

spectra

77



Psychische Gesundheit

3 Migration belastet auch die Psyche

«Depression kann jede/n treffen» ist der Titel einer Informationsbroschüre für Betroffene und ihre Angehörigen. Migrantinnen und Migranten sind von Depression häufiger betroffen als Schweizerinnen und Schweizer. Denn der Migrationsprozess bringt eine Reihe von Belastungen mit sich – insbesondere für die psychische Gesundheit. Deshalb ist die Broschüre mit migrationsspezifischen Inhalten und Empfehlungen erweitert worden und wird in acht Sprachen erhältlich sein. Eine Massnahme, die sich einreicht in den Kontext des Nationalen Programms Migration und Gesundheit. Übergeordnetes Ziel ist ein chancengleicher Zugang zum Schweizer Gesundheitssystem für alle.

4 Mit vereinten Kräften gegen Depression

Jeder zweite Mensch erkrankt im Laufe seines Lebens an einer psychischen Krankheit. Depression und Suizidalität sind in der Schweiz weit verbreitet. Dennoch wird nur jede vierte Person, die unter mittleren bis starken Symptomen leidet, behandelt. In mehreren Kantonen haben sich Aktionsbündnisse gegen Depression gebildet. Nach Zug und Bern hat vor zwei Jahren auch Luzern ein solches Aktionsbündnis lanciert. Hauptziele sind Information und Entstigmatisierung. Depression soll als Krankheit anerkannt werden, für die man sich nicht zu schämen braucht.

8 Ein Kurs für Menschen mit HIV und Aids

Wer von einer Infektion mit HIV erfährt, hat viele Fragen. Welche Auswirkungen hat der neue Serostatus auf Beruf, Karriere, Versicherung, Familie, Partnerschaft? Neben der medizinischen Betreuung brauchen HIV-Positive auch Unterstützung bei der Bewältigung der neuen Lebenssituation. Als Gefahr zeigt sich insbesondere die Vereinsamung und drohende Isolation. Ein Kurs für Menschen mit HIV, der im Frühjahr erstmals in Arosa durchgeführt wurde, liefert erste Hinweise darauf, welche Hilfe Betroffene am dringendsten benötigen. Ein zweiter Kurs ist bereits für das Frühjahr 2010 geplant.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

«Wahnsinnswochenende» in Zug – Aktionstage in Solothurn

Herbstkampagnen. In Zug und in Solothurn fanden im Oktober und November Kampagnen zum Thema psychische Gesundheit statt. Initiiert wurden sie von den jeweiligen Bündnissen gegen Depression.

Nach seiner letztjährigen Sensibilisierungskampagne «Aktionsmonat psychische Gesundheit» konzentrierte sich das Zuger Bündnis gegen Depression dieses Jahr auf die Entstigmatisierung psychischer Krankheiten. In Solothurn stand die Sensibilisierung und Früherkennung im Zentrum.

Filme und Walkingevent in Zug

Unter dem Motto «Wahnsinnswochenende» präsentierte das Zuger Bündnis vom 5. bis 8. November 2009 ein abwechslungsreiches Programm mit drei Hauptanlässen:

Jugendanlass mit «Selins Tod»

Nach dem Dokumentarfilm «Selins Tod – Trauer um eine schizophrene junge Frau» von Paul Riniker fand eine Podiumsdiskussion zum Thema «Umgang mit psychischen Krisen und Erhalt der psychischen Gesundheit» statt.

«Zug läuft für psychische Gesundheit»

Zum Hauptanlass – ein Walkingevent mit Start und Ziel im Leichtathletikstadion Allmend, Herti Zug – waren Betroffene, Fachpersonen, Sportlerinnen und Sportler sowie interessierte Menschen, denen das Thema Psychische Gesundheit ein Anliegen ist, angesprochen. Das Ziel war, gemeinsam für das Thema psychische Gesundheit aufzutreten, sich mit Lust und Freude zu bewegen und zu



Der Būdner Liedermacher Linard Bardill und der Schauspieler Andreas Schertenleib mit seinem Stück «Hans Muster - ein Klon tanzt aus der Reihe» an den Solothurner Aktionstagen für psychische Gesundheit.

erfahren, wie wohltuend gemeinschaftliche Bewegung auch für die Psyche ist.

Filmmatinée «Die Bipolaren»

Der Dokumentarfilm «Die Bipolaren» reportierte anhand von drei Biografien das Erleben und Empfinden manisch-depressiv erkrankter Menschen authentisch und informativ. Gleichzeitig vermittelte der Film ein positives und «normales» Bild von ehemals Betroffenen und zeigte den Gesundungsprozess auf. Im Anschluss an die Filmvorführung fand eine Podiumsdiskussion mit Ernst Jünger (Regisseur), Marylou Selo (Betroffene, Mitwirkende im Film), Magdalena Berkhoff (Leitende Ärztin, PKZS) und Marie-Theres Annen (Psychotherapeutin/Gesundheitspsychologin) statt.

«Aktionstage Psychische Gesundheit» in Solothurn

Mit Fachvorträgen, Podiumsdiskussionen, Filmvorführungen, Konzerten und

Ausstellungen sollte die Solothurner Bevölkerung vom 29. Oktober bis 7. November für psychische Probleme sensibilisiert und der Umgang damit verbessert werden. Die «Aktionstage Psychische Gesundheit» wurden organisiert von Pro Infirmis Solothurn, dem Gesundheitsamt des Kantons Solothurn, den Psychiatrischen Diensten der Solothurner Spitäler AG und der Solodaris Stiftung. «Die Organisatoren versuchen mit den Aktionstagen, die Bevölkerung für psychische Probleme zu sensibilisieren und den Umgang damit zu verbessern», erläuterte der Solothurner Gesundheitsdirektor Peter Gomm. «Psychische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln ist für die Gesellschaft wichtig und meistens auch ein ‚Segen‘ für die Angehörigen.» Angeboten wurden diverse Veranstaltungen in Solothurn, Olten, Grenchen und Zuchwil. Das vielfältige Programm reichte von einer Podiumsdiskussion zum Thema

«Wie erkennt man den Beginn einer Depression oder Schizophrenie?» und «Frühintervention in der Praxis» bis zu einem Werkstattkonzert mit dem Bündner Liedermacher Linard Bardill und dem Theaterstück «Hans Muster – ein Klon tanzt aus der Reihe!» von Andreas Schertenleib.

Das Kino Lichtspiele in Olten zeigte während den ganzen Aktionstagen ein speziell zusammengestelltes Filmprogramm und in der Wandelhalle des Alten Spitals Solothurn wurde eine Ausstellung gezeigt.

Links zum Thema

www.psychische-gesundheit-zug.ch
(Zug)

www.proinfirmis.ch/kantone/Programm_Aktionstage.pdf
(Solothurn)

Forum

Die Folgen von Folter und Krieg für die Gesundheit der Betroffenen

Folter und Krieg sind Formen der organisierten Gewalt und beinhalten schwere, qualifizierte und beabsichtigte unmenschliche Behandlungen. Diese haben für die Überlebenden schwere körperliche und psychische Folgen.

Während sich körperliche Verletzungen oft als Deformationen und Behinderungen zeigen, sind die psychischen Folgen (z. B. von sexueller Gewalt) nicht immer sichtbar. Folterer und Kriegsherren achten immer mehr darauf, dass ihre Opfer keine körperlichen Spuren der Misshandlungen aufweisen.

Folter, Krieg, Verfolgung und Gefangenschaft beeinträchtigen die Gesundheit der Betroffenen langfristig: Flashbacks lassen das Erlebte immer wieder als unkontrollierbares Angsterlebnis auftauchen. Die traumatisierten Menschen leiden unter Schlafstörungen, Abschottung und am Verlust von Vertrauen in sich und andere. Sexualitätsstörungen, Scham- und Schuldgefühle, Depressionen sind weitere typische Symptome. Das Konzentrationsvermögen, die Fähig-

keit, Information aufzunehmen und zu verarbeiten, sind eingeschränkt, Arbeitsfähigkeit und -interessen reduziert. Dazu kommen kognitive Leistungsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen sowie Kontroll- und Autonomieverlust. Die erzwungene Migration bringt zudem soziale und wirtschaftliche Einbussen mit sich.

Seit 1995 behandelt, begleitet und betreut das Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer des Schweizerischen Roten Kreuzes (afk SRK) schwer traumatisierte Migrantinnen und Migranten. Im afk SRK arbeitet ein multidisziplinäres Team mit Fachpersonen aus Psychiatrie, Psychologie, Medizin, Sozialarbeit, Körpertherapie und Pflege. Die Leistungen umfassen Einzelbehandlung und Gruppenarbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Dank sehr gut qualifizierten Mitarbeitenden – teilweise mit Migrationshintergrund – und Übersetzerinnen und Übersetzern ist die Kommunikation mit den Klientinnen und Klienten sichergestellt. Das afk SRK kann einen kleinen Teil der Gesamtkosten über die Krankenkassen abrechnen, ist ansonsten aber vor allem auf Spenden und Beiträge der

Humanitären Stiftung HS SRK angewiesen.

Die Behandlung des afk SRK setzt auf die Mobilisierung der vorhandenen Ressourcen und Bewältigungskompetenzen der Betroffenen. Oft sind diese Kräfte in Folge der Trauma-Erfahrungen geschwächt oder kaum erkennbar. Die medizinische, therapeutische und psychosoziale Behandlung hat eine bedeutende Funktion bei der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Betroffenen. Manchmal ist eine durch die Behandlung bewirkte Stabilisierung bereits als Erfolg zu werten. Um mit dem Erlebten umgehen zu lernen, brauchen die Betroffenen viel Kraft, die oft erst nach einer langen Behandlungsphase wieder zunimmt. Oft wird dieser Prozess erschwert durch die Kontrollmechanismen und die ablehnende Haltung von Teilen der Aufnahmegesellschaft gegenüber Migrantinnen und Migranten.

In der Einzelpsychotherapie wird die Begleitung der Hilfesuchenden individuell gestaltet. Nebst professioneller Methodenvielfalt trägt auch der wertschätzende und respektvolle Umgang zur Vernarbung der Wunden bei, die durch

die Demütigungen verursacht wurden. In der Sozialberatung werden die Hilfesuchenden bei der Entwicklung beruflicher Perspektiven begleitet und in Erziehungs- und Familienfragen unterstützt. Mediation in Konfliktsituationen und die Stärkung von Bewältigungskompetenzen der Betroffenen sind weitere Handlungsfelder der Sozialberatung. Die Behandlung im afk SRK macht es möglich, die Kompetenzen der Betroffenen zu stärken und ihnen Entscheidungskraft und Verantwortungsbewusstsein zurückzugeben.



