

spectra



81

Soziale Determinanten der Gesundheit

2 Macht Armut krank?

Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit? Menschen, die wirtschaftlich und sozial höher gestellt sind, geniessen in der Regel eine bessere Gesundheit als weniger gut gestellte. Also macht Armut krank? Wie sich die ungleich verteilten Ressourcen und Belastungen – und der unterschiedlich einfache Zugang zum Gesundheitssystem – auf die Gesundheit verschiedener Bevölkerungsgruppen auswirken, beschäftigt die Forschung zu den Determinanten der Gesundheit. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Frage: Wie kann der Gesundheitssektor dazu beitragen, die gesellschaftliche Chancengleichheit zu verbessern?

9 Spass an Bewegung und gesundem Essen

Je früher, desto besser. Dieser Grundsatz gilt bei Ernährung und Bewegung ganz besonders. Das Programm Suisse Balance hat seit 2002 einen ganzen Fächer von Projekten lanciert, welche Babys, Kindern und Jugendlichen Freude an ausreichender Bewegung und ausgewogener Ernährung vermitteln. Wir stellen drei aktuelle Beispiele vor: eine Broschüre für Schwangere und junge Mütter, ein Pilotprojekt für Kinder und Jugendliche in Schul- und Wohnheimen und ein neues Projekt der Fachstelle Prävention Essstörungen Praxisnah zur Integration von Emotionsregulation und Körpereigenwahrnehmung in bestehende Angebote.

12 Aus Erfahrungen lernen

Suchtprävention ist wirksamer, wenn gefährdete Kinder und Jugendliche möglichst früh erkannt und betreut werden. Dies bestätigen mehrere Projekte zur Früherkennung und Frühintervention (F & F) in Schulen. Welche Rolle spielen dabei in der konkreten Alltagsumsetzung Schulleitung und Lehrpersonen? RADIX, das Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention, hat diese Erfahrungen in einer Broschüre zusammengetragen. Entstanden ist eine gut lesbare und verständliche Sammlung von Erkenntnissen und Anregungen.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Wer (Wohlstand) hat, dem wird (Gesundheit) gegeben

Soziale Determinanten der Gesundheit. «Wer hat, dem wird gegeben.» Der Volksmund beschreibt das Prinzip der sozialen Determinanten der Gesundheit treffend. Wer in den zentralen Aspekten der Lebens- und Arbeitsbedingungen bevorzugt ist, kann damit rechnen, länger und gesünder zu leben als andere.

Wie lässt sich der Zusammenhang zwischen Ungleichheit in Arbeits- und Lebensbedingungen und Gesundheit erklären? Gibt es eine Ursache-Wirkungs-Beziehung? Wenn ja, wo ist die Ursache, wo die Wirkung? In Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass sozioökonomische Faktoren einen bestimmenden Einfluss haben auf Gesundheit und Lebenserwartung. «Armut macht krank» ist das Schlagwort dazu. Krankheit kann auch zum sozialen Abstieg führen, doch ist dieser Effekt von geringerer Bedeutung.

Je höher die soziale Stufe, desto besser die Gesundheit

So lässt sich das Wort «Determinante» erklären: Lebensbedingungen beeinflussen oder bestimmen (determinieren) Gesundheit. Trotz der Verwandtschaft der Begriffe «Determinante» und «Determinismus» ist dieser Einfluss nicht als Vorbestimmtheit allen Geschehens zu verstehen. Im Einzelfall lässt der Lebensweg immer wieder einen anderen Ausgang zu, als die Forschung am Kollektiv zeigt. In der Forschung findet sich indessen ein weiteres Ergebnis, das auf den ersten Blick erstaunen mag, nämlich ein sozialer Gradient: Mit jeder Stufe, die man weiter oben auf der sozialen Leiter steht, werden die Chancen auf ein langes und gesundes Leben besser. Bildung, berufliche Stellung und Einkommen sind die am häufigsten untersuchten Statusmerkmale. Die Gesundheit



steht jedoch in Beziehung mit vielen weiteren Determinanten, mit materiellen, strukturellen, kulturellen und individuellen Faktoren.

Ungleiche Verteilung von Belastungen und Ressourcen

Ein gebräuchliches Erklärungsmodell für die Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit (siehe Abbildung) geht davon aus, dass soziale Ungleichheit zu Ungleichheit in Bezug auf gesundheitliche Belastungen und Ressourcen führt. Man kann sich

bildlich vorstellen, dass sich alle je erlebten Belastungen und alle vorhandenen Ressourcen zu einer «Landschaft» in und um jeden Menschen verdichten. Diese Landschaft beeinflusst den Menschen. Heute ist zusätzlich erwiesen, dass Belastungen zu unterschiedlichen Lebenszeiten einen unterschiedlichen Einfluss haben, wobei gewisse Zeifenseiter der Entwicklung im Mutterleib und in der frühkindlichen Phase einen besonderen Stellenwert haben. Auch ist man sich bewusst geworden, dass Belastungen der Eltern auf die Kinder

übertragen werden können. Je nach sozialem Hintergrund haben Kinder nicht nur in sozialer, sondern auch in gesundheitlicher Hinsicht ungleiche Startbedingungen.

Gemäss dem Modell kann die Gesundheit direkt durch Belastungen beeinträchtigt werden. Zum Beispiel kann eine Lungenkrankheit eintreten, wenn jemand an einer stark befahrenen Straße wohnt und verschmutzter Luft ausgesetzt ist. Im Extremfall stirbt ein Mensch direkt an Hunger. Die Determinanten wirken sich jedoch in vielen Fällen indi-

Gesundheitliche Chancengleichheit gewinnt weltweit an Wichtigkeit

Internationales. Was wird außerhalb der Schweiz gegen die ungleiche Verteilung des «Guts» Gesundheit unternommen? Ein kurzer Einblick in die Agenden internationaler Gremien und des europäischen Auslands.



WHO: Problem schon 1948 erkannt

Die WHO verwendet seit ihrer Gründung im Jahre 1948 einen weitgefasssten Gesundheitsbegriff, der biologische, psychologische und soziale Aspekte einbezieht. So erstaunt es nicht, dass der Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit als eines der Ziele der WHO schon in der Verfassung verankert wurde. Die in den 80er-Jahren lancierte Strategie «Gesundheit für alle im Jahr 2000» war ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg zu diesem Ziel. Die Mitgliedstaaten wurden dazu aufgerufen, nationale, regionale und globale Strategien zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit zu entwickeln und umzusetzen. 2005 rief die WHO die Kommission «Soziale Determinanten der Gesundheit» ins Leben, die 2008 den Bericht «Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determi-

nants of health» veröffentlichte. Darin präsentierte die Kommission drei globale Handlungsempfehlungen zur Schliessung der Kluft zwischen gesundheitlich privilegierten und gesundheitlich benachteiligten Bevölkerungsgruppen innerhalb einer Generation: 1. Die Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen. 2. Die Bekämpfung der ungerechten Verteilung von Macht, Geld und Ressourcen. 3. Das Anerkennen und Messen der gesundheitlichen Ungleichheit als Basis für effektive Massnahmen.

