtlich Aspekten wie Verständnis, Kompetenz und Informationspolitik positiv beurteilt. Weniger gut bewertet werden Angebote wie Gruppentherapie und -gespräche, die Freizeitgestaltung und die Sport- und Kreativangebote. Bei Personen in Drogentherapie zeigt sich eine Unzufriedenheit mit den Ausgangsregeln, die strikter definiert sind als in der Alkoholbehandlung mit durchschnittlich kürzerer Aufenthaltsdauer. Generell zeigt sich, dass ein höheres Alter der behandelten Personen, das Geschlecht (Frauen zufriedener), eine bessere momentane Befindlichkeit sowie die Behandlung in Alkoholeinrichtungen mit höheren Zufriedenheitswerten in den verschiedenen Bereichen einhergehen. Letztere Ergebnisse müssen etwas relativiert werden, im Wissen darum, dass Frauen und ältere Personen gegenüber den angebotenen Dienstleistungen bekanntlich weniger

kritisch sind als junge Männer (die in den Einrichtungen für Drogenabhängige zahlreicher vertreten sind).

Wichtiges Element des Qualitätsmanagements

82% der befragten Einrichtungen beurteilen die quantitativen Auswertungen der QuaTheSi-Erhebung als sehr nützlich oder nützlich. Hauptbegründungen sind die Möglichkeit zum Vergleich der eigenen Ergebnisse mit denjenigen einer Referenzgruppe sowie die Möglichkeit zum institutionsinternen Vergleich, zum Beispiel die Entwicklung über mehrere Erhebungsjahre oder die Gegenüberstellung von Abteilungen. Der qualitative Teil wird von 76% der befragten Institutionen als sehr nützlich oder nützlich eingestuft. Dank dieser Erhebung erhalten die Einrichtungen konkrete Hinweise auf die Klientenbedürfnisse und das Verbesserungspotenzial ihres Angebotes. Für 32% der Institutionen hat QuaTheSi-39 eine grosse Bedeutung im Rahmen ihres Qualitätsmanagements. 76% der Einrichtungen haben aufgrund der Erhebung konkrete Verbesserungsmaßnahmen im Angebot, in der Infrastruktur und in der Organisation ergriffen, und die grosse Mehrheit

(96%) der Einrichtungen wünscht eine Weiterführung von QuaTheSi-39.

Wie geht es weiter?

Die Ergebnisse der Erhebung zeigen wertvolle, aber eher allgemeine Zusammenhänge auf gesamtschweizerischer Ebene auf. Das ISGF empfiehlt deshalb, QuaTheSi-39 in der Funktion eines «Fieberthermometers» weiterzuführen, um allfällige plötzliche Qualitätseinbrüche zu registrieren. Daneben sollte das Projekt jedoch vertieft und ausgebaut werden, zum Beispiel mit je einem zusätzlichen thematischen Modul (Sicherheit, Rückfall, Gender etc.) oder durch den vermehrten Einbezug von Fachleuten aus der Praxis für die Bestimmung relevanter Fragen. Um die Wirkung der Erhebung zu stärken, soll den Institutionen Unterstützung bei der Interpretation der Ergebnisse und bei der Umsetzung allfälliger Verbesserungsmaßnahmen sowie eine Plattform zum gegenseitigen Austausch geboten werden.

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

«Eine solide Gesetzesgrundlage für die Drogenpolitik der vier Säulen»

5 Fragen an Andrea Arz de Falco. Die Vizedirektorin des Bundesamtes für Gesundheit über die Perspektiven der Suchtarbeit nach der deutlichen Annahme der Revision des Betäubungsmittelgesetzes (BetmG) durch das Volk.

Die Suchtarbeit ist für Sie relativ neu. Wie haben Sie auf die Ergebnisse über die Abstimmung Revision BetmG reagiert?

Auch wenn ich an den Arbeiten zur Revision nicht direkt beteiligt war freut mich dieser Erfolg ungemein. Die Revision des BetmG war ein sehr wichtiges Vorhaben der Abteilung NPP, das nun nach einer langen und teilweise auch sehr schwierigen Entwicklungsphase ein gutes Ende gefunden hat. Das ist zuerst mal ein drogenpolitischer Erfolg, denn nun verfügen wir endlich über eine solide gesetzliche Grundlage für die Vier-Säulen-Drogenpolitik, deren Erfolge sich sehr wohl sehen lassen dürfen. Für die involvierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist es zudem eine verdiente Anerkennung für eine grosse Leistung, die viel Durchhaltevermögen erforderte. Wir ruhen aber nicht auf den Lorbeeren aus und verstehen dieses Abstimmungsergebnis auch als Auftrag, uns weiterhin für eine pragmatische, wirksame und menschenwürdige Drogenpolitik einzusetzen.