Hasim Sancar
Dipl. Sozialarbeiter HSA, Einzel-, Paar- und Familientherapeut, Leiter Sozialberatung im Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer SRK, Mitglied des Berner Stadtparlaments.

Die psychische Gesundheit der Migrantinnen und Migranten im Blickwinkel

Depression und Migration. Menschen mit Migrationshintergrund leiden häufiger an schweren Depressionen als Schweizerinnen und Schweizer. Das Departement Gesundheit und Integration des Schweizerischen Roten Kreuzes hat im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit die Broschüre «Depression kann jede/n treffen» migrationsspezifisch überarbeitet.

Migrationsspezifische Aufklärung und Information ist eine Voraussetzung, um die Gesundheitskompetenz von Migrantinnen und Migranten zu stärken und Prävention und Früherkennung von Depressionen im Migrationskontext zu fördern. Menschen mit Migrationshintergrund sind aufgrund des Migrationsprozesses einer Reihe von Belastungsfaktoren ausgesetzt, die eine Depression begünstigen können. Zu diesen gehören beispielsweise die Einschränkung der Wahl- und Gestaltungsfreiheit, mangelnde Chancengleichheit, eine schwierige sozioökonomische Lebenssituation oder soziale Desintegration. Zudem wird die Diagnose Depression generell und somit auch bei Migrantinnen und Migranten oftmals zu spät oder gar nicht gestellt. Um diesen Missständen verstärkt entgegenzuwirken, wurde die bestehende Informationsbroschüre zum Thema Depression des Bündnisses gegen Depression mit migrationsspezifischen Inhalten und Empfehlungen zur Umsetzung für Prävention, Früherkennung und Behandlung erweitert.

Migrationsspezifische Information und Aufklärung

Migrationsspezifische Information und Aufklärung beinhaltet weit mehr als das Übersetzen einer Broschüre in andere Sprachen. Um die bestehende Informationsbroschüre migrationsspezifisch anzupassen, wurde eine Bedarfs- und Bedürfnisanalyse unter Einbezug der Zielgruppe sowie von Expertinnen und Experten durchgeführt. Auf der Basis einer qualitativen empirischen Erhebung wurde geprüft, welche inhaltlichen und



sprachlichen Anpassungen vorgenommen und wie Aufbau, Struktur, Bildmaterial und Layout überarbeitet werden sollten.

In einer Gruppendiskussion mit Migrantinnen und Migranten aus verschiedenen Ländern und Einzelinterviews mit Betroffenen wurde das Wissen über Prävention, Ursachen, Symptome und Behandlungsmöglichkeiten von Depression in Erfahrung gebracht. Zudem wurden die Tabuisierung und die Vorurteile gegenüber Betroffenen, Therapieformen und den entsprechenden Institutionen des Gesundheits- und Sozialsystems thematisiert und explizit Informationsbedürfnisse abgefragt.

Eine Gruppendiskussion mit Vertreterinnen und Vertretern von Hausarztmedizin, Sozialarbeit, Pflege, Psychiatrie und Psychologie sowie einem Imam als religiösem Experten beleuchtete darüber hinaus die Herausforderungen für Fachpersonen, wenn es um Prävention, Früherkennung und Behandlung von Depressionen bei Migrantinnen und Migranten geht.

Empfehlungen an das Bündnis gegen Depression

Um die Information und die Aufklärung der Migrationsbevölkerung und damit Prävention, Früherkennung und Behandlung zu verbessern, sollten Massnahmen auf verschiedenen Ebenen umgesetzt werden. Dazu zählen die Erweiterung des Bündnisses gegen De-

Kostenloser Download der Broschüre «Depression kann jede/n treffen»

Die deutsche Version der überarbeiteten Broschüre steht den kantonalen Bündnispartnern ab sofort zur Verfügung. Voraussichtlich ab Februar 2010 liegt sie auch in Französisch, Italienisch, Albanisch, Portugiesisch, Bosnisch/Kroatisch/Serbisch, Spanisch und Türkisch als PDF vor. Sie kann heruntergeladen werden unter www.migesplus.ch.

pression, die Weiterbildung von Fachpersonen in transkultureller Kompetenz und die Sensibilisierung von Schlüsselpersonen im Migrationskontext. Auf der Verhältnisebene gilt es, Massnahmen zur Prävention und Bekämpfung von rassistischer Diskriminierung sowie zur Entstigmatisierung von Depression auf gesamtgesellschaftlicher Ebene umzusetzen. Auf der Verhaltensebene bedarf es des Empowerments der Migrationsbevölkerung, um Kompetenzen im Bereich der psychischen Gesundheit zu fördern. Zudem wird eine Anpassung des Distributionskonzepts empfohlen.

Kontakt: Anke Kayser, SRK,
Telefon 031 960 75 78,
anke.kayser@redcross.ch

www.migesplus.ch
www.transkulturelle-kompetenz.ch

Aus erster Hand

Lebensfreude, Beziehungen mit anderen Menschen zu pflegen und unabhängig vom Alter den Alltag bewältigen zu können, sind wichtige Merkmale der psychischen Gesundheit. Die Fähigkeit, mit belastenden Situationen umgehen und das Leben zu meistern, zählt ebenfalls dazu. Bei der psychischen Gesundheit handelt es sich um einen dynamischen Prozess, der von biologischen, persönlichen und situationsbedingten Faktoren beeinflusst wird.

Aus den Studien des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums in Neuchâtel (Obsan) geht hervor, dass sich die Mehrheit der Bevölkerung seit mehreren Jahren psychisch gesund fühlt. Zunehmend mehr Personen fühlen sich gelassen und psychisch im Gleichgewicht. Trotzdem sind psychische Erkrankungen sehr häufig. Fast die Hälfte der Bevölkerung leidet einmal im Leben an einer psychischen Erkrankung. Frauen und Männer sind gleichermaßen betroffen. Die Daten zeigen, dass psychische Probleme zu Invalidität oder gar zu Suizid führen können.

Seit Bund und Kantone im Jahr 2000 die gesundheitspolitische und volkswirtschaftliche Bedeutung der psychischen Gesundheit erkannt haben, werden in diesem Bereich langsam Fortschritte auf allen Ebenen erzielt:

- Mit seinem Schwerpunkt Psychische Gesundheit beobachtet und analysiert das Obsan die wichtigsten Fakten zur Situation und Entwicklung der psychischen Gesundheit, der psychischen Erkrankungen und deren Behandlung durch das Versorgungssystem in der Schweiz.
- Am 30. September 2009 hat der Bundesrat das neue Präventionsgesetz zur Beratung ans Parlament überwiesen. Damit erhält die Prävention weitverbreiteter psychischer Krankheiten und die Förderung psychischer Gesundheit in belastenden Situationen eine gesetzliche Grundlage.

Bis zur Inkraftsetzung des Gesetzes wird die psychische Gesundheit weiterhin ein gemeinsames Thema von Bund und Kantonen bleiben. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) wird in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren sowie mit relevanten Fachorganisationen die Kantone weiterhin darin unterstützen, regionale Bündnisse gegen Depression einzuführen. In den neuen Präventionsprogrammen soll die psychische Gesundheit zudem besser integriert werden und als Querschnittsthema gefördert werden.



Prof. Dr. Thomas Zeltner
Direktor
Bundesamt für Gesundheit





Erfolgreiches Luzerner Bündnis gegen Depression

Depression. Nach Zug und Bern hat Luzern vor zwei Jahren das dritte Schweizer Bündnis gegen Depression ins Leben gerufen. Damit setzt sich ein weiterer Kanton verstärkt gegen Depression und Suizidalität und für eine bessere Versorgung depressiv erkrankter Menschen ein.

Rund die Hälfte der Schweizer Bevölkerung erkrankt im Laufe ihres Lebens an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung. In der Schweiz sterben doppelt bis dreimal so viele Menschen an Suizid wie an Verkehrsunfällen, Aids und Drogen zusammen. Ein Grossteil dieser Suizide wird im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen begangen.

Informieren und entstigmatisieren

Trotz diesen Zahlen ist die Tabuisierung von und die Unwissenheit über depressive Erkrankungen sehr hoch. Dies führt zu Unter- und Fehlversorgung der Betroffenen, obwohl sich Depressionen heute wirksam behandeln lassen. So lässt sich nur jede vierte Person mit mittleren bis starken Symptomen behandeln. Mit dem im August 2007 lancierten Luzerner Bündnis gegen Depression begegnete der Luzerner Regierungsrat dem Handlungsbedarf. Die Kampagne setzt sich für Entstigmatisierung der Krankheit und eine frühere Erkennung von Depressionen und optimierte Behandlung der Betroffenen ein. Die Luzerner Bevölkerung soll über die Krankheit Depression informiert und für das Thema sensibilisiert werden. Die Menschen sollen wissen, welche Symptome auf eine Depression hindeuten, was man dagegen tun kann und dass Depression eine Krankheit und kein Ausdruck persönlichen Versagens ist.

Massnahmen auf vier Ebenen

Um diese Ziele zu erreichen, hat das Luzerner Bündnis in den letzten zwei Jahren zahlreiche Aktivitäten auf vier Ebenen umgesetzt:

1. Kooperation mit Hausärzten. Zu den Aktivitäten in diesem Bereich gehören Weiterbildungsveranstaltungen für Hausärzte und Hausärztinnen, ein Flyer-Versand an alle Ärztinnen und Ärzte des Kantons Luzern und ein Bestellservice für Patienten-Infomaterialien.
2. Informationsaktivitäten und Öffentlichkeitsarbeit. Zur Erhöhung der

Akzeptanz psychischer Krankheiten wurden regelmässig Testimonials von Betroffenen und Artikel zum Thema publiziert. Zudem wurde ein Informationsflyer produziert und breit gestreut. Im Mai 2009 fanden zwei Aktionswochen mit einem vielseitigen Veranstaltungsprogramm von Infoveranstaltungen bis zu interaktiven Theaterstücken statt.

3. Sensibilisierung der Bevölkerung durch Zusammenarbeit mit Multiplikatoren. Neben der Aufklärung der allgemeinen Öffentlichkeit wurden Weiterbildungen für Pflegefachpersonen von Spitälern und Altersheimen, Mitarbeitende der kirchlichen Besuchsdienste, für Notfallseelsorger und Arbeitgeber durchgeführt.
4. Angebote für Betroffene und Angehörige. Zusätzlich zu öffentlichen Veranstaltungen und Informationsplattformen wie der Aktionswoche und der Website wurde eine spezifische Infoveranstaltung für Angehörige und Betroffene durchgeführt und das Beratungstelefon für Angehörige verstärkt bekannt gemacht.