Mehr zur WHO:
www.who.int/social_determinants/en/

Das Regionalbüro WHO Europa hat die Gesundheitsziele in seiner Geschichte mehrmals aktualisiert. Als wegweisend für eine verbesserte Gesundheit der Gesamtbevölkerung gilt heute die Tallinn-Charta «Gesundheitssysteme, Ge-

sundheit und Wohlstand» aus dem Jahr 2008. Sie stellt die Gesundheit als zentralen Faktor für das Wohlergehen der Menschen und den Wohlstand dar.

Mehr zur WHO Europa:
www.euro.who.int/What we do/Health topics/Health systems/WHO European Ministerial Conference on Health Systems

Europäische Kommission: Gesundheitspolitik ist auch Unionssache

Die Gesundheitspolitik liegt zwar grundsätzlich in der Kompetenz der einzelnen Mitgliedstaaten, jedoch legt die EU grossen Wert darauf, in all ihren politischen Massnahmen die Auswirkungen für die Gesundheit zu berücksichtigen. Sie gibt jährlich mehr als 50 Millionen Euro für Massnahmen zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes

rekt über den Lebensstil aus. Verantwortlich für den gesundheitsrelevanten Lebensstil ist dabei nicht allein das Individuum. Die Lebensverhältnisse mit sozialen, kulturellen und politischen Normen und Strukturen prägen den Lebensstil erheblich mit.

Ungleich hohe Schwellen zur Gesundheitsversorgung

Neben den gesundheitlichen Ressourcen und Belastungen wirken auch Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung auf den Gesundheitszustand. Je nach Sozialstatus ist die Versorgung – ob in vorbeugender, heilender oder rehabilitativer Absicht – ungleich. So kann es sein, dass eine Person mit niedrigem Sozialstatus eine höhere Schwelle überwinden muss, um Leistungen der gesundheitlichen Versorgung in Anspruch zu nehmen. Dies zum Beispiel aufgrund von Unwissenheit oder finanziellen Faktoren. Auch die Qualität der Kommunikation ist ungleich und kann im schlimmsten Fall zu grösseren Missverständnissen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit führen.

Breites Forschungsspektrum zugunsten der Prävention

Das beschriebene Modell vereinfacht zwangsläufig. Selbstverständlich sind die Beziehungen zwischen den Einheiten nicht einseitig, sondern es bestehen überall, auch innerhalb der Felder, wechselseitige Einflüsse. Determinanten der Gesundheit sind in ihrer Bedeutung sehr eng mit den Angeboten zu Prävention und Gesundheitsförderung verbunden. In diesem Umfeld haben sich viele Forschungsansätze entwickelt, die jeweils bestimmte Aspekte beleuchten. Denken wir an den Begriff «Sense of Coherence», der der Frage nach den inneren Mustern der Gesunderhaltung nachgeht. Oder betrachten wir die Arbeitsbedingungen der Men-



schen, so finden wir den ebenfalls historischen Begriff der «Gratifikationskrisen», die entstehen, wenn die Belohnung nicht den Anstrengungen entspricht. Vielleicht interessiert uns eher die «Gesundheitskompetenz» (health literacy), die die «Mündigkeit» von Personen im Umgang mit Gesundheit hervorhebt. Die Aufzählung könnte weitergeführt werden. Jeder Ansatz hat seine Berechtigung und leistet einen wichtigen Beitrag zu einem umfassenden Verständnis der Einflussfaktoren rund um die Gesundheit. Die Leitfrage muss dabei sein, wie die Gesundheit einer Bevölkerung verbessert werden kann.

Wohlstandsschere als gesellschaftlicher «Fiebermesser»

Zum Schluss die provokative Frage, warum überhaupt die sozialen Bedingungen verändert werden sollen, damit Schlechtergestellte bessere Gesundheitschancen erhalten. Man könnte argumentieren, der Bevölkerung ginge es durchschnittlich auch besser, wenn die Bedingungen der Bessergestellten wei-

ter verbessert würden. Doch diese Aussage ist falsch. Es ist inzwischen auch für die Schweiz nachgewiesen, dass, je ungleicher die Verteilung des Wohlstands, desto höher die Sterblichkeit der Wohnbevölkerung ist. Das heisst, anzustreben ist nicht ein durchschnittlich höherer, sondern ein möglichst ausgeglichener Wohlstand.

Kontakt: Dr. med. Monika Diebold,
Leiterin Schweizerisches
Gesundheitsobservatorium (Obsan),
monika.diebold@bfs.admin.ch

In den letzten Jahrzehnten haben sich in der Schweiz vielfältige Angebote zu Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung etabliert. Sie richten sich an eine breite Öffentlichkeit, an Jugendliche, Schulen usw. Es ist wissenschaftlich belegt, dass Prävention unter bestimmten Bedingungen wirksam und wirtschaftlich ist. Aber erreichen diese Massnahmen auch alle, die sie nötig haben?

Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Entwicklung des 21. Jahrhunderts muss diese alte Frage neu gestellt werden. Noch nie in der Geschichte waren in den industrialisierten Ländern so viele Menschen bei guter Gesundheit und durften sich über eine so hohe Lebenserwartung freuen. Nationale und internationale Erhebungen zeigen jedoch, dass nicht alle gleichermaßen von dieser Entwicklung profitieren. Es besteht ein deutliches gesundheitliches Gefälle zwischen den niedrigsten und den höchsten sozialen Schichten. So leben beispielsweise Arbeitnehmende mit einer Anlehre durchschnittlich über fünf Jahre weniger lang als Arbeitnehmende mit einem Hochschulabschluss. Überdies leiden sie in ihrem kürzeren Leben auch häufiger an gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Gesundheit und das Auftreten von Krankheit sind nicht allein verhaltensabhängig. Sie folgen gesellschaftlichen Mustern, die massgeblich von den Lebensbedingungen, dem Bildungsstand, dem Beruf und dem Einkommen beeinflusst werden. Aber auch die Herkunft (Migration), das Geschlecht sowie die Verfügbarkeit und die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung, inklusive Prävention und Gesundheitsförderung, spielen eine Rolle.

Diese Ausgabe von «spectra» gibt Einblick in die Zusammenhänge der sozialen Determinanten der Gesundheit. Sie werden erkennen, dass sowohl auf konzeptueller Ebene als auch in der Umsetzung gute Ansätze vorhanden sind, um die gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern – für alle. In Zukunft wird sich das Bundesamt für Gesundheit vermehrt mit diesen Fragen auseinandersetzen müssen, denn im Wechselspiel von Gesellschaft, Wirtschaft und Gesundheit steht die Gesundheit – ob determinierend oder determiniert, ob bestimmd oder fremdbestimmt – voll im Zentrum.



Pascal Strupler
Direktor
Bundesamt für Gesundheit

und zur Förderung einer besseren Gesundheit für alle aus. Zu diesen Massnahmen gehören unter anderem die Verringerung von Ungleichheiten und die Verbreitung von Informationen zum Thema Gesundheit. Auch verschiedene EU-Länder haben die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit auf ihre Agenda gesetzt. 2000 machte Portugal auf den Einfluss der Gesundheitsdeterminanten ausserhalb des Gesundheitswesens aufmerksam. 2007 richtete die portugiesische Regierung ihren Fokus auf Gesundheit und Migration. Grossbritannien organisierte 2005 einen Gipfel zum Thema «Tackling health inequalities – governing for health». Finnland machte mit «Health in all policies» auf die Wichtigkeit der Zusammenarbeit der Sektoren und Departemente aufmerksam. Spanien leistete 2010 einen wichtigen Beitrag zum Gesundheitsmonitoring.