Welches sind die wichtigsten Neuerungen der Revision?

Wichtigste Neuerungen der Änderung des Betäubungsmittelgesetzes sind:

- Das Vier-Säulen-Prinzip der Schweizer Drogenpolitik hat Eingang ins Gesetz gefunden. Es steht für eine ausgewogene, umfassende und wirksame Drogen- und Suchtpolitik.
- War das bisherige BetmG ausschliesslich auf illegale Drogen ausgerichtet, bietet das revidierte Gesetz die Chance, auch andere Suchtformen in die suchtpolitischen Überlegungen einzubeziehen. Damit tragen wir der unverkennbaren Tendenz zu Mehrfachabhängigkeiten oder suchtförmübergreifenden Problemen Rechnung und können unsere Massnahmen und Strategien in Zukunft noch besser auf die tatsächlichen Probleme ausrichten.
- Die heroingestützte Behandlung, die sich als Therapieform für schwer-süchtige Heroinabhängige als erfolgreich erwiesen hat, wird definitiv im Betäubungsmittelgesetz verankert.
- Die medizinische Anwendung von Cannabis wird erlaubt. Heute besteht ein absolutes Verbot, Medikamente auf Hanfbasis zu verwenden. Dabei bringt die Behandlung mit Hanf-Medikamenten vielen Patienten und Patientinnen Linderung.
- Von besonderer Bedeutung scheint mir, dass das revidierte Gesetz die Kantone in Bezug auf das Anbieten von therapeutischen und präventiven Massnahmen und insbesondere den

Jugendschutz stärker in die Pflicht nimmt als bisher.

- Wichtig ist auch, dass der Bund jetzt aufgefordert ist, Empfehlungen über die Grundsätze zur Finanzierung von Therapien sowie zur Qualitätssicherung zu erlassen. Das ist für uns die Grundlage, um die sehr föderal organisierte Suchthilfe und Prävention evidenzbasiert weiterzuentwickeln und besser aufeinander abzustimmen.

Was bedeutet es neu für die Suchtarbeit auf dem Feld?

Unmittelbare Auswirkungen auf die Suchtarbeit sind kurzfristig nicht zu erwarten. Für die Suchtfachleute ist aber wohl entscheidend, dass im positiven Abstimmungsergebnis die gesellschaftliche Akzeptanz ihrer schwierigen und oft undankbaren Arbeit zum Ausdruck kommt. Die neue gesetzliche Grundlage eröffnet auch den Suchtfachleuten neue Horizonte, da insbesondere die Angebote der Suchthilfe und Prävention durch die künstliche, fachlich nicht zu begründende Trennung in illegale und legale Drogen in ihrer Arbeit teilweise stark behindert waren. Bei dieser Gelegenheit möchte ich mich noch herzlich bedanken bei den Menschen, die in der Suchtprävention, -therapie und -schadenminderung, aber auch in der Repression arbeiten. Besonderer Dank gebührt auch dem Fachverband Sucht und dem Groupement romand d'études des addictions für ihren unermüdlichen Einsatz für das neue Betäubungsmittelgesetz.

Was bedeutet es neu für die Arbeit im BAG?

Bisher hat das BAG die Strategie einer sektoriellen Suchtpolitik mit separaten Programmen für illegale Drogen, Alkohol und Tabak verfolgt. Es hat sich jedoch gezeigt, dass dieses sektorielle Vorgehen und das Nichtbeachten substanzunabhängiger Suchtformen einerseits inkohärent wirkt und Widersprüchen sowie Doppelspurigkeiten Vorschub leistet und andererseits dort schnell an seine Grenzen stösst, wo Betroffene gleichzeitig mit verschiedenen Suchtformen zu kämpfen haben. Deshalb haben wir die drei eidg. Kommissionen für Alkohol-, Tabak- und Drogenfragen beauftragt, ein Leitbild für die Entwicklung einer umfassenden suchtförmübergreifenden Suchtpolitik zu erarbeiten.

Übrigens, wie haben Sie auf Ihre Präsentation in der letzten spectra-Ausgabe reagiert?

Sie sprechen wohl an, dass ich nicht, wie Stefan Spycher, als neue Vizedirektorin des BAG vorgestellt wurde? Nun, ich war natürlich hell empört und sehe darin ein Symbol, dass wir Frauen auf dem harten Weg zur gesellschaftlichen Gleichbehandlung noch hohe Hürden zu überwinden haben ... Nein, im Ernst, ich bin sicher, dass dahinter keine böse Absicht steckt, und kann das gelassen nehmen. Gleichwohl denke ich, dass an solchen Dingen deutlich wird, dass die Gleichstellung der Geschlechter nicht selbstverständlich ist, sondern immer wieder hart erkämpft werden muss.