Pionierarbeit Bedarfs- und Bedürfnisanalyse und Bevölkerungsbefragung zu «Mental Health Literacy»

Damit die eingesetzten Mittel richtig investiert werden, liess das Luzerner Bündnis durch die Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) eine professionelle Bedarfs- und Bedürfnisanalyse sowie eine repräsentative Bevölkerungsbefragung zu «Mental Health Literacy» durchführen. Dabei wurden das Wissen über Depression, Versorgungslücken sowie die Prioritäten der einzelnen Fach- und Bevölkerungskreise identifiziert. Mit dieser Erhebung wurde eine wichtige Vorarbeit für vergleichbare Studien in anderen Kantonen geschaffen: Der Kanton Thurgau hat die Erhebungsinstrumente bereits übernommen und eine eigene Erhebung durchgeführt.

Eine internationale Initiative mit zwei Schweizer Vorbildern

Das Luzerner Bündnis gegen Depression ist keine Einzelinitiative, sondern Teil einer europaweit erprobten Kampagne. Das erfolgreiche Pilotprojekt in Nürnberg (2000–2002) gab den Anstoss für den Aufbau einer «European Alliance against Depression». In der Schweiz be-

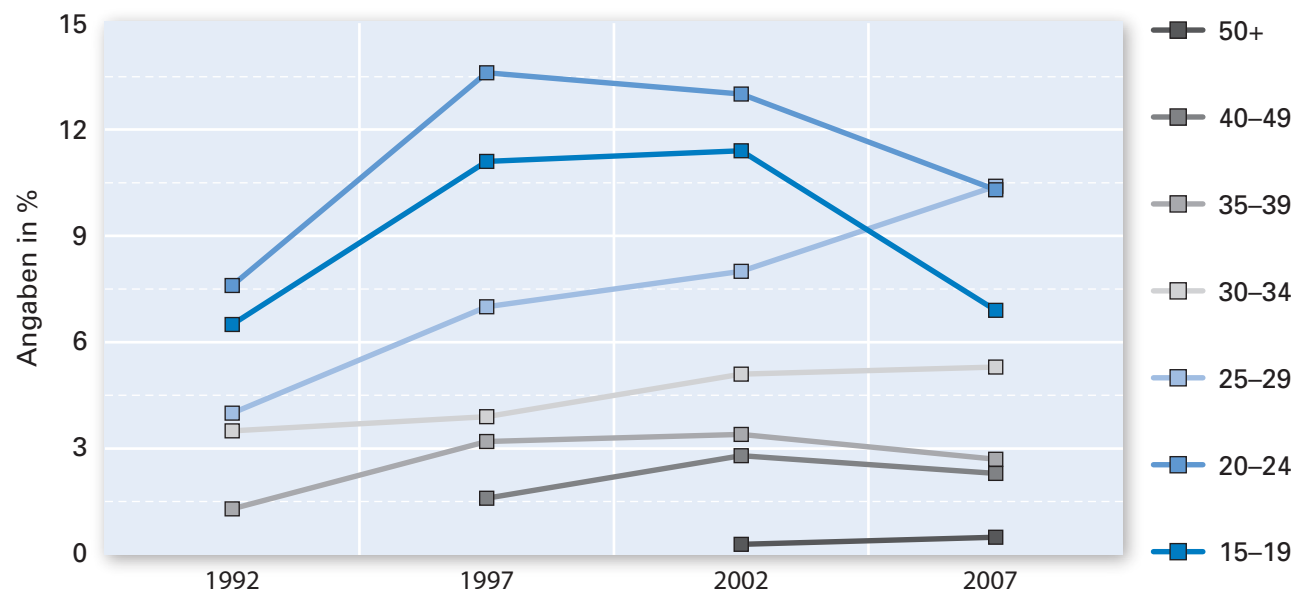
stehen neben Luzern Bündnisse in Zug und Bern. Für deren Koordination sowie für die Zusammenarbeit mit der Bündniszentrale in Deutschland ist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zuständig. Die Pilotphase des Luzerner Bündnisses endete am 31. August 2009. Derzeit wird abgeklärt, ob und wenn ja, in welcher Art das Projekt weitergeführt wird.

Kontakt: Dr. H-P. Roost,
hans-peter.roost@lu.ch

Links:
www.luzerner-buendnis.ch
www.zugbuendnis.ch
www.berner-buendnis-depression.ch
www.buendnis-gegen-depression.tg.ch
www.buendnis-depression.ch
Weitere Bündnisse gegen Depression gibt es in den Kantonen Genf und Graubünden
www.eaad.net (Europäisches Bündnis gegen Depression)

Infografik

Entwicklung des Cannabisgebrauchs nach Alter Gesamtpopulation, aktueller Status, Vergleich (1992–2007)



Zugrunde liegende Fragen: «Haben Sie schon Haschisch/Marijuana genommen?» und «Nehmen Sie immer noch Haschisch/Marijuana?»

Quelle: BFS/SFA/BAG: Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2002, 1997 und 1992

Neuerscheinung: «Gesundheitskompetenz – zwischen Anspruch und Umsetzung»

Neue Publikation. Ein Sammelband des Schweizerischen Roten Kreuzes bietet sowohl Einstieg wie auch Vertiefung in das Konzept Gesundheitskompetenz.

Menschen sollen fähig sein, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken. Dies ist der grundlegende Anspruch des Konzepts Gesundheitskompetenz. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und individuelle Lebenssituationen können die Umsetzung dieses Konzepts aber erschweren. Dies gilt besonders für vulnerable Bevölkerungsgruppen, wie zum Beispiel ältere Menschen, Jugendliche in schwierigen Lebenssituationen oder Migrantinnen und Migranten. In diesem Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis, oder eben zwischen Anspruch und Umsetzung, sind die Beiträge des Sammelbandes angesiedelt. Er ist mit Unterstützung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) im Seismo-Verlag erschienen.

Konzeptuelle Auseinandersetzung und Forschungsergebnisse

Der Band führt aus theoretischer und empirischer Sicht und unter Berücksichtigung gesellschafts- und gesundheitspolitischer Überlegungen umfassend in das Thema Gesundheitskompetenz ein: Was genau beinhaltet der Begriff Gesundheitskompetenz? Welche Bedeutung hat dieses Konzept in der heutigen Gesellschaft? Wie kompetent ist die Schweizer Bevölkerung? Wie schätzen verschiedene Bevölkerungsgruppen ih-



re Gesundheitskompetenz ein? Gibt es verschiedene Typen von Gesundheitskompetenz? Diesen und weiteren Fragen widmen sich die Autorinnen und Autoren der ersten drei Beiträge.

Erfahrungen mit Angeboten und Massnahmen

Im zweiten Teil des Bandes wird die Bedeutung der Gesundheitskompetenz in

verschiedenen Lebenssituationen bzw. für verschiedene Bevölkerungsgruppen beleuchtet. In sechs Beiträgen beschäftigen sich die Autorinnen und Autoren mit ganz unterschiedlichen Fragen: Ist es wirklich kinderleicht, sich gesund zu ernähren und zu verhalten? Wie können ältere Menschen ihre Gesundheitskompetenz verbessern? Was haben Sucht und Gender mit Gesundheitskompetenz zu tun? Wie können sich Migrantinnen und Migranten besser im Gesundheitssystem zurechtfinden und ihre Gesundheit auch unter ungünstigen Lebensbedingungen erhalten? Wie ist das möglich unter den besonders belastenden Lebenssituationen von Folter- und Kriegsüberlebenden? Und welche Rolle spielt Gesundheitskompetenz in Projekten im Ausland?

Was brauchen Menschen in Kirgistan, Togo oder Ecuador, um gesund zu sein und gesund leben zu können?

Voraussetzungen für Gesundheitskompetenz

Die Beiträge zeigen unter anderem auf, wie Menschen trotz widriger Umstände fähig sind, für ihre Gesundheit zu sorgen, und diese Fähigkeit mit gezielter

Unterstützung auch ausbauen können. Die Autorinnen und Autoren erinnern aber auch an die Notwendigkeit, auf unterschiedlich ausgeprägte Gesundheitskompetenz Rücksicht zu nehmen. Dies erfordert spezifische Fähigkeiten auf Seiten der Anbietenden, zum Beispiel bezüglich Kommunikation, genderspezifischen Wissens oder transkultureller Kompetenz. Die Erfahrungen der Autorinnen und Autoren machen zudem darauf aufmerksam, dass sich die Angebote nicht auf die individuelle Gesundheitskompetenz und das individuelle gesundheitsförderliche Verhalten beschränken dürfen. Sie müssen einhergehen mit der Anpassung von Verhältnissen, also mit einer Veränderung der Rahmenbedingungen in der Gesellschaft. Gemeinsame Bemühungen aller beteiligten Akteure sind nötig, um die Gesundheitskompetenz aller zu stärken und zur gesundheitlichen Chancengleichheit auch unter ungleichen Bedingungen beizutragen. Die Autorinnen und Autoren dieses Sammelbandes bieten einem breiten Fachpublikum fundierte Grundlagen und vielfältige Erfahrungen zum Thema.

Zum Buch: «Gesundheitskompetenz – zwischen Anspruch und Umsetzung», 248 Seiten, in Deutsch mit Einzelbeiträgen in Französisch, ISBN 978-3-03777-086-3, Fr. 38.– (+ Porto), in Buchhandlungen oder beim Verlag, www.seismoverlag.ch

«Dass untergewichtige Models auf den Laufstegen nicht mehr erwünscht sind, ist ein Lichtblick.»



Fünf Fragen an Prof. Dr. Wolfgang Lanhans. Der Leiter der Gruppe Physiologie und Verhalten am Departement für Agrar- und Lebensmittelwissenschaften der ETH-Zürich forscht im Bereich Physiologie der Ernährung und ist zudem Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung. Wir wollten von ihm wissen, wie psychische Gesundheit und ungesundes Essverhalten zusammenhängen.

spectra: Welche psychischen Probleme führen bei jungen Menschen zu Essstörungen wie Magersucht oder Ess-Sucht?

Wolfgang Lanhans: Es lässt sich nicht wirklich an einem psychologischen Problem festmachen, sondern es können verschiedene Faktoren dazu beitragen. Deshalb auch der häufige Beginn einer Essstörung zu Zeiten, die für junge Leute ohnehin psychisch turbulent sind, beispielsweise die Pubertät. Generell gilt aber, dass solche Essstörungen eigentlich immer in der Folge von «dieting» auftreten. Die Ursachen sind dabei sicher multifaktoriell, das heisst, neben soziokulturellen und Sozialfaktoren tragen im Sinne einer Prädisposition wohl auch gewisse biologische Faktoren dazu bei. Auf der psychologischen Seite ist sicher mangelndes Selbstbewusstsein eine wichtige Komponente.

Beobachtet man heute eine Zunahme der Essstörungen, Hand in Hand mit der Zunahme psychischer Probleme?