Mehr zur EU:
ec.europa.eu/health/Health_in_Society/Social_determinants_and_health_inequalities

Weit fortgeschritten in Fragen der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit sind die skandinavischen Länder. So hat Schweden beispielsweise eine Nationale Strategie zur Unterstützung der Eltern von Kindern von 0 bis 18 Jahren verabschiedet. Für die Umsetzung dieser Strategie hat die Regierung in den Jahren 2009/2010 7 Millionen Euro bereitgestellt.

Mehr zu Schweden:
www.fhi.se/Documents/Aktuell/Nyhet/Wamala-paper.pdf

Im Februar 2010 hat Grossbritannien seine Strategie «Fair society, healthy lives» verabschiedet. Die Strategie kon-

zentriert sich darauf, Bedingungen zu schaffen, die es den Menschen ermöglichen, ihr Leben selber zu gestalten. Dafür setzt die Strategie bei den sozialen Determinanten der Gesundheit an.

Mehr zu Grossbritannien:
www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/

Kontakt: Regula Ricka,
Regula.Ricka@bag.admin.ch

In Erwartung einer nationalen Strategie zur Minderung der sozialen Ungleichheit

Gesundheitliche Ungleichheit. Eine Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) analysiert die konkreten Massnahmen zur Verminderung der sozialen Ungleichheiten bezüglich Gesundheit in verschiedenen Schweizer Kantonen.

Die Studie, welche Philippe Lehmann, Professor bei der Waadtländer Fachhochschule für Gesundheit durchgeführt hat, durchleuchtet die Konzepte und Massnahmen zur Verminderung der als unfair und vermeidbar betrachteten gesundheitlichen Ungleichheiten in den Kantonen. Sie soll eine Grundlage darstellen für weitere Überlegungen des BAG über eine mögliche nationale Strategie und über die Rolle des Bundes in diesem Bereich.

Sozialstatus beeinflusst Gesundheit

Die Untersuchung deckt die fünf Kantone Basel Stadt, Bern, Fribourg, Waadt und St. Gallen ab, die zusammen einem Drittel der Schweizer Bevölkerung entsprechen. Die Analyse zeigt, dass kantonale Akteure sich den gesundheitlichen Ungleichheiten sehr bewusst sind, nicht aber im Klaren über deren Ausmass und Vielfalt, sowie über die Bedeutung, die dem Sozialgradient dabei zuzuschreiben ist. Die schwächsten oder ärmsten Bevölkerungsgruppen bekom-

men angepasste gesundheitliche und soziale Leistungen. Massnahmen zur Armutsbekämpfung tragen zusätzlich dazu bei, Gesundheitsrisiken zu reduzieren. Auch interkulturelle Faktoren, die den Zugang zur medizinischen Versorgung bzw. zur Vorsorge erschweren, werden mit geeigneten Massnahmen gehandhabt.

Alle fünf Kantone bemühen sich um Gleichstellung, was Zugang zu kurativen Leistungen im Gesundheitswesen betrifft, streben kulturell und sozial differenzierte Gesundheitsprogramme an und setzen Massnahmen zur Vorbeugung von Armut um. Die Kantone setzen ausserdem Druck in Richtung einer Reform der Sozialversicherungen auf bundespolitischer Ebene.

Fehlende Gesamtstrategie

Die Übersicht der kantonalen Massnahmen zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten zeigt, dass diese oft daraus bestehen, einzelne Teilbereiche anzugehen, ohne jedoch vorher über eine klar konzipierte Gesamtstrategie zu verfügen. Das Fehlen eines nationalen Rahmens sowie gemeinsamer Ziele auf gesamtschweizerischer Ebene trägt zusätzlich zur Verzettelung der Massnahmen im Bereich der gesundheitlichen Ungleichheit bei. Im Gegensatz dazu haben – wie die Studie ebenfalls aufzeigt – mehrere europäische Länder, zum Teil

seit Jahrzehnten schon, systematische Analysen unternommen und kohärente Strategien aufgebaut. Sie profitieren dabei auch von der breiten gegenseitigen Unterstützung, die sich aus den gemeinsamen Strategien ergibt, die von der WHO und der EU mit den jeweiligen Mitgliedstaaten entwickelt werden.

Empfehlungen an Bund und Kantone

Die Studie empfiehlt Bund und Kantonen, die sozialen Ungleichheiten bezüglich Gesundheit ausdrücklich wahrzunehmen und durch eine nationale Strategie zu mindern, welche sich auf die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung, Armutsbekämpfung sowie Reformen der Sozialversicherungen konzentriert. Zudem seien Strategien zur Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheit am Arbeitsplatz zu entwickeln.

Dem BAG wird empfohlen, die europäischen Entwicklungen aktiv zu verfolgen und die Akteure der Gesundheitspolitik in der Schweiz darüber zu informieren. Gleichsam soll das BAG die Strategien und Massnahmen der Kantone näher beobachten und konsensträchtige Aspekte herausfiltern. Ausserdem sollen die verschiedenen Bundesämter enger kooperieren, um die klare Verbindung zwischen Armutsprävention und Gesundheitsförderung zu etablieren.

Den Kantonen wird nahe gelegt, ihre Bemühungen zur gesundheitlichen Ungleichheit in einer kongruenten und umfassenden Strategie zu verankern, und dazu die Ansätze aus Europa und aus den anderen Kantonen, sowie die Orientierungen des Bundes zu berücksichtigen. Namentlich bemängelt wird das Fehlen von Strategien gegen die gesundheitlichen Ungleichheiten, die aus den Arbeitsbedingungen entstehen.

Kontakt:
Regula Ricka,
Sektion Nationale Gesundheitspolitik,
regula.ricka@bag.admin.ch

Der Bericht «Inégalités sociales et santé en Suisse – Analyse des actions concrètes menées par et dans les cantons visant à diminuer les inégalités sociales face à la santé» kann bei Ph. Lehmann, HECVsanté, av. de Beaumont 21, 1011 Lausanne bestellt werden.

Forum

MediatorInnenarbeit: ein langer Weg zum Erfolg

MediatorInnenarbeit in der HIV/Aids-Prävention ist eine Interventionsmethode gemäss dem Modell der «Peer-Education». Das heisst, dass eine soziale Intervention durch die Mitglieder der Zielgruppe dieser Intervention durchgeführt wird. MediatorInnenarbeit ist somit per Definition zielgruppenorientiert. Seit den 90er-Jahren werden in der Schweiz in verschiedenen Gesundheitsbereichen MediatorInnen eingesetzt, vor allem in MigrantInnengruppen. Dieser Ansatz hat sich im Lauf der Jahre stark gewandelt und verfeinert. In der HIV-Prävention ist die MediatorInnenarbeit längst bewährt und heute als fester Bestandteil des bestehenden Interventionsdispositivs etabliert.