Die Experten empfehlen Regulierung statt Repression

Cannabisbericht 2008. Regulierung statt Repression lautet das Motto. Das letztjährige Update des erstmals im Jahre 1999 veröffentlichten Cannabisberichts bringt Anzeichen für eine Trendwende, aber keine grundlegenden Veränderungen oder neuen Erkenntnisse zum Cannabiskonsum und seinen Folgen zutage.

Die Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen (EKDF) bezüglich Cannabiskonsum sind grundsätzlich gleich geblieben. Die Kommission bleibt bei ihrer Empfehlung, den Cannabiskonsum grundsätzlich nicht zu bestrafen. Sie setzt sich für ein Regulationsmodell ein, bei dem der Konsum von Cannabis in bestimmten Situationen oder an zu bezeichnenden Orten als Übertretung mit Busse bestraft werden kann (z. B. in öffentlichen Räumen oder auf dem Schulareal). Besonders betont wird die Bedeutung des Jugendschutzes.

Im Vordergrund des Updates stand die Frage, ob sich die Gefährdung durch den Konsum von Cannabis für die Konsumierenden wie auch für die Bevölkerung seit 1999 verändert hat. Der Bericht zeigt Folgendes:

- Seit 2002 ist der Aufwärtstrend beim Cannabiskonsum gebremst und hat einer leichten Abnahme Platz gemacht. Das Konsumniveau ist aber immer noch deutlich höher als im europäischen Umfeld.
- Frühere Meldungen über Probleme mit Cannabis im Schulbetrieb sind nicht mehr bestätigt worden.
- Stationäre Behandlungen wegen Cannabisproblemen sind stabil geblieben, während in der ambulanten Beratung und Behandlung Cannabis anteilmässig zunehmend als Hauptproblem droge auftaucht.
- Die in diesem Zeitraum ebenfalls leicht rückläufigen Konfiskationszahlen für Marihuana könnten auf

eine ähnliche Entwicklung beim Handel hinweisen. Hingegen zeigen die Zahlen über Verzeigungen für Konsum und für Handel eine nur geringfügige Abnahme.

Die Gründe für diese vier Trendwenden sind nicht eindeutig. Unwahrscheinlich ist, dass repressive Massnahmen dafür verantwortlich sind. Ausländische Studien liefern zunehmend Belege dafür, dass Strafpraxis und Drogenpolitik die Konsumneigung und -häufigkeit kaum beeinflussen.

Risiken bestätigt

Insgesamt ergeben sich für die Gesundheitsgefährdung durch Cannabis neue und besser gesicherte Erkenntnisse. Sie sprechen aber nicht für eine generelle Zunahme der Gefährdung für Individuen oder die Gesellschaft, mit Ausnahme einer Gefährdung im Strassenverkehr. Es gibt Hinweise darauf, dass die Gefährdung des Strassenverkehrs durch Fahren unter Cannabiseinfluss zugenommen hat; nicht die Anzahl derer, welche positive Urin- oder Blutproben aufweisen, hat zugenommen, wohl aber die Zahl derer, die mit positivem Befund in Unfälle verwickelt waren. Diese Zunahme hat sich bis 2006 fortgesetzt.

Somatisch steht das Risiko für Atemwegs- und Lungenschäden im Vordergrund; ein Joint enthält rund 50 Prozent mehr krebserregende Stoffe als filterlose Zigaretten. Ein erhöhtes Risiko wird angenommen für Jugendliche, die Cannabis zur Bewältigung von Belastungssituationen einsetzen. Das Risiko für schizophrene Psychosen bei vulnerablen Personen ist in vielen Arbeiten untersucht und mehrheitlich bestätigt worden. Auch das Risiko für depressive Erkrankungen ist weiterhin untersucht und zum Teil bestätigt worden. Ein direkter Zusammenhang zwischen dem Cannabiskonsum und der Entwicklung einer psychischen Störung ist allerdings nicht zu beweisen. Es lässt sich nicht



mit Sicherheit feststellen, welches die Ursache und welches die Folge ist.