Grundsätzlich gilt, dass Essstörungen seit Langem bekannt sind; die Zunahme heute dürfte verschiedene Ursachen ha-

ben. Durch die Überbetonung unseres eher «untergewichtigen» Schönheitsideals in Medien, Mode und Werbung haben potenziell natürlich mehr junge Frauen als früher Probleme mit ihrem Körper (der in den meisten Fällen zumindest in ihrer Wahrnehmung mit dem gängigen Schönheitsideal nicht übereinstimmt) und versuchen durch Diäten, diesem Ideal möglichst nahe zu kommen.

Inwiefern sind Essstörungen «Zivilisationskrankheiten»?

Das Schönheitsideal in vielen Kulturen ist und war meist anders als das gängige Erscheinungsbild, insbesondere der sozial niedrigeren Schichten – auf die Körperform bzw. das Körpergewicht bezogen heisst das, dass in Kulturen, die unter eher kargen Bedingungen existierten (die meiste Zeit der Menschheitsgeschichte), eher runde Körperformen erstrebenswert waren (oder noch sind), während in unserer heutigen Überfluggesellschaft eben ein eher untergewichtiges Schönheitsideal propagiert wird.

In diesem Sinne sind Essstörungen sicher eine Zivilisationskrankheit.

Bulimie und Anorexie gelten immer noch als vorwiegend weibliche Krankheiten. Stimmt diese Wahrnehmung oder gibt es betreffend Männern mit Essstörungen neue Entwicklungen?

Es ist nach wie vor richtig, dass die überwiegende Mehrheit der Betroffenen mit Essstörungen weiblich ist.

Wo muss eine Erfolg versprechende Prävention von Essstörungen ansetzen?

In den Medien, der Mode und der Werbung. Dass Models mit einem zu niedrigen Body Mass Index (BMI) inzwischen auf den Laufstegen in Mailand und sonst wo nicht mehr erwünscht sind, ist sicher ein Lichtblick.

«Dass jeder Zweite einmal im Leben psychisch erkrankt, wissen viele Leute»

Interview mit Hans Kurt. Warum muss die psychische Gesundheit in unserem Land stärker gefördert werden und weshalb soll das Thema auch im neuen Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz verankert werden? Wir sprachen mit dem Solothurner Psychiater Hans Kurt, Präsident des Aktionsbündnisses Psychische Gesundheit und Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie.

Welches sind die gravierenden psychischen Gesundheitsprobleme in der Schweiz?

Ein grosses Thema ist der Stress am Arbeitsplatz. Der Stress hat zugenommen, die Menschen sind verunsichert, haben Angst und sind mit ihrer Arbeit weniger zufrieden. Die Arbeitswelt ist zumindest in der aktuellen Krise ein ganz wesentlicher Grund für die psychischen Probleme in der Bevölkerung.

«Der Stress hat zugenommen, die Menschen sind verunsichert, haben Angst und sind mit ihrer Arbeit weniger zufrieden.»

leme in der Bevölkerung. Zu meinem Erschrecken hat gemäss dem Gesundheitsbericht, der letztes Jahr herausgekommen ist, die Integration der psychisch kranken Menschen ab- statt zugenommen. Dieses Ergebnis ist schwierig zu interpretieren, aber es gibt eine Gruppe von Menschen, die vermehrt ausgegrenzt werden, während es einem anderen Teil der Bevölkerung besser geht. Ein weiteres aktuelles Thema ist Gewalt, insbesondere bei Jugendlichen. Ein Problem, das kaum wahrgenommen wird, ist, dass Migrantinnen und Migranten kaum Zugang zu Behandlungen im Bereich der psychischen Erkrankungen haben, mit den entsprechenden Folgeerscheinungen bei der Integration. Es gibt viele weitere Themen. Zum Beispiel ist es uns immer noch nicht gelungen, die Suizidrate in der Schweiz zu senken. Sie ist über Jahre mehr oder weniger gleich geblieben und bei den älteren Menschen sogar gestiegen.

Bei den Suizidraten hat die Schweiz ja weltweit eine traurige Spitzenposition inne.

Vor allem bei Männern, die sich suizidieren wollen, geht es lange, bis sie Hilfe suchen. Dadurch steigt natürlich die Suizidrate. Ausserdem haben wir nach wie vor sehr wenige niederschwellige Angebote und es gibt kaum Informationen über den Umgang mit Suizidalität. Lehrer, Arbeitgeber und Arbeitskollegen sind überfordert mit diesem Thema. Menschen mit psychischen Problemen gestehen sich zu wenig ein, dass sie Hilfe brauchen, oder die Aussenstehenden erkennen es nicht.

Hat das mit der Verdrängung des Themas und der Stigmatisierung der Betroffenen zu tun?

Ich denke schon. Suizid wird in der Schweiz immer noch verdrängt. Wenn man mit Angehörigen spricht, erfährt man immer wieder, wie schwierig es ist, im Beziehungsnetz Unterstützung zu finden. Es werden sehr rasch Urteile gefällt über richtig und falsch und wer Schuld hat. Suizidversuche werden immer noch häufig als «Theater», als Erpressungsversuche interpretiert, obwohl sie einer der wichtigsten Prädiktoren für Suizidhandlungen sind. Man nimmt sie nicht ernst und man glaubt nicht daran, dass der Versuch einmal gelingen kann.

Wie sieht es hinsichtlich Stigmatisierung bei anderen psychischen Krankheiten aus? Hat sich da etwas bewegt?

Das ist sehr schwer zu sagen, man kann das ja nicht einfach messen. Aber ich denke, die Stigmatisierung hat leicht abgenommen. Es gibt mehr Menschen, die sagen, dass sie depressiv sind. Es gibt Modediagnosen wie Burnout, die praktisch gar nicht stigmatisiert sind. Das ist eigentlich seltsam, denn Burnout ist auch eine depressive Erkrankung. Es gibt neue Erkrankungen, die alte ablösen, wie Aufmerksamkeitsstörungen oder Krankheiten im Zusammenhang mit Mobbing. Gemäss Gesundheitsbericht suchen heute mehr Menschen professionelle Hilfe. Das könnte ein Zeichen dafür sein, dass die Stigmatisierung abgenommen hat. Gleichzeitig laufen auf der politischen und gesellschaftlichen Seite immer noch ziemlich viele stigmatisierende Aktionen. Ich denke hier an die Diskussionen um die Invalidenversicherung.

Es ist ja noch wenig bekannt, dass auch schon Kinder Depressionen haben können. Ist da die Hemmschwelle tiefer, Hilfe zu suchen?

Das Verständnis für psychische Erkrankungen oder Störungen bei Kindern und Jugendlichen ist noch sehr rudimentär. Bei auffälligen Kindern denken Lehrer immer sehr schnell an Aufmerksamkeitsstörungen. Stille Kinder gehen unter. Das ist auch mit Zahlen belegt. Vor allem Mädchen, die zwar still und angepasst sind, denen es aber nicht gut geht.

Alle diese Missstände wollen Sie mit dem Aktionsbündnis Psychische Gesundheit angehen. Wann und warum wurde das Aktionsbündnis gegründet, wer steht dahinter?

Es ist aus einem Bedürfnis verschiedener Gruppierungen aus den Bereichen Psychologie und Psychiatrie entstanden, die sich regelmässig getroffen haben. Ihnen wurde immer mehr bewusst, dass die psychisch Kranken keine Lobby haben und die psychische Gesundheit eigentlich nirgends kraftvoll portiert werden kann. Man wollte eine Art

Branchenverband gründen, der diese Interessen vertreten würde. Dann wurde dieser lockere Verbund mit Vereinigungen von Patienten, deren Angehörigen und anderen Interessierten erweitert und als offizieller Verein gegründet. Jetzt ist das Aktionsbündnis

«Es gibt Modediagnosen wie Burnout, die praktisch gar nicht stigmatisiert sind.»

eine breite Plattform von psychologischen und psychiatrischen Berufen, die Pflegeberufe sind vertreten, Angehörigen- und Betroffenen-Organisationen und Organisationen, die sich in einer ähnlichen Weise profilieren wie zum Beispiel die Gesellschaft für Psychoonkologie, eine Untergruppe der schweizerischen Krebsliga. Auch gewisse Kliniken und Gesundheitsämter machen mit. Es ist eine sehr bunte Zusammensetzung von engagierten Leuten, die einen Bezug zur psychischen Gesundheit haben.

Wie funktioniert das Aktionsbündnis und welches ist sein Fokus?

Die eine Aufgabe ist die Vernetzung der Mitglieder. Der Bereich der psychischen Gesundheit ist sehr fragmentiert. Es gibt in der Schweiz viele Organisationen und Menschen, die etwas machen, aber keiner weiss so richtig, was der andere tut. Das Aktionsbündnis bietet die Möglichkeit, sich kennen zu lernen und auszutauschen. Aber der eigentliche Fokus ist, wie der Name Aktionsbündnis schon sagt, politische Aktionen durchzuführen, hinter denen die verschiedenen Gruppierungen stehen können. Ziel ist es, referendumsfähig zu sein.

Was möchten Sie mit dem Aktionsbündnis in der näheren Zukunft erreichen?

Zum einen wollen wir die Organisation verbessern. Wir brauchen noch mehr Vertretungen aus den Betroffenen- und Angehörigenbereichen. Für psychisch Kranke ist es aber relativ schwierig, sich zu organisieren. Es stellt sich denn auch die Frage, ob wir da Hilfestellung im Sinne von Empowering leisten sollten. Insgesamt streben wir eine breitere Abstützung des Bündnisses an, bei der die Fachleute etwas mehr in den Hintergrund treten sollen.

Dann wollen wir für die Politik auf nationaler Ebene ein Ansprechpartner für alle Fragen der psychischen Gesundheit werden und zum Beispiel bei Vernehmlassungen und Anhörungen dabei sein. Zudem muss es uns noch gelingen, die Romandie und das Tessin einzubeziehen.

Das Schweizer Gesundheitswesen krankt oft an der Fragmentierung in viele Verbände und Organisationen und am Kantonlgeist. Denken Sie, dass das Aktionsbündnis eine Bündelung der Kräfte bewirken kann?

Ich denke schon, wenn wir uns genügend profilieren und genügend materi-



elle und persönliche Ressourcen mobilisieren können. Gemessen an dem wenigen, das bisher im Bezug auf das Aktionsbündnis geschehen ist, ist uns schon sehr viel gelungen. Das BAG hat uns eingeladen, die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) spricht mit uns, die Zeitungen schreiben über das Aktionsbündnis. Anscheinend ist es für viele Stakeholder auch ein Bedürfnis, einen solchen Ansprechpartner zur Verfügung zu haben.