Die MediatorInnenarbeit im Bereich HIV/Aids wird von der Aids-Hilfe Schweiz organisiert. Rund 65 Personen sind dabei in neun Kantonen tätig, mit einem je nach Kanton variablen Pensem von bis zu 25 Stunden im Monat. Klare Stellen- und Funktionsbeschreibungen sowie Pflichtenhefte sind heute üblich. Die Zielgruppen der Interventionen sind nach klaren Kriterien definiert, beispielsweise nach der HIV-Prävalenz in einer Gruppe und nach den Inzidenz-Zahlen in

der Schweiz. Mit dem soziokulturellen Profil einer Zielgruppe wie etwa den gesprochenen Sprachen, den gängigsten Formen und Kanälen der Kommunikation, der Erreichbarkeit sowie den Formen der sozialen Organisation einer Gruppe folglich basieren auch die Interventionsmethoden und -massnahmen in der MediatorInnenarbeit.

Eine zentrale Funktion von MediatorInnen ist die Übersetzung von Botschaften und Wissen in die verschiedenen Sprachen der Zielgruppen. Damit sind nicht nur Landessprachen, sondern auch Fachsprachen oder Jargons gemeint. Also eine in der Regel bidirektionale Vermittlung zwischen Zielgruppe und Fachwelt und umgekehrt. Zur MediatorInnenarbeit gehören aber auch die Vermittlung von Kompetenzen, die Identifizierung und Aktivierung der Netzwerke sowie die Kontaktpflege zu Schlüsselpersonen und das Mitdenken und Mitorganisieren von Interventionen in einer Zielgruppe.

Der heute erfolgreichen Praxis ist eine langjährige Entwicklung vorausgegangen. Vor 20 Jahren war der Begriff der MediatorInnenarbeit offen und die Funktion von MediatorInnen wurde ganz unterschiedlich gesehen. MediatorInnen wurden vor allem als HelferInnen und UnterstützerInnen für Gesundheitsfach-

leute betrachtet. Sozusagen als Menschen, die im Besitz von «Kulturwissen» sind. Ein grosser Teil der MediatorInnen war freiwillig tätig und nur wenige wurden punktuell und projektbezogen entlohnt.

Aber schon damals wurden wichtige Anliegen formuliert, die bis heute ihre Bedeutung für die MediatorInnenarbeit behalten haben. Im Tätigkeitsbericht 1993–1995 zum Migrantenprojekt des BAG ist zu lesen: «Die Aidsprävention sollte mehr und mehr von MultiplikatorInnen übernommen werden.» Und es wurde festgehalten, dass die Aus- und Weiterbildungen, ein vertraglich geregeltes Anstellungsverhältnis, eine Einbindung in die kantonalen Strukturen usw. wichtige Schritte für die Motivation und die Anerkennung der MediatorInnenarbeit sein müssen. Visionäre oder utopische Gedanken?

In der Folge zeichnete sich die Notwendigkeit einer Differenzierung zwischen MediatorInnen und MultiplikatorInnen verstärkt ab. Im darauf folgenden Tätigkeitsbericht (1995–1997) versuchten die AutorInnen eine analytische Trennung und eine theoretische Rollendifferenzierung zwischen MediatorInnen und MultiplikatorInnen.

Für die Aus- und Weiterbildungen von MediatorInnen im Bereich HIV/Aids ist

seit 2004 die Aids-Hilfe Schweiz (AHS) zuständig. Die Angebote der AHS sind ein integraler Bestandteil ihres Aus- und Weiterbildungskonzepts von Fachpersonen im schweizerischen System HIV/Aids. Zu diesem Zweck hat die AHS elektronische Lernplattformen entwickelt, die seit Jahren im Einsatz sind. Nebst den Entwicklungen in der Praxis hat sich auch der Fachdiskurs im Zusammenhang mit MediatorInnenarbeit inzwischen weiterentwickelt.

Die MediatorInnenarbeit hat eine bedeutende Rolle für die Präventionsarbeit in MigrantInnengruppen in der Schweiz. Als Herausforderung bleibt jedoch die nachhaltige Finanzierung resp. der Ausbau der Finanzierung der MediatorInnenarbeit bestehen. Regelmässige Supervisionen könnten außerdem die Angebote in diesem Bereich abrunden.



Noël Tshibangu,
Fachbereichsleiter bei der
Aids-Hilfe Schweiz

Gesundheitsdeterminanten Bildung und Migration

Chancengleichheit. Studien zeigen: Junge Immigrantinnen und Immigranten haben im Schweizer Schulsystem nicht dieselben Möglichkeiten wie ihre Schweizer Altersgenossen. Der schlechtere Zugang zu Bildung kann sich letztlich auch negativ auf die Gesundheit auswirken.

Die Migrationsbevölkerung weist einen schlechteren Gesundheitszustand auf als die einheimische Bevölkerung, wie der Nationale Gesundheitsbericht 2008 belegt. Ein niedriger sozioökonomischer Status und weitere Besonderheiten, die sich aus einem Migrationshintergrund ergeben, können die Gesundheit ungünstig beeinflussen. Auch Bildung ist eine Gesundheitsdeterminante. Sie wirkt zum einen als Gesundheitswissen und Gesundheitskompetenz auf unser Gesundheitshandeln. Zum andern beeinflusst die Bildung, vermittelt über spezifische Lebensstile – aber auch direkt –, unsere Gesundheit. Der Fokus richtet sich hier auf die soziale Lage junger Migrantinnen und Migranten im Schulsystem der Schweiz.

Der Zugang zu Bildung und Ausbildung hat einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit, darauf weist der Nationale Gesundheitsbericht hin. Für diejenigen jungen Menschen, welche schulische Schwierigkeiten haben, sind besondere Anstrengungen notwendig. Dies ist in Anbetracht der Tatsache zu sehen, dass ein längerer Verbleib im Bildungssystem nicht nur die beruflichen Perspektiven verbessert, sondern auch die Gesundheitskompetenz und einen gesundheitsbewussten Lebensstil fördert.

Viele Immigrantenkinder in Sonderklassen

Das Autorenteam Kronig, Haeberlin und Eckhart hat eine Studie zum Thema



Immigrantenkinder und schulische Selektion veröffentlicht. In einer bildungsstatistischen Analyse zeigen sie für den Zeitraum von 1980 bis 1998 eine hochsignifikante Zunahme der Sonderklassenüberweisungen von Immigrantenkindern im Vergleich zu Schweizer Kindern. Die Autoren sprechen von einer «Unterschichtung» der Bildungspyramide durch die Immigrantenkinder auf Primarstufe. Nach einem weiteren Bericht von Christian Imdorf ist der gleiche Prozess auf der Sekundarstufe I zu beobachten. Die aktuellen Daten des Bundesamts für Statistik bestätigen diese Entwicklung bis ins Jahr 2005. Daten für die Jahre danach liegen noch nicht vor. Schulen mit besonderem Lehrplan sowie Schulen der Sekundarstufe I mit Grundansprüchen haben den grössten Anteil an fremdsprachigen Schülerinnen und Schülern. Dieser hat sich seit 1980 um mindestens 30 % erhöht, während der Anteil auf der Sekundarstufe I mit erweiterten Ansprüchen lange stabil blieb. Der Anteil ausländischer Kinder in den Sonderklassen ist seit 1980 von einem Viertel auf mehr als die Hälfte gestiegen. Laut dem Bundesamt für Statis-

tik geht 2005 praktisch jedes zehnte Immigrantenkind in eine Sonderklasse. Bei den Schweizer Kindern ist es jedes vierzigste. Anzumerken ist dabei, dass dieser hohe Ausländeranteil nicht auf Förderprogramme zurückzuführen ist, die explizit für ausländische Kinder und Jugendliche eingeführt wurden. Das heisst, wenn die Kinder überwiegend und für kurze Zeit in eine Fremdsprachenklasse zum Erwerb der betreffenden Landessprache überwiesen worden wären, wäre dieser Sachverhalt nicht bedeutend.