Nicht verharmlosen

Die Folgen von Cannabiskonsum zeigen, dass eine Verharmlosung nicht gerechtfertigt ist – ebenso wenig wie bei anderen psychoaktiven Substanzen. Die Mehrheit der Kommission ist jedoch der Auffassung, dass sich eine glaubwürdige und kohärente gesetzliche Regelung im Bereich Cannabis an den bestehenden Regelungen von Substanzen mit ähnlichem Gefährlichkeitspotenzial orientieren sollte; eine Gleichbehandlung von Cannabis mit harten Drogen (insbesondere Kokain und Heroin) ist nicht sachgerecht. Eine Aufhebung der Konsumbestrafung schliesst auch keineswegs aus, den Cannabiskonsum in gewissen Situationen oder an gewissen Orten als Übertretung mit Bussen zu bestrafen, zum Beispiel in öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten und auf Schul- und Sportanlagen. Eine Prävention allein über das Strafrecht ist keine geeignete Antwort auf die Cannabisproblematik, ebenso wenig wie die «Libera-

lisierung» im Sinne einer freien, nicht geregelten Zugänglichkeit. Der Cannabisbericht 2008 macht deutlich, dass mit Massnahmen zur Prävention und Therapie sowie einer strengen Marktregulierung dem Problem am wirkungsvollsten begegnet werden kann.

Die klare Ablehnung der Hanfinitiative durch das Stimmvolk vom 30. November birgt das Risiko, dass die Hanfdebatte einfriert. Umso wichtiger ist es, dass für die Cannabisfrage Lösungen erarbeitet werden, die aus Sicht der Volksgesundheit und der Jugendpolitik überzeugen.

Kontakt: Tamara Estermann, Sekretariat EKDF, tamara.estermann@bag.admin.ch

Quelle: Cannabis 2008: Lagebeurteilung und Empfehlung der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen

Eine Kurzversion auf Deutsch und Französisch ist erhältlich auf der Website der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen EKDF: www.psychosaktiv.ch

Das Thema Hepatitis C ins Bewusstsein rücken

Nationale Sensibilisierungskampagne. Infodrog lanciert Anfang 2009 in Lausanne und Bern die im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit konzipierte nationale Sensibilisierungskampagne Hepatitis C.

Die Kampagne verfolgt dabei folgende Ziele: Die Fachleute erweitern ihr Wissen zu Hepatitis C mit den zur Verfügung gestellten Werkzeugen und Präventionsmaterialien. Die Drogenkonsumierenden werden durch die Fachleute sensibilisiert, informiert und motiviert, um

- sich mit dem Thema Hepatitis auseinanderzusetzen,
- sich testen zu lassen,
- sich einer Behandlung zu unterziehen.

In Zusammenarbeit mit ExpertInnen wurden dazu folgende Präventions- und Schulungsmaterialien in drei Landessprachen entwickelt:

- Das Manual «Hepatitis & Prävention» und die Broschüre «Das Wichtigste in Kürze» vermitteln den Mitarbeitenden von Institutionen der Suchthilfe das nötige Grundwissen zu Hepatitis.
- Auf Hepch.ch finden sich im Internet alle relevanten Informationen zum Thema.
- Die Schulungsmaterialien ermöglichen interne Weiterbildungen in den Institutionen.
- Die Postkarten und das Leporello geben den Drogenkonsumierenden Antworten auf die wichtigsten Fragen zu Hepatitis C und Safer Use.
- Der Kurzfilm «Für ein Leben ohne Hepatitis C» wird für die Sensibilisie-

rung der Drogenkonsumierenden in den Institutionen eingesetzt.

- Die Feuerzeuge mit den Hauptbotschaften der Kampagne.

Für die Sensibilisierung der Drogenkonsumierenden und den Einsatz der Präventionsmaterialien finden in der gesamten Schweiz Schulungen mit folgenden Zielen und Inhalten statt:

- Die Fachleute kennen die wichtigsten Präventionsmassnahmen und Therapiemöglichkeiten, um die empfohlenen Massnahmen in ihrer Einrichtung initiieren und umsetzen zu können.
- Dazu werden den Teilnehmenden in der Schulung die neuesten Erkenntnisse zu Prävention und Therapie von Hepatitis C vermittelt und deren konkrete Anwendung in der täglichen Arbeit eingeübt.

Die Sensibilisierungskampagne Hepatitis C im Rahmen des Themas Gesundheitsförderung ist langfristig angelegt. Die kontinuierliche Sensibilisierung der Drogenkonsumierenden und die laufende Weiter- oder Fortbildung der Fachleute sollen dazu beitragen, die medizinischen Betreuungs- und Therapiemöglichkeiten für Drogenkonsumierende zu verbessern.

Weitere Infos zu Schulungen bzw. Bestellung von Materialien: www.hepch.ch

Kontakt: P.Menzi@infodrog.ch für Deutschschweiz C.Monterrubio@infodrog.ch für Westschweiz