Streben Sie ein Mandat von einem staatlichen oder parastaatlichen Träger wie dem BAG oder der Stiftung für Gesundheitsförderung an, damit Ihre Aufgabe aufgewertet und vielleicht auch mit Ressourcen ausgestattet wird?

Das wäre sehr wünschenswert. Wir haben uns das im Zusammenhang mit dem neuen Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz auch überlegt, gemäss dem ja Organisationen im Sinne von Gesundheitsligen unterstützt werden. Es würde unsere Möglichkeiten natürlich deutlich verbessern, wenn wir auch staatliche Ressourcen bekommen würden.

Was erwarten Sie von dem neuen Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz?

Wir haben unsere Forderungen bereits eingebracht. Wir fordern, dass die Förderung der psychischen Gesundheit explizit gesetzlich festgehalten wird. Bis jetzt hatten sämtliche politischen Vorstösse keinen Erfolg. Mit der Begründung, dass es keine gesetzliche Grundlage gibt, im Bereich der psychischen Gesundheit auf Bundesebene aktiv zu werden, hat man den Ball immer den Kantonen zugespielt.

Hat das Aktionsbündnis Vorbilder im Ausland oder können Sie von Mental-Health-Bewegungen in anderen Ländern lernen?

Nein, wir sind noch nicht so weit, dass wir konkret den Austausch pflegen oder

te nicht. Oder wollen es nicht wissen, das verdrängen wir.»



gewisse Projekte übernehmen könnten. Aber das wäre sicher ein Ziel für die Zukunft. Wir haben immerhin schon ein Treffen geplant mit dem Deutschen Aktionsbündnis Seelische Gesundheit. Es interessiert sich für unsere Arbeit und umgekehrt. Ich empfinde es als schwierig, dass in der Schweiz das Gesundheitswesen kantonal organisiert ist. Eine schweizerische Gesamtsicht fehlt. Vorbildhaft ist sicher die Mental-Health-Bewegung in England und Schottland.

Was ist für Sie zentral für die Förderung psychischer Gesundheit? Was soll der Bund vornehmen, damit sich die psychische Gesundheit verbessert?

Ein ganz wichtiger Punkt ist die Familienpolitik. Wie überall fängt die Prävention auch bei der psychischen Gesundheit sehr früh an. Die Prävention hängt stark von der Qualität der Familienpolitik ab. Stichworte dazu sind Steuererleichterungen für Familien, die Finanzierung von Tagesschulen usw. Das sind alles sehr wichtige Themen für Alleinerziehende. 50 Prozent der Kinder werden von nur einem Elternteil erzogen. Man muss diese – meist sind es die Mütter – so unterstützen, dass sie die Kinder gut erziehen können, ohne selbst auszubrennen. Ein anderer wichtiger Punkt sind Lehrstellen und Arbeitsplätze für Jugendliche. Also geht es bei dieser Prävention nicht um Gesundheitsthemen an und für sich, sondern darum, gute Grundbedingungen zu schaffen. Die Aufgabe des Bundes ist es, solche Bemü-

«Stille Kinder gehen unter.

Vor allem Mädchen, die still und angepasst sind.»

hungen zu koordinieren und zu schauen, dass sie in der ganzen Schweiz ähnlich, das heisst für alle gleichermassen zugänglich gehandhabt werden. Wie schon gesagt, ist Arbeit und Stress am Arbeitsplatz ein wichtiger Bereich. Wir arbeiten heute weniger, und, trotzdem empfinden viele Menschen die Arbeit als Stress. Dann auch die Lebensbedingungen älterer Menschen: Wie können

und wollen wir die Pflege sichern? Es ist für Menschen wichtig zu wissen, dass sie im Alter gut betreut werden und dass sie nicht Angst haben müssen, dass es zu viel kostet und sie sozusagen aus Kostengründen depressiv werden oder sich gar gezwungen sehen, ihr Leben abzukürzen.

Psychische Gesundheitsförderung hat also vor allem mit Familien- und Wirtschaftspolitik zu tun.

Ja. Und das macht die Umsetzung auch so schwierig, weil es ein Thema ist, das oft über die Gesundheitspolitik hinausgeht. Es ist ein multisektorielles Thema und es ist schwierig, diese verschiedenen Sektoren miteinander zu verbinden. Der Gewerbeverband hat zum Beispiel beim neuen Präventionsgesetz mit dem Referendum gedroht, weil er Angst hat, dass ihn das Gesetz etwas kostet. Aber dass man volkswirtschaftlich viel einsparen könnte, sieht man eben nicht.

Gibt es grundsätzliche Unterschiede bei der Förderung psychischer und körperlicher Gesundheit?

Ich denke, das gehört zusammen. Das sehen wir zum Beispiel bei Suchtkranken oder bei Übergewichtigen. Diese Menschen haben ja nicht nur ein körperliches Problem, sondern auch ein psychisches, und zwar gleichzeitig. Ein Unterschied ist aber, wie schon gesagt, dass die Player im Bereich psychische Gesundheit viel fragmentierter sind als im Bereich körperliche Gesundheit. Es ist einfacher, eine schweizweite Bewegung gegen Diabetes hinzukriegen als eine schweizweite Bewegung gegen psychische Erkrankungen. Das hängt wahrscheinlich schon mit der Stigmatisierung und der Fragmentierung zusammen. Diabetes ist nicht stigmatisiert. Das kann jeder bekommen. Dass jeder Zweite einmal im Leben psychisch erkrankt, wissen viele Leute nicht oder wollen es nicht wissen. Das verdrängen wir. Ressourcen werden auch rascher für körperliche Gesundheit resp. Krankheiten freigegeben als für psychische. Hier herrscht noch keine Gleichstellung!

Wie erklären Sie sich die Ängste, die bei psychischen Erkrankungen bestehen?

Psychische Erkrankungen haben für psychisch gesunde Menschen seit eh und je etwas Bedrohliches an sich. Man kann das Verhalten des kranken Menschen mit dem sogenannt gesunden Menschenverstand einfach nicht verstehen. Die Krankheit bekommt dann schnell etwas fast Mystisches und Beängstigendes. Zudem wird psychische Krankheit oft verbunden mit Kriminalität. Die meisten Berichterstattungen über psychische Erkrankungen sind nicht medizinischer, sondern kriminalistischer und forensischer Art. Oft geht es um Skandale. So entsteht eben ein falsches Bild. Im Übrigen ist es ein jahrhundertealtes Problem. Früher waren die Irrenhäuser ausserhalb der Stadt platziert, zusammen mit den Leprakranken. Man fühlt sich gegenüber psychischen Krankheiten sehr machtlos. Man lernt in Samariterkursen, zu beatmen oder ein Bein zu schienen. Aber im Umgang mit psychischen Krankheiten oder seelischen Krisen ist man sehr schnell überfordert.

«Für psychisch Kranke ist es aber relativ schwierig, sich zu organisieren.»

In der Schweiz hat sich die Psychiatrie noch mehr als in andern Ländern von der Medizin entfernt. Sie ist in jedem Sinne ein bisschen ausserhalb. Es fährt zum Beispiel immer noch kein Bus direkt in die psychiatrische Klinik Waldau hinaus, die ja auch ausserhalb der Stadt Bern liegt. Das sind alles Gründe, warum psychische Krankheiten stigmatisiert sind. Es ist für Familien schwierig zu sagen: «Unser Sohn oder unsere Tochter ist in der psychiatrischen Klinik.»

Wie viel gibt die Schweiz jährlich aus für die Behandlung von psychischen Krankheiten und den Folgeerscheinungen wie Arbeitsunfähigkeit usw.?

Die Kosten für ambulante Behandlungen liegen etwa bei 600 Mio., für

Medikamente etwa bei einer Milliarde. Stationäre Behandlungen kosten etwa 1,53 Milliarden. Insgesamt verursachen die psychischen Krankheiten gemäss WHO-Bericht in Europa etwa 9 Prozent der Gesamtgesundheitskosten in der Schweiz. Die Folgekosten sind sicher viel höher als die reinen Behandlungskosten. Wir können aber auch nicht alle Leute behandeln. Das ist auch eine Illusion. Also müssen wir gute Bedingungen schaffen, damit möglichst wenig Leute manifest erkranken.

Wie lauten Ihre Wünsche ans BAG?

Ganz grundsätzlich wünschen wir uns natürlich, dass das BAG die psychische Gesundheit in ihrem Portfolio behält. Es besteht immer die Gefahr, dass dieses Thema in den diversen Aktivitäten, sei es die Schweinegrippe oder anderes, untergeht oder so wenig beachtet wird, dass es keine Wirkung mehr hat. Weiter ist es wichtig, dass das BAG zusammen mit der GDK bei den Bündnissen gegen Depression dabei bleibt. Solche Bündnisse brauchen eine Koordination, die nur der Bund leisten kann. Man müsste in vielen Bereichen von Mental Health mit Modellversuchen schauen, was machbar ist. Das kann von Tarifmodellen über gesundheitsfördernde Projekte bis zu Befragungen gehen, was wirkt und was bei der Schweizer Bevölkerung ankommt. Dafür braucht es eine Anstossfinanzierung über das BAG.

Es braucht eine gute Zusammenarbeit zwischen dem Bund, den Kantonen und gewissen Organisationen wie Pro Mente Sana oder Pro Infirmis oder eben dem Aktionsbündnis. Wichtig bleibt die Rolle des BAG für den gesamtschweizerischen Austausch von Informationen und die Vernetzung. Und ich könnte mir durchaus vorstellen, dass das BAG mal eine Kampagne macht, wie sie für die AIDS-Prevention gemacht wurde, diesmal aber für die Anliegen der psychischen Gesundheit, zum Beispiel mit dem Titel: «Gemeinsam aktiv: Für die psychische Gesundheit» oder «Gegen Ausgrenzung: Aufklärung hilft».

«Arosakurs» unterstützt Menschen mit neuer HIV-Diagnose



HIV/Aidsprävention. Anfang April 2009 wurde in Arosa ein zweitägiger Kurs für Menschen durchgeführt, die kürzlich von ihrer HIV-Infektion erfahren haben. Der «Arosakurs» soll die HIV-Betroffenen unter anderem dabei unterstützen, in einer Partnerschaft mit einem seronegativen Partner das Virus nicht weiterzugeben.

Der konzeptionelle Rahmen für diesen Kurs wurde im spectra Nr. 75 vorgestellt («Der HIV-negative Partner soll negativ bleiben»). Dort wurde erwähnt, dass sich die neueren Präventionsansätze auch an HIV-Betroffene und ihre HIV-negativen Partner richten müssen, da in diesem Bereich noch ein grosses Präventionspotenzial brachliegt. Dies lässt sich aus Schweizer Studienergebnissen schliessen, wonach mehr als ein Drittel der HIV-Übertragungen in festen Partnerschaften erfolgt.