Zusammenhang zwischen Schulsystem und Gesundheit klären

Der Nationale Gesundheitsbericht zeigt in der Schweiz einen Trend zu höheren Bildungsabschlüssen auf. Diese Entwicklung wird als Bildungsexpansion bezeichnet. Von dieser profitieren jedoch laut dem Bericht in erster Linie Personen, die in der Schweiz aufwachsen. Im Wissen um die grundlegenden Gesundheitsdeterminanten ist der Zusammenhang zwischen einem selektiven Schulsystem und der Gesundheit von

Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund zu klären. Die soziale Schicht ist als mitbestimmender Faktor einzubeziehen. Kinder und Jugendliche ausländischer Herkunft wachsen zwar in der Schweiz auf, scheinen jedoch nicht die gleichen Möglichkeiten im Bildungssystem zu haben wie Schweizer Kinder. Zu betonen ist auch in diesem Kontext die Komplexität der Zusammenhänge. Gründe für die Unterschichtung sind nicht nur im Schulsystem zu suchen, sondern in gesamtgesellschaftlichen Prozessen einzuordnen.

Auch Zugangsbarrieren zu Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention bestimmen im Migrationskontext oft das Gesundheitsverhalten mit. Umgekehrt besteht teilweise ein erschwerter Zugang für die Fachpersonen zu den Migrantinnen und Migranten. Da Bildung eine relevante Gesundheitsressource ist, lohnt es sich, die Aufmerksamkeit auch auf das Schulsystem zu richten. Dieses erreicht fast alle Kinder und Jugendlichen, die in der Schweiz leben.

Wichtiges Setting Schule

Mit dem Programm bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz (b + g) anerkennt das Bundesamt für Gesundheit die Wichtigkeit des Settings Schule und unterstützt darin die Gesundheitsförderung und die Prävention sowie den Aufbau von Gesundheitskompetenz. Im Sinne der Integrationspolitik und der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit empfiehlt es sich außerdem, durch eine multisektorale Zusammenarbeit die Selektionsmechanismen anzugehen, welche bestimmte Personengruppen überproportional benachteiligen.

Kontakt: Priyani Ferdinando, Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
priyani.ferdinando@bag.admin.ch

Neue Gesundheitslehrmittel für Migrantinnen und Migranten

Im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit sind zwei neue Deutsch-Lehrmittel für unterschiedliche Sprachniveaus erschienen. Eines wird demnächst auch auf Französisch vorliegen. Die Lehrmittel sollen dazu beitragen, die in der Schweiz lebenden Migrantinnen und Migranten für Gesundheitsthemen zu interessieren, ihre Eigenverantwortung zu stärken und ihre Verständigung mit dem Gesundheitspersonal zu verbessern.

«Gesund leben»

«Gesund leben» vermittelt den deutschen Wortschatz, der in alltäglichen Situationen zum Thema Gesundheit gebräuchlich ist. Es befähigt Anderssprachige unter anderem, das schweizerische Gesundheitssystem kennenzulernen, sich bei einem Arztbesuch besser zu verständigen oder Präventi-



onsbotschaften und Mitteilungen der Krankenkasse zu verstehen.

Dieses Lehrbuch eignet sich für Sprachkurse ab Niveau A2 resp. für Personen mit Erfahrung in strukturiertem Lernen.

Christine Zumstein Regolo,
Osman Besic
Deutsch-Lernbuch ab Stufe A2
1. Auflage 2009
100 Seiten, A4, Broschur
CHF 18.–
ISBN 978-3-03905-410-7

«Unterrichtsmappe Gesundheit»

Die vom Bundesamt für Gesundheit herausgegebene «Unterrichtsmappe Gesundheit» enthält 21 anschauliche, flexibel einsetzbare Lerneinheiten zu fünf Gesundheitsthemen sowie Tipps zur Kursgestaltung und eine grosse Anzahl von Arbeitsblättern, Präsentationsfolien und anderem Unterrichtsmaterial. Dieses Lehrmittel ist in einfacher Deutsch gehalten und eignet sich besonders für Sprach- und Integrationskurse

resp. für bildungsungewohnte Migrantinnen und Migranten mit wenig Übung im Lesen und Schreiben. Ab Ende 2010 wird die «Unterrichtsmappe Gesundheit» auch auf Französisch erhältlich sein.

Kostenloser Download

Unter www.miges.admin.ch können sämtliche Materialien der «Unterrichtsmappe Gesundheit» heruntergeladen werden.

Weitere Informationen und Bestellungen unter www.miges.admin.ch oder www.migesplus.ch

Kontakt: Martin Wälchli, Nationales Programm Migration und Gesundheit,
martin.waelchli@bag.admin.ch

«Armut ist in der Schweiz kein Kampf ums nackte Überleben. Sie beginnt

Interview mit Ludwig Gärtner.

Welche Rolle spielt die Armut in unserem Land, wie entsteht sie und welche Strategien verfolgt der Bund, um die Armut zu bekämpfen? Der Vizedirektor des Bundesamts für Sozialversicherung über das Thema Armut als soziale Determinante, die auch die Gesundheit beeinflusst.

spectra: Macht Armut krank und wenn Ja, weshalb?

Ludwig Gärtner: Armut kann krank machen, muss aber nicht. Es gibt unterschiedlichste Gründe, warum sie krank machen kann. In Sozialhilfestellen ist zum Beispiel die Mundgesundheit ein häufiges Thema. Viele Menschen sparen sich den Gang zum Zahnarzt, weil sie sich ihn schlicht nicht leisten können. Zentral ist der allgemeine Zugang zu Gesundheitsleistungen. Ausserdem spielt die Ernährung eine wichtige Rolle. Zudem zeigen uns die IV-Statistiken, dass Menschen aus tieferen sozialen Schichten am Arbeitsplatz häufig grösseren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind. Es gibt also ein ganzes Set von Zusammenhängen zwischen verfügbarem Einkommen und Gesundheit.

Wie gross ist das Ausmass der Armut in der Schweiz – einem der reichsten Länder der Welt?

Verglichen mit einem Dritt Weltland, in dem Armut ein Kampf ums nackte Überleben bedeutet, gibt es hier keine wirkliche Armut. Aber solche Vergleiche bringen wenig, da wir ja viel höhere Lebenshaltungskosten haben. Man braucht mehr Geld, um hier leben zu können. Aber Perspektivlosigkeit und das Gefühl des Ausschlusses aus der Gesellschaft fangen viel früher an. Deshalb ist es auch sinnvoll, dass wir die Armutsgrenze nicht dort ansetzen, wo es um das nackte Überleben geht. Es ist also eine soziale Grenze. Unsere Armutsgrenze wird durch die Sozialhilfe definiert. Das heisst, als arm gilt, wer Anrecht auf Sozialhilfe hat.