Präventive Angebote für Menschen mit HIV

Behandelnde HIV-Spezialisten und -Spezialistinnen sind nach wie vor die erste Adresse für die diagnostisch-therapeutische Begleitung und die präventive Beratung von Menschen mit HIV. Es hat sich aber gezeigt, dass es für die spezielle Situation des Lebens mit positivem Status noch weiterer Unterstützung bedarf, zum Beispiel Beratung in Job- und Versicherungsfragen oder die psychosoziale Begleitung. Diese Bedürfnisse werden durch die Aids-Hilfe Schweiz und regionale Aids-Hilfen meist mit sehr guten Angeboten abgedeckt. Als besonderes Problem haben sich indes die drohende Vereinsamung und die selbstverordnete Isolierung herausgestellt, die trotz der Erfolge der Aidstherapie und der Möglichkeit eines «nor-

malen» Funktionierens im Alltag weit verbreitet sind. Bewährt haben sich hier Schulungsangebote für Betroffene, die zum Teil von HIV-positiven Experten geleitet werden. Mit gegenseitiger Unterstützung lernen Schulungsteilnehmer, selbstständig ein befriedigendes Sozialleben aufzubauen und so ihre mentale Gesundheit zu verbessern. Psychisches Wohlbefinden ist für die HIV-Prävention wichtig, weil Menschen mit beeinträchtigter seelischer Gesundheit erwiesenermassen weniger motiviert und fähig sind, sich präventiv zu verhalten.

Der «Arosakurs» – mit Distanz zum Alltag

Im Ausland gibt es verschiedene Modelle von periodischen Abendkursen am Lebens- und Arbeitsort der Betroffenen. Der Nachteil dieser Kurse besteht darin, dass Abwesenheiten von Teilnehmern, längere Unterbrüche und die Nähe zur gewohnten Lebenswelt oft eine vertiefte und wirkungsvolle Auseinandersetzung mit der eigenen Situation erschweren. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat deshalb beschlossen, mit dem «Arosakurs» vorerst einen anderen Weg zu versuchen und Betroffenen einen Intensivkurs fern von ihrem Alltag anzubieten.

Der Kurs war als Pilotprojekt angelegt, bei dem die Durchführbarkeit, der Erfolg verschiedener Angebote und die Nachhaltigkeit der Wirkung getestet und evaluiert werden sollten. Um die «Versuchsbedingungen» nicht durch eine zu heterogene Teilnehmerschaft zusätzlich zu erschweren, wurde der Adressatenkreis auf homosexuelle Männer eingeschränkt. Dies deshalb, weil diese Gruppe überproportional von der HIV-Epidemie betroffen ist. Ein weiteres Aufnahmekriterium war die Beherr-

schaft der deutschen Sprache. Organisator und hauptverantwortlicher Leiter war Benedikt Zahno vom Checkpoint Zürich, dem ärztlichen Angebot der Züricher Aids-Hilfe für Männer, die Sex mit Männern haben. Mit dabei waren acht Experten für die Leitung der Workshops, vier davon mit einer positiven HIV-Diagnose. In insgesamt sieben Workshops ging es um Themen rund um die Bewältigung der HIV-Diagnose und den Umgang mit dem neuen Serostatus. Zu den Workshopthemen gehörten zum Beispiel Stressmanagement, der Umgang mit Suchtmitteln, HIV und Paar oder HIV und Single. Wie der Name «Arosakurs» andeutet, fand der Kurs in Arosa in einem gayfriendly Hotel mit Wellnessangebot statt.

«Ich wurde selbstbewusster und mutiger»

In der Evaluation wurden folgende Fragen gestellt:

- A) Wen erreichen wir mit der Intervention?
 - B) Was sind die Erfahrungen der Experten und Teilnehmer mit dem Programm insgesamt (Setting, Workshopinhalte)?
 - C) Wie geeignet ist das Setting Wellnesshotel?
 - D) Wie wirkt der Kurs bei den Teilnehmern längerfristig?
- (Follow-up-Fragebogen nach sechs Wochen).

Für die Kursleiter war am verblüffendsten, dass das Wellness- und Schneesportangebot trotz des strahlenden Wetters kaum genutzt wurde und die meisten Teilnehmer das umfangreiche Workshopprogramm komplett absolvieren wollten. Neben dieser starken Lernmotivation wurde auch deutlich, dass viele Teilnehmer grosse Schwierigkeiten

im Umgang mit dem positiven Status haben, insbesondere was die Pflege und Neuaufnahme von Sozialkontakten anbelangt. Die Schulungsangebote zu medizinischen und rechtlichen Fragen wurden weniger genutzt, dafür waren die Workshops zur Lebensführung, zur vertieften Auseinandersetzung mit der Diagnose und zum Paar- bzw. Single-Dasein sehr gut besucht. In der Evaluation stellte sich heraus, dass der Kurs unmittelbar nach Ende der Veranstaltung und auch sechs Wochen später als sehr gut eingeschätzt wird. Kritisch ist zu vermerken, dass eines der Kursziele nicht genügend erreicht wurde: Nur wenige Teilnehmer berichteten nach sechs Wochen, dass sie selbstständig und vermehrt weitere Angebote im Alltag nutzen, um ihr Leben mit HIV besser zu bewältigen und der Vereinsamung vorzubeugen. Ein weiteres Verhaltensziel des Kurses bestand darin, dass feste Partner mit unterschiedlichem Serostatus verbindliche Präventionsmassnahmen vereinbaren. Dies aus der Erkenntnis heraus, dass die wenigsten Paare über Schutzverhalten beim Sex ausserhalb der Partnerschaft kommunizieren. Dieses Ziel konnte nicht schlüssig überprüft werden, da im ersten «Arosakurs» 10 der 15 Teilnehmer Singles waren. Gefragt nach dem konkreten Gewinn des Kurses nach sechs Wochen, antwortete ein Teilnehmer: «Durch die vielen Kontakte und Erfahrungen, welche in Arosa ausgetauscht wurden, haben sich mein Bewusstsein und mein Selbstbild mit der Infektion stark geändert. Ich wurde selbstbewusster und mutiger und ich möchte dies für die Zukunft noch stärker ausbauen können. Ich weiss inzwischen, dass ich nicht allein bin und man sich für diese Krankheit nicht zu schämen braucht.»

Wie geht es weiter?

Die Ausschreibungs- und Anmeldemodalitäten müssen verbessert werden, damit die Adressaten – rund 300 homosexuelle Männer mit neuer Diagnose pro Jahr – bessere Kenntnis des Angebots haben und nicht aus Angst vor Anonymitätsverlust auf eine Anmeldung verzichten. Die Follow-up-Evaluation hat zudem gezeigt, dass die Hilfe zur Selbsthilfe und die Vernetzung im Anschluss an den Kurs in den einzelnen Workshops noch mehr Gewicht bekommen müssen. Das Gesamtergebnis der Evaluationen und die Rückmeldungen der Teilnehmer waren aber so vielversprechend, dass die Planung für den nächsten Kurs im Frühling 2010 bereits angelaufen ist. Dieser wird nicht mehr in Arosa, dafür aber zweisprachig durchgeführt, damit auch Betroffene aus der Romandie dabei sein können.

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

SBB behält das Alkoholverkaufsverbot in den Bahnhöfen nach 22 Uhr bei

Alkoholprävention. Weniger Gelage, Aggressionen und Verschmutzung: Das von den SBB und ihren Mietern vor eineinhalb Jahren in den Bahnhöfen eingeführte Alkoholverkaufsverbot nach 22 Uhr bewährt sich und wird weitergeführt.

Seit dem 1. April 2008 dürfen die Läden und Kioske in den Bahnhöfen nach 22 Uhr keinen Alkohol mehr verkaufen. Hintergrund für diese von den Schweizerischen Bundesbahnen (SBB) und ihren Mietern beschlossene Massnahme war die stetig zunehmende Zahl von spätabendlichen Gelagen. Diese führten vermehrt zu Aggressionen gegenüber Reisenden und zu einer zusätzlichen Verschmutzung der Bahnhöfe.



Die SBB zieht deshalb nach einem Jahr ein positives Fazit und wird das Verkaufsverbot zur Erhöhung der Sicherheit in den Bahnhöfen und als Beitrag zur Suchtprävention beibehalten. Vom Verbot weiterhin nicht betroffen ist der Konsum von Alkohol in den Gastronomiebetrieben der Bahnhöfe.

In den meisten von der Einschränkung betroffenen Bahnhöfen hat sich die Situation spürbar verbessert. Die Aggressi-

onen gegenüber den Kundinnen und Kunden, aber auch gegenüber dem Personal sind zurückgegangen. Zudem

konnten Ordnung und Sauberkeit auch am späten Abend merklich verbessert werden.

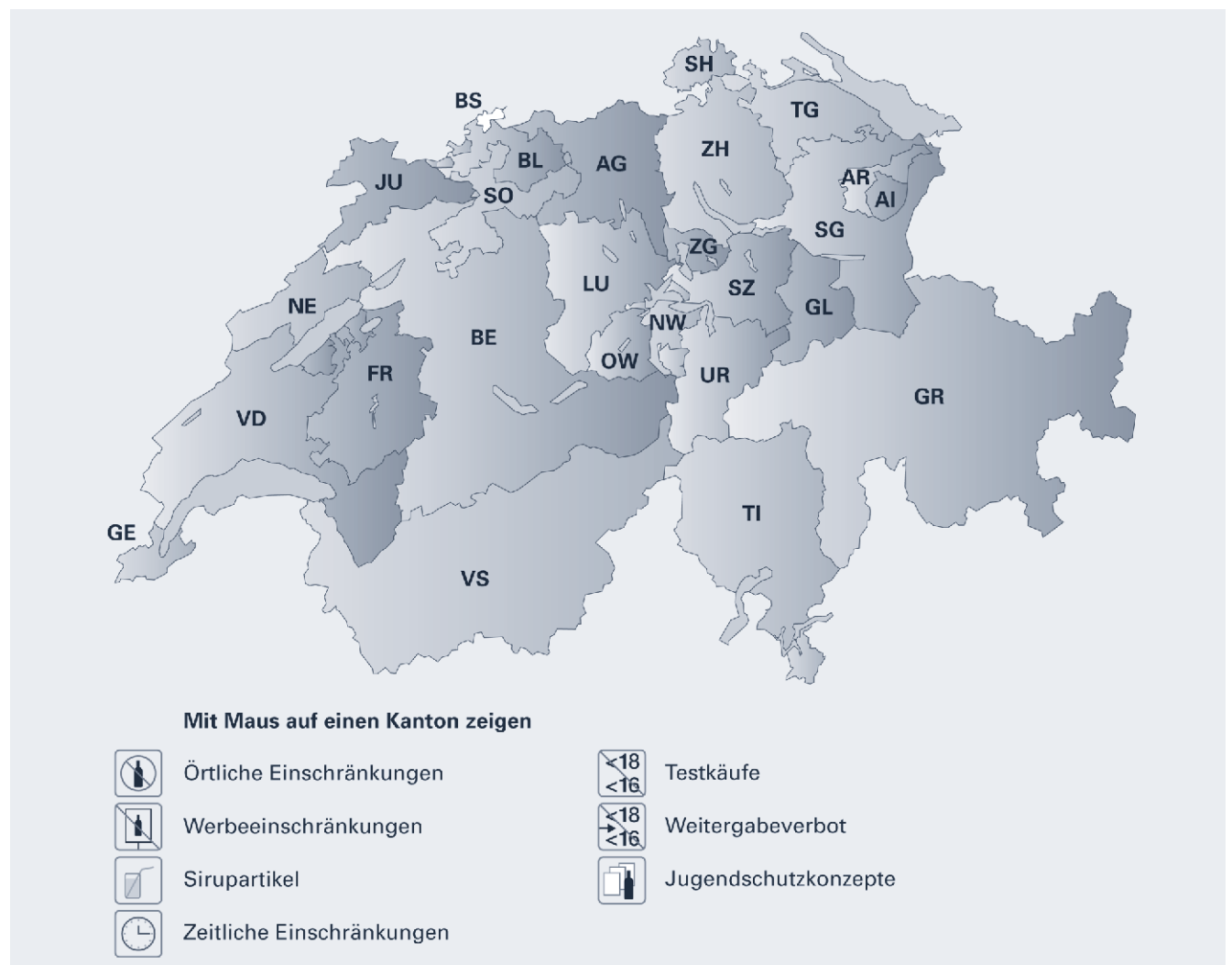
Alkoholpolitik: Überblick über alle Kantone

Interaktiv und online: Die Schweizerkarte auf der Internetseite des Bundesamts für Gesundheit gibt einen regelmässig aktualisierten Überblick über die unterschiedliche Gesetzgebung der Kantone im Bereich der Alkoholprävention. Durch einfaches Berühren des jeweiligen Kantons mit dem Mauspfel wird eine Zusammenfassung zu verschiedenen Themenbereichen sichtbar.

Die neue Kantonskarte wurde im Rahmen der Umsetzung des Nationalen Programms Alkohol 2008–2012 (NPA) erarbeitet. Sie zeigt den Stand der Gesetzgebung in allen Kantonen im Bereich Alkoholpolitik. Das Instrument bietet einen einfachen und aktuellen Überblick. Gesetzliche Regelungen und Ausführungsbestimmungen sind per Mausklick abrufbar.

Zu finden sind beispielsweise gesetzliche Bestimmungen zu Werbeeinschränkungen sowie zeitlichen oder örtlichen Einschränkungen. Ein anderes Thema ist der Sirupartikel: Kantone, welche über einen solchen Artikel verfügen, halten darin fest, wie viele alkoholfreie Getränke und welche billiger verkauft werden müssen als das billigste alkoholische Getränk. Eine weitere Rubrik sind die Jugendschutzkonzepte. So muss beispielsweise für die Erteilung einer Betriebsbewilligung ein Jugendschutzkonzept vorliegen, die Alkoholabgabe kann eingeschränkt oder «Flat-Rate»- und «All you can drink»-Partys können verboten werden.

Mittels Testkäufen wird der Vollzug des Verbots von Alkoholverkauf an unter 16- bzw. unter 18-Jährige kontrolliert. Die interaktive Schweizerkarte liefert die



gesetzlichen Bestimmungen betreffend die Durchführung solcher unangekündigter Alkoholtestkäufe.

Analog der bereits existierenden Karte im Bereich Tabak wird auch diejenige im Bereich Alkohol monatlich aktualisiert.

www.bag.admin.ch, unter Themen > Alkohol, Tabak, Drogen

Kontakt:
Tamara Estermann,
Sektion Alkohol und Tabak,
tamara.estermann@bag.admin.ch

Publikationen

Titel	Inhalt/Umfang	Bezugsquelle
Übersicht über aktuelle Fachliteratur zu Migration und Gesundheit	Der Bericht des Schweizerischen Forums für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM) basiert auf einer Auswahl nationaler und internationaler Fachliteratur, die zwischen 2006 und 2008 publiziert worden ist. Er ermöglicht es, sich über die neusten sozioepidemiologischen Studien zur Migrationsbevölkerung in der Schweiz und in anderen europäischen Ländern zu informieren. Verfügbar in Deutsch und Französisch.	Link zum Bericht Migration & Gesundheit. Übersicht über ausgewählte Fachliteratur 2006–2008: www.miges.admin.ch (siehe Forschung/Projekte)

Agenda

Titel	Datum/Ort	Kurzbeschreibung	Kontaktadresse
Online, Sex und Sucht Interdisziplinäre Fachtagung	16. Juni 2010, Volkshaus, Zürich	Eine interdisziplinäre Veranstaltung von und für Fachleute(n) und Fachorganisationen aus den Bereichen Prävention und Beratung, Sozialarbeit und Seelsorge, Polizei und Justiz, Medizin und Psychologie, Sexualpädagogik und Medienpädagogik sowie der Buben- und Männerarbeit	Fachverband Sucht, Weinbergstrasse 25, 8001 Zürich Tel. 044 266 60 60, Mail: info@fachverbandsucht.ch www.fachverbandsucht.ch
20 th IUHPE World Conference on Health Promotion	11. bis 15. Juli 2010, Genf	Das Thema der internationalen Konferenz ist der Brückenschlag zwischen Gesundheitsförderung und nachhaltiger Entwicklung.	www.iuhpeconference.net
Swiss Public Health Conference	9. und 10. September 2010, Nottwil	Soziale Verantwortung und Gesundheit – Gesundheitsförderung durch aktive Gestaltung von sozialen Determinanten Inhaltliches Konzept	Public Health Schweiz, 3001 Bern, Tel. 031 389 92 85, www.public-health.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 Ernährung und Bewegung	031 323 87 55
Aids Dokumentation	031 323 26 64		

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

Impressum

spectra Nr. 77, November 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, iStockphoto
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 Dezember 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

Gendersensible Suchtarbeit: Wirksamkeit ist prüfbar

Sucht und Gender. Eine Machbarkeitsstudie des Bundesamts für Gesundheit hat gezeigt, wie es möglich ist, die Wirksamkeit gendersensibler Suchtarbeit zu messen.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) unterstützt seit 1994 gendersensible Arbeit im Suchtbereich. Um deren Wirksamkeit zu messen, hat es in einem ersten Schritt eine entsprechende Machbarkeitsstudie in Auftrag gegeben, die folgende Fragen klären sollte: Welche genderspezifischen Struktur- und Prozessmerkmale führen zu einer erhöhten Wirksamkeit der Suchtarbeit? Wie kann der Einfluss dieser Faktoren auf die Wirksamkeit der Suchtarbeit nachgewiesen werden? Die Studie fokussiert auf Wirkungen in Bezug auf das Individuum (Mikroebene). Für die Studie wurden Literatur- und Dokumentenanalysen, Experteninterviews, explorative Gespräche sowie Workshops mit der Auftraggeber-schaft und dem Forschungsnetzwerk Gender Health durchgeführt.

Merkmale gendersensibler Suchtarbeit

Eine Organisation arbeitet dann «gendersensibel», wenn sie in der Interventionsgestaltung geschlechtsspezifische Suchtursachen und -verläufe berücksichtigt (Prozess) und wenn sie so organisiert ist, dass sie geschlechtsspezifischen Bedürfnissen Rechnung tragen kann (Struktur). Anhand der Machbarkeitsstudie konnten folgende konkreten Struktur- und Prozessmerkmale gendersensibler Suchtarbeit herauskristallisiert werden:

Strukturmerkmale

- Gendersensible Angebote für Frauen, Männer und gemischte Settings, z. B. Angebote zum Thema Essstörungen für Frauen oder zur Opfer-Täter-Thematik für Männer
- Geschlechtersensible Infrastruktur, z. B. Räume nur für Frauen
- Geschlechtersensibles Bezugspersonensystem
- Angemessene Vertretung beider Geschlechter unter den Mitarbeitenden und im Kader
- Gendersensibilität als Qualitätsvorgabe im Leistungsvertrag und in den Fachkonzepten
- Commitment zu gendersensibler Arbeitsweise auf Leitungsebene
- Ergebnisse werden nach Geschlecht getrennt ausgewertet und für allfällige Unterschiede werden Erklärungen gesucht

Prozessmerkmale

- Orientierung der Angebote an den Bedürfnissen der Klienten und Klientinnen, z. B. mittels Einbezug der Klienten und Klientinnen in die Entwicklung neuer Angebote und Anpassung bestehender Angebote
- Genderspezifische thematische Ausrichtung, z. B. in Form von geschlechtergerechten Arbeitsmethoden und Settings (Adventsschmuck im Gruppengesprächsraum, Gruppengespräch mit Holzarbeit verbunden etc.)
- Laufende Reflexion der eigenen Arbeitsweise bezüglich Gendersensibilität (Genderkompetenz)

Woran lässt sich die Wirkung erkennen?

Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die oben genannten Merkmale

positiv auf die gendersensible Suchtarbeit auswirken. Ob dies wirklich so ist, lässt sich mit folgenden Ergebnismerkmalen nachweisen, die aus den Interviews und der Literaturanalyse herausgeschält wurden:

- Das Angebot einer Organisation erreicht beide Geschlechter ihrem Anteil an der Population entsprechend
- Frauen und Männer nutzen die Angebote gleichermassen
- Das Angebot entspricht den subjektiven Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten
- Mit den formulierten Zielen werden frauen- und männerspezifische Themen bearbeitet
- Wohlbefinden und Zufriedenheit (z. B. bezüglich Partnerschaft, Gesundheitsempfinden, Freizeit, finanzieller Situation etc.) haben sich aus Sicht der Klientinnen und Klienten aufgrund der Intervention verbessert

Diese fünf Merkmale bilden die Grundlage für jede Messung der Wirksamkeit gendersensibler Suchtarbeit. Als Messinstrument bieten sich verschiedenste Methoden an, die je nach Bereich (stationäres/ambulant Setting, legaler/illegaler Suchtmittelkonsum) und Zielsetzung einer Wirksamkeitsmessung gewählt werden sollten. Dabei müssen nicht alle genannten Ergebnismerkmale untersucht werden. Zurzeit plant das BAG das weitere Vorgehen für die eigentliche Wirksamkeitsprüfung.

Kontakt Ursula Stüdi,
Direktionsbereich Gesundheitspolitik,
ursula.stuedi@bag.admin.ch

Gemeinsam gegen die Grippe mit dem Impf-Check

Impf-Check. Ende Oktober 2009 lancierte das Bundesamt für Gesundheit eine neue Kommunikationswelle der Grippe-Kampagne «Gemeinsam gegen Grippe» mit dem Schwerpunkt Impfen.