Wie viele sind das heute?

Dazu gibt es nur grobe Schätzungen. Die Frage ist zudem, ob man die Vor-Transfer-Armut oder die Nach-Transfer-Armut betrachtet. Also die Anzahl Menschen,

die vor oder nach einer finanziellen Unterstützungsleistung arm sind. Aus meiner Sicht ist es nicht sinnvoll, die Vor-Transfer-Armut anzuschauen, weil wir ein sehr stark ausgebauts soziales Sicherheitssystem haben. Das hat eine grosse Bedeutung, denken wir zum Beispiel an die Altersrenten. Ohne sie würden sehr viele Rentnerinnen und Rentner als arm gelten. Die Nach-Transfer-Armut ist schwierig zu berechnen. Die Schätzungen liegen zwischen 500 000 und 700 000 Personen. Die verschiedenen kantonalen und nationalen Berichte kommen zwar zu unterschiedlichen Einschätzungen, was das Ausmass der Armut angeht, aber betreffend die strukturellen Fragen sind sich alle einig. Wir sollten daher nicht darüber diskutieren,

«Armut ist ein Problem, für die Betroffenen wie auch für die Gesellschaft. Man muss es angehen, egal, wie gross das Ausmass ist.»

ob wir nun 500 000 oder 700 000 Arme haben. Armut in der Schweiz ist ein Problem, für die Betroffenen wie auch für die Gesellschaft. Man muss es angehen, egal, wie gross das Ausmass ist.

Wenn es Nach-Transfer-Armut gibt, heisst das ja auch, dass dieses Transfersystem Armut nicht beseitigen kann, dass es Lücken gibt.

Rein logisch gesehen, kann es keine Lücken geben. Denn es gibt die Sozialhilfe, auf die alle Anspruch haben, die sonst unter die Armutsgrenze fallen würden. Ausnahmen davon sind zum Beispiel Asylsuchende, deren Anrecht auf Unterstützung unter dem Sozialhilfe-Minimum liegt. Aber an sich haben alle Anspruch auf Sozialhilfe. Es gibt aber viele Menschen, die diesen Anspruch aus irgendwelchen Gründen nicht geltend machen. Zum Teil ist ihnen gar nicht klar, dass sie ein Recht auf Hilfe hätten, weil ihnen relativ wenig fehlt und sie nur knapp unter der Armutsgrenze liegen. Viele Haushalte in der Schweiz liegen übrigens ganz knapp über oder unter dieser Grenze. Man weiss auch, dass Leute, die nur ein geringes Manko haben, sich seltener bei der Sozialhilfe

melden. Weil sie es als zu aufwendig betrachten oder weil sie nicht in eine Maschinerie hineinkommen wollen. Viele sind auch zu stolz.

Gibt es bestimmte Bevölkerungsgruppen, die besonders von der Armut betroffen sind?

Armutsrisko Nummer eins ist ein tiefes Bildungsniveau und eine fehlende Berufsausbildung. Weiter sind es insbesondere Alleinerziehende und Familien mit vielen Kindern, die am häufigsten betroffen sind. Bildung und Ausbildung sind aber eine wesentliche Determinante für Armut.

Unsere Gesellschaft ist aber doch auch angewiesen auf Menschen, die schlecht bezahlte Arbeit machen.

Ja. Aber andererseits sind es die schlecht bezahlten, repetitiven und einfachen Arbeiten, die zuerst wegrationalisiert werden. Der Arbeitsmarkt fordert ganz klar mehr gut und sehr gut ausgebildete Arbeitskräfte. Dort gibt es einen Mangel.

Was sind die Ziele des Bundes betreffend Armutbekämpfung?

Die Caritas plädierte Anfang Jahr dafür, die Armut innerhalb von zehn Jahren zu halbieren. Der Bund hingegen hat sich bewusst kein quantitatives Ziel gesteckt, und zwar aus zwei Gründen. Zum einen sind da die Schwierigkeiten, Armut überhaupt statistisch zu erfassen. Zum anderen ist das Problem Armutbekämpfung insgesamt zu komplex. Erst das Zusammenspiel einer ganzen Palette von Massnahmen führt zum Erfolg. Auf der Massnahmenseite engagiert sich der Bund schwerpunktmässig für die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt von Leuten, die ihre Stelle verloren haben.

Können Sie kurz die wichtigsten Schnittschnellen zwischen Armutbekämpfung und Gesundheit in der Strategie des Bundes zur Armutbekämpfung erläutern?

Die Gesundheit haben wir in dieser Strategie nicht explizit beleuchtet. Aus dem einfachen Grund, weil die Auswirkungen von Armut und Armutbekämpfung eben sehr breit gefächert sind. Wir haben uns mehr konzentriert auf Übergänge im Lebenslauf. Was bedeutet zum Beispiel Armut für Familien mit Kindern? Was passiert beim Übergang von der Schule in den Erwerbsprozess? Was passiert bei Langzeitarbeitslosigkeit? Weiter haben wir Armut im Alter anschaut. Dann gibt es noch ein Spezialkapitel zu den Schwelleneffekten bei Sozialleistungen in den Kantonen.

Gibt es auch Massnahmen für Leute, die eine Stelle haben, aber trotzdem arm sind – Working Poor, Alleinerziehende, Immigrantinnen und Immigranten?

Im Bereich der Familienarmut diskutiert das Parlament seit zehn Jahren

über Ergänzungsleistungen für Familien. Die zuständige Kommission hat ein Modell erarbeitet, jetzt aber einen Marschschalt gemacht. Sie hat einen Zusatzbericht verlangt und wird demnächst Hearings mit den Kantonen durchführen. Dieses Dossier ist schon sehr lang in politischer Diskussion und kommt nur langsam voran, und der Bundesrat hat dazu noch nie Stellung genommen. Bei parlamentarischen Initiativen kommt er ja erst zum Zuge, wenn das Modell fertig vorliegt.

Allerdings gibt es Kantone, die hier jetzt vorwärts machen und Ergänzungsleistungen für Familien eingeführt haben. Das Tessin hat den Anfang gemacht, seit Anfang Jahr ist der Kanton Solothurn dazugekommen. Weitere Kantone haben Ergänzungsleistungen geplant, zum Beispiel Bern und Freiburg. Auch die Sozialdirektorenkonferenz macht sich Gedanken über ein Good-Practice-Modell. Es scheint also, dass es nun auf kantonaler Ebene weitergeht und nicht auf Bundesebene.

Die Schweiz ist im internationalen Vergleich nicht gerade bekannt für eine besonders familiengerechte Politik. Sehen Sie darin auch einen Faktor, der die Armut zusätzlich verstärkt?

Man muss es vielleicht etwas breiter fassen. Zum einen hat der Bund mit dem Familienzulagegesetz einen Schritt gemacht und einen Mindeststandard definiert, der in einigen Kantonen zu höheren Ansätzen geführt hat. Das Parlament diskutiert derzeit, ob diese Leistungen auch auf selbstständig Erwerbende ausgeweitet werden sollen. Es gibt nämlich viele selbstständig Erwerbende mit Kleinbetrieben, die finanziell sehr eng drin sind.

Die Kinderbetreuung kann ein Familiengenbudget sehr belasten. Dabei zeigt sich auch, dass es sich für Familien teilweise nicht lohnt, dass die Frau arbeiten geht, weil ihr Einkommen tiefer ist als die gleichzeitig anfallenden Kosten für die Kinderbetreuung. Das hat sicher auch etwas mit der Ausgestaltung der Kripptarife zu tun. Und schon sind wir wieder bei der Frage, was das Leben in der Schweiz eigentlich kostet? Wir haben einfach sehr hohe Lebenshaltungskosten, deshalb fängt Armut früher an als anderswo.

Wie sieht es mit den Jugendlichen aus? Was weiss man darüber, ob Armut «vererbt» wird?

Es gibt zweifellos einen Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand der Eltern und dem ihrer Kinder und der Armut. Bildungserfolg geht oft einher mit der wirtschaftlichen Situation. Aber auch das ist ein statistischer Zusammenhang. Der Spruch «Einmal arm, immer arm» gilt so absolut sicher nicht. Was den Berufseintritt von Jugendlichen angeht, hat man in letzter Zeit sehr viel gemacht. Jugendliche, die keine Lehrstelle finden, werden gecoachtd. Da gibt es Anstrengungen von den Kantonen, die auch



Unser Gesprächspartner

Ludwig Gärtner, geboren 1958, ist Vizedirektor des Bundesamts für Sozialversicherung (BSV) und seit 2006 Leiter des Geschäftsfeldes «Familie, Generationen und Gesellschaft». Er studierte Sozialwissenschaften an der Universität Zürich und trat 1987 ins Bundesamt für Statistik ein. 1990 wechselte er zum BSV und übernahm verschiedene Projektleitungen in den Bereichen Gesundheitsökonomie und Altersvorsorge. 1995 wurde er Leiter des Bereichs Forschung und Entwicklung.

t mit Perspektivlosigkeit und dem Gefühl, ausgeschlossen zu sein.»



vom Bund angestossen wurden und mitfinanziert werden. Auch bei Lehrabbruch oder Wechsel der Lehrstelle wird Coaching angeboten. In diesem speziellen Bereich hat man sich konkrete quantitative Ziele gesetzt: 95 % der Jugendlichen sollen einen Berufsabschluss machen. Heute sind es rund 90 %.

Gibt es «armutsfeindliche» und «armutsfreundliche» Kantone? Was sind Ihre Beobachtungen betreffend Armut und das föderalistische System der Schweiz?

Es gibt in der Tat in den verschiedenen Kantonen unterschiedliche Leistungen für Personen in prekären finanziellen Verhältnissen. Das fängt an bei Wohnbeihilfen, individuellen Prämienverbilligungen, der Alimentenbevorschussung usw. Da kann es tatsächlich sein, dass man Ende Monat im einen Kanton mehr Geld in der Tasche hat als in einem anderen. Es gibt auch das Phänomen, dass man zum Beispiel nach einer Lohnerhöhung am Ende weniger Geld zur Verfügung hat als vor der Lohnerhöhung, weil man Leistungsansprüche verliert. Solche Systemmechanismen sind tatsächlich armutsfördernd. Da wird man bestraft, wenn man sich um einen besser bezahlten Job bemüht oder eine Weiterbildung macht.

Es gibt ja das fast legendäre Beispiel der IV-Bezüger, von denen es zum Beispiel in Basel Stadt x-mal mehr geben soll als

im Kanton Appenzell. Kennen Sie weitere solche ausgeprägten Unterschiede?

Wir kennen grosse Unterschiede bei den Sozialhilfquoten, genau gleich wie bei den IV-Quoten. Wir wissen, dass Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind, eher in die Stadt ziehen, weil es mehr Unterstützung gibt, weil die Infrastruktur besser ist. Als Alleinerziehende auf dem Land hat man etwa kaum Chancen, arbeiten gehen zu können, auch weil es kaum Krippen hat. Weiter spielt die Stigmatisierung eine Rolle. In Kantonen, in denen die Zuständigkeit für die Sozialhilfe ausschliesslich bei der Gemeinde liegt, kann es für gewisse Menschen schwierig sein, Hilfe zu beantragen. Dementsprechend beobachten wir ganz klar höhere Bezügerquoten in den grossen Kantonen und in den grösseren Städten. Das heisst aber nicht, dass diese Kantone grosszügiger sind. Zeitweise war ja von einem Sozialtourismus die Rede. Eine Studie aus dem Kanton Waadt hat das mal untersucht. Sie kam zum Schluss, dass das System so komplex ist, dass eine betroffene Person gar nicht wirklich herausfinden kann, wo sie mehr Geld bekäme, und dass andere Faktoren – wie beispielsweise Krippentarife – viel wichtiger sind für die Wohnortwahl.

Der Sozialtourismus gehört also eher in den Bereich der Legenden?

Ja. Zum mindesten gibt es ihn sicher nicht im grösseren Stil.

Kommen wir nochmals zur Generationenpolitik zurück. An der EU-Ministerkonferenz in Spanien zum Thema «Moving forward equity» hat Schweden sein zweijähriges Programm «Unterstützung der Eltern» vorgestellt, das Eltern befähigen soll. Können Sie sich ein solches Programm auch in der Schweiz vorstellen?

Ich kann mir das nicht nur vorstellen, solche Programme existieren schon. Ich kenne die schwedischen Programme nicht, aber auch in der Schweiz gibt es Programme, die unterstützen zum Beispiel Personen mit Migrationshintergrund, die kleine Kinder haben, im Hinblick darauf, dass diese Kinder durch die Eltern besser gefördert werden. Gleichzeitig wird dabei auch der Gesundheitsaspekt abgedeckt. Die Leute, die dort unterstützt werden, schätzen das sehr. Die Kinder werden dann auch effektiv mehr gefördert und haben bessere Startchancen in der Schule.

Die letzte «spectra»-Ausgabe stand unter dem Leithema «Prävention rentiert!». Gibt es auch bei der Armutsbekämpfung den Gedanken, Geld zu investieren, um schliesslich auch monetär zu profitieren?

Es gibt solche Studien aus Deutschland, die aufzeigen sollen, ob sich Investitionen in Krippenplätze lohnen. Zu Präventionsmassnahmen gegen Armut in der Schweiz kenne ich keine Studie. Allerdings läuft die Diskussion um dieses Thema sehr wohl. Auch bei den Coachings von Jugendlichen, die ich vorhin erwähnt habe, geht man ja davon aus, dass die sich lohnen. Ganz abgesehen natürlich davon, dass es bei der Armutsbekämpfung in erster Linie um Menschenwürde und immaterielle Werte geht, sollen all diese Programme letztlich auch rentieren. Nehmen wir zum

«Armutsrisiko Nummer eins ist ein tiefes Bildungsniveau und eine fehlende Berufsausbildung.»

Beispiel die IV. Da wird sehr viel auch finanziell in Unterstützungen investiert, damit IV-Bezüger den Zugang zum Arbeitsmarkt finden. Ich habe den Eindruck, dass die Idee der sozialen Investition schon langsam greift. Ich habe sehr viel Hoffnung in Projekte, die beweisen, dass sie funktionieren, wie diese Unterstützung von Immigrantenfamilien. Das Bekanntmachen von guten Beispielen wie diesen hilft ganz sicher.

Internationale Gremien wie die WHO, aber auch die EU fördern und empfehlen derzeit eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsbereich und jenen Bereichen, die die Gesundheit determinieren. Man soll sich vernetzen und

Strategien und Programme gemeinsam entwickeln. Sehen Sie eine Annäherung zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialbereich?

Im Altersbereich kann ich mir das sehr gut vorstellen, weil im Alter die Gesundheit einfach mehr zu einem Thema wird. Aber die Diskussion rund um die Armutsbekämpfung ist immer noch sehr breit angelegt und noch nicht so fokussiert, dass Fragen der Gesundheit explizit behandelt würden. Diskussionen um die Gesundheitsprävention werden anderswo geführt. Hauptthemen in der Armutsdiskussion sind Bildung und Ausbildung sowie der Zugang zum Arbeitsmarkt.

Skandinavische Länder sind sehr bedacht auf ihre ärmere Bevölkerung. Allerdings sind die Unterstützungsleistungen stark an Bedingungen gebunden. Zum Beispiel an gewisse Vorsorgeuntersuchungen. Können Sie sich so etwas in der Schweiz auch vorstellen?

Ich habe das Gefühl, dass man bei uns eher andere Massnahmen einführen würde als Vorsorgeuntersuchungen. Also zum Beispiel, dass es keine Kinderzulagen für die Eltern gibt, wenn der Junior gewalttätig wird. Vorsorgeuntersuchungen als Bedingung für eine Unterstützungsleistung kann ich mir in der Schweiz nicht vorstellen. Aber Eltern von Schulschwänzern in die Pflicht zu nehmen, ist politisch eher salofähig.

In diesem Bereich gibt es sehr grosse Mentalitätsunterschiede zwischen der Romandie und der Deutschschweiz. Gibt es auch Unterschiede bezüglich Armut dies- und jenseits des Röstgraben?

Tendenziell schon. Die Westschweiz ist zum Beispiel bezüglich Sozialleistungen aufgeschlossener. Aber grundsätzlich werden dieselben Diskussionen geführt; über die Sozialhilferrichtlinien, über bestimmte Massnahmen, über den Umgang mit Jugendlichen in der Sozialhilfe und so weiter. Die Themen sind überall dieselben. Da gibt es keinen wirklichen Röstgraben.

Welche Vision verfolgen Sie mit Ihrer Arbeit der Armutsbekämpfung?

Ich glaube nicht, dass wir es schaffen, eine armutsfreie Gesellschaft zu erreichen. Es wird immer Leute geben, die schlechter gestellt sind als andere. Deshalb kann das kein realistisches Ziel sein. Ich wünsche mir aber, dass jeder Mensch, der arm ist oder wird – aus welchem Grund auch immer –, die notwendige Unterstützung bekommt, die ihn befähigt, wieder partizipieren zu können, sowohl sozial wie auch beruflich, und damit nicht länger auf Unterstützung angewiesen ist. Personen, die das nicht schaffen, sollen vom Staat die nötige Unterstützung erhalten, um ein menschenwürdiges Leben führen zu können.

«Männer nehmen Übergewicht weniger als Problem wahr als Frauen»

7 Fragen an Monika Eichholzer. Die Medizinerin Monika Eichholzer leitet seit 1998 den Arbeitsbereich «Ernährungsepidemiologie» am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Sie forscht insbesondere in den Bereichen Adipositas und Brustkrebs und hatte die Leitung der Redaktionskommission des 5. Schweizerischen Ernährungsberichts inne.



41% der über 15-jährigen Schweizer Bevölkerung haben kein normales Körpergewicht, sind also untergewichtig, übergewichtig oder adipös. Welche Faktoren sind dafür hauptsächlich verantwortlich?

Zu hohes Körpergewicht resultiert aus einer langfristigen positiven Energiebilanz, das heisst einer Energiezufluss, die den Energieverbrauch übersteigt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schreibt einer vorwiegend sitzenden Lebensweise mit wenig körperlicher Aktivität, häufigem Konsum von Nahrungsmitteln mit hoher Energiedichte (mit viel Fett und/oder Zucker etc.) und niedrigem Konsum an Früchten, Gemüse und Nahrungsfasern den nachhaltigsten Einfluss auf die Entstehung von

Übergewicht und Adipositas zu. Für das Untergewicht, von dem gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 vor allem junge Frauen betroffen sind, dürfte das Schönheitsideal eine wesentliche Rolle spielen. Untergewicht ist aber auch bei Spitalpatienten bzw. bei Senioren, die in Institutionen leben, von Bedeutung: mindestens 20 bis 30% von ihnen sind mangelernährt.

46% der Männer haben ein zu hohes Gewicht. Bei den Frauen sind es 29%. Wie erklären Sie sich diese grosse Geschlechterdifferenz?

Diese Differenz zwischen Männern und Frauen beruht vor allem darauf, dass Männer häufiger mässig übergewichtig sind als Frauen (BMI 25–29,9). In diesem Bereich scheinen Männer das zu hohe Körpergewicht seltener als Problem wahrzunehmen als Frauen. In ausländischen Studien wurden ähnliche Beobachtungen gemacht. Für Frauen hingegen liegt der Bereich des mässigen Übergewichts bereits deutlich über dem sehr schlanken Schönheitsideal.

Was macht dicker: Reichtum oder Armut?

Weltweit gesehen tritt das Übergewicht in armen Ländern zuerst in der sozialen Oberschicht und dann in den sozial tieferen Schichten auf. In reichen Ländern sind die sozial tieferen Schichten häufiger betroffen. Vor allem bei Frauen in westlichen Ländern gibt es einen starken negativen Zusammenhang zwischen Sozialschicht und zu hohem Körpergewicht.

Eine gute Bildung hat offenbar einen positiven Einfluss auf das Körpergewicht. Warum?

Dazu sind noch viele Fragen offen. Studienresultate zeigen aber, dass sich Personen mit höherem Bildungsniveau ausgewogener ernähren, das heisst weniger energiedichte, fettriche Lebensmittel und mehr Gemüse und Obst konsumieren als weniger gut Bildete. Letztere betreiben in ihrer Freizeit außerst seltener Sport, möglicherweise aus Kostengründen oder wegen der schlechten Zugänglichkeit. Zudem ist die körperliche Aktivität am Arbeitsplatz eher rückläufig.

Wo muss die Prävention Ihrer Meinung nach ansetzen, um die Übergewichtsepидемie einzudämmen?

Die Empfehlungen der WHO, weniger energiedichte Lebensmittel mit viel Fett und Zucker und mehr Gemüse und Obst zu essen bzw. sich mehr zu bewegen, sind gut verständlich. Dieses Wissen insbesondere auch den Kindern zu vermitteln, ist wichtig. Um die Übergewichtsepидемie einzudämmen, genügt es aber nicht, nur die Eigenverantwortung bzw. das Verhalten des Einzelnen anzusprechen. Gleichzeitig ist es notwendig, die Verhältnisse, in denen wir leben, so zu verbessern, dass eine ausgewogene Ernährung und regelmässige Bewegung auch möglich sind. Massnahmen sind auf ganz unterschiedlichen Ebenen denkbar und notwendig: Lebensmittelproduzenten bringen zum Beispiel zucker-, fett- und salzärmere Lebensmittel