Mit der neuen Kampagne sollen alle in der Schweiz lebenden Personen dazu ermuntert werden, sich über die verschiedenen Risikogruppen der pandemischen und saisonalen Grippe zu informieren und sich mit der Thematik der Impfung auseinanderzusetzen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) stellt der Bevölkerung zur Einschätzung des individuellen Risikos zudem ein neues Orientierungswerkzeug zur Verfügung: den Grippe-Impf-Check.

Prävention mit Impf-Check

Bei den meisten Menschen verläuft eine Grippeerkrankung ohne Komplikationen. Es gibt jedoch Gruppen, die bezüglich Ansteckung und Komplikationen anfälliger sind, wie zum Beispiel Personen mit chronischen Krankheiten oder Personen ab 65 Jahren. Bei solchen Risikogruppen ist es besonders



The image shows a promotional banner for the 'Grippe: Soll ich mich impfen lassen?' campaign. It features a syringe icon on the left. The main text reads 'Grippe: Soll ich mich impfen lassen?' followed by the website 'www.pandemia.ch'. Below this, the hotline number 'Hotline 031 322 21 00' is displayed. In the bottom right corner, there is a logo that says 'GEMEINSAM GEGEN GRIPPE'. At the bottom left, there is small text mentioning the Swiss Confederation and the Federal Office of Public Health.

wichtig, die Gefahr einer Erkrankung und damit verbundener Komplikationen durch eine Impfung erheblich zu verringern. Das BAG hat aus diesem Grund einen Fragebogen entwickelt, mit dessen Hilfe interessierte Bürgerinnen und Bürger einfach und schnell herausfinden können, ob sie oder Personen in ihrem Umfeld ein erhöhtes Komplikationsrisiko bei Grippe besitzen. Maximal 12 Fragen gilt es im Grippe-Impf-Check zu beantworten, um zu erfahren, ob man zu einer Risi-

kogruppe der saisonalen oder der pandemischen Grippe gehört und welche Impfungen vom BAG empfohlen werden.

Kein Arztersatz

Der Impf-Check ersetzt keinesfalls eine ärztliche Beratung. Deshalb kann man nach Beenden des Impf-Checks die Risikoanalyse und Impfempfehlung ausdrucken und für eine individuelle Beratung bei einer Fachperson mitnehmen.

Das BAG wird das Thema Impfen und den Grippe-Impf-Check ab Ende Oktober 2009 über Plakate, Onlinebanner sowie zwei TV-Spots thematisieren. Alle Informationsunterlagen können auf www.pandemia.ch heruntergeladen werden.

Link: www.pandemia.ch
Kontakt: Valérie Maertens,
Sektion Kampagnen,
valerie.maertens@bag.admin.ch

Impf-Check

Der Impf-Check kann elektronisch auf www.pandemia.ch oder per Telefon über die BAG-Hotline Tel. 031 322 21 00 gemacht werden. Er steht in den Sprachen Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch zur Verfügung.

Warnhinweise unterstützen Rauchstopp und verbessern Konsumenteninformation

Bildliche Warnhinweise. Ab dem 1. Januar 2010 müssen alle in der Schweiz verkauften Tabakprodukte neben einem textlichen auch einen bildlichen Warnhinweis enthalten. Neu wird zudem auf jeder Packung auf die Rauchstopplinie hingewiesen.

Eingeführt werden 3 Serien à 14 Sujets. Damit die Aufmerksamkeit erhalten bleibt, werden die Bilder nach zwei Jahren von der nächsten Serie abgelöst. Die Schweiz verwendet mehrheitlich Bilder der Europäischen Kommission, die Abbildungen zum Thema Mundkrebs stammen von Betroffenen aus der Schweiz. Die Warnhinweise auf Deutsch, Französisch und Italienisch nehmen eine breite Palette an Themen auf. Sie reichen vom Schutz von Kindern vor dem Passivrauchen über die Schädlichkeit für das ungeborene Kind bis zu typischen Raucherkrankheiten, dem frühzeitigen Tod, Abhängigkeit und der Unterstützung beim Rauchstopp.

Bilder verstärken die Warnwirkung

Mit diesen neuen Warnhinweisen ist ein wichtiges Ziel der Tabakprävention erreicht. Warnungen aus Bild und Text sind erwiesenermassen wirksamer als rein verbale Hinweise und sind eine der kosteneffizientesten Massnahmen zur Tabakprävention. Sie klären Rauchende



Ab 1. Januar 2010 auf allen Tabakwaren obligatorisch: Warnhinweise mit Text und Bild. Bild: © Europäische Gemeinschaft

besser über die Risiken des Tabakkonsums auf und motivieren stärker dazu, das Rauchen aufzugeben. Zudem leisten

sie einen Beitrag, Nichtraucherinnen und Nichtraucher, insbesondere Kinder und Jugendliche, vom Rauchen abzuhalten.

Rauchstopplinie erhöht Erfolgchancen

Der Hinweis auf die Rauchstopplinie soll die Chancen für einen erfolgreichen Rauchstopp erhöhen. Rauchstopppwillige, die diese Dienstleistung in Anspruch nehmen, steigern ihre Erfolgchancen um das Dreifache. Die telefonische Rauchstoppperatung zum Ortstarif wird mit finanzieller Unterstützung des Tabakpräventionsfonds von der Krebsliga Schweiz und der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention betrieben.

Initiative der WHO

Bereits 2006 führten Belgien sowie 2008 Grossbritannien und Rumänien die kombinierten Warnhinweise ein. In weiteren EU-Mitgliedstaaten folgt die Einführung demnächst (Frankreich, Irland, Malta, Polen, Spanien und Ungarn). Im Rahmen des diesjährigen Welt-Nichtrauchertags (31. Mai) zum Thema bildliche Warnhinweise verlangte die WHO, dass auf Zigarettenpackungen klar und deutlich die durch Rauchen verursachten Krankheiten mit Bildern illustriert werden.

Kontakt: Michael Anderegg, Abteilung Lebensmittelsicherheit, michael.anderegg@bag.admin.ch
www.tabak.bag.admin.ch

«Die Änderungen des Betäubungsmittelgesetzes sollten 2011 in Kraft gesetzt werden können»



5 Fragen an Maria Chiara Saraceni. Die stellvertretende Leiterin der Sektion Grundlagen des Bundesamts für Gesundheit über den Weg des revidierten Betäubungsmittelgesetzes (BetmG) vom Volksentscheid bis zur Inkraftsetzung.

Am 30. November 2008 hat die Schweizer Stimmbevölkerung die Änderung des BetmG angenommen. Wieso treten die Änderungen jetzt nicht sofort automatisch in Kraft?

In der Änderung des BetmG steht, dass der Bundesrat den Zeitpunkt des Inkrafttretens bestimmt. Die Dauer zwischen einer angenommenen Gesetzesvorlage (durch das Parlament und im Falle eines Referendums auch durch das Volk) und deren Inkrafttreten ist davon abhängig, was alles geregelt werden

muss, damit die neuen Bestimmungen überhaupt angewendet werden können. Die Kantone müssen beispielsweise in einigen Bereichen, für die sie neu zuständig sein werden, Anpassungen im Vollzug, also beispielsweise in ihren kantonalen Gesetzen, vornehmen. Oft bedarf ein Gesetz einer oder mehrerer ausführender Verordnungen. In einem solchen Fall sollten das Gesetz und die Verordnung gleichzeitig in Kraft gesetzt werden. Je nachdem sind demnach zwischen Schlussabstimmung und Inkrafttreten ein bis drei Jahre vorzusehen.

Ab wann gelten die neuen Bestimmungen des BetmG?

Zurzeit gilt noch das alte BetmG, also noch nicht jenes, das am 30. November 2008 angenommen worden ist. Die Änderungen werden in zwei Etappen in Kraft treten: Die Artikel betreffend die heroingestützte Behandlung (HeGeBe) gelten ab dem 1. Januar 2010, die anderen Artikel folgen zu einem späteren Zeitpunkt.

Wieso werden die Bestimmungen zur HeGeBe vorher in Kraft gesetzt?

Die bestehende gesetzliche Grundlage für die HeGeBe ist auf den 31. Dezember

2009 befristet. Neu wird sie als Therapie unbefristet im BetmG verankert. Damit die HeGeBe auch ab 2010 nahtlos mit einer gültigen gesetzlichen Grundlage weitergeführt werden kann, müssen die entsprechenden Artikel auf den 1. Januar 2010 in Kraft sein. Der Bundesrat hat dieses Vorgehen am 20. Mai 2009 so beschlossen

Viel ändert mit den neuen Bestimmungen nicht. Wieso sind die Änderungen noch nicht in Kraft? Braucht es so viele Anpassungen im Verordnungsrecht?

Heute gibt es fünf Verordnungen, die sich direkt auf das BetmG stützen. Sie werden bei dieser Gelegenheit grundlegend überarbeitet und neu strukturiert. Es ist vorgesehen, dass es in Zukunft nur noch zwei Bundesratsverordnungen und eine Departementsverordnung geben wird. Die Fragen im Zusammenhang mit der Ausarbeitung der Verordnungen betreffen teilweise komplexe Themen. Zum Beispiel die Frage nach der Abgrenzung des Industriehanfs zum sogenannten Betäubungsmittelhanf; oder die medizinische Anwendung von Cannabis: Diese ist neu möglich. Offen ist jedoch, wie sie umgesetzt und der Cannabisanbau für

medizinische Zwecke kontrolliert werden soll. Die Kantone müssen ebenfalls in einigen Bereichen aktiv werden. Für die Früherfassung von suchtgefährdeten Personen müssten sie zum Beispiel qualifizierte Behandlungs- oder Sozialhilfestellen definieren, die die Gefährdungsmeldungen entgegennehmen. Schliesslich muss über Verordnungsänderungen zwingend eine Anhörung durchgeführt werden. Aus diesen Gründen ist die Inkraftsetzung des revidierten BetmG mit dem entsprechenden Ausführungsrecht nicht auf den 1. Januar 2010 – zusammen mit den HeGeBe-Bestimmungen – möglich.

Wie sieht der Zeitplan aus?

Anfang nächsten Jahres werden die Verordnungsentwürfe den interessierten Kreisen im Rahmen einer Anhörung unterbreitet. Diese dauert drei Monate, wird danach ausgewertet und die Entwürfe werden entsprechend angepasst. Die Änderungen des BetmG und die angepassten Verordnungen sollten auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt werden können.

Kontakt: Maria Chiara Saraceni, Sektion Grundlagen, maria.saraceni@bag.admin.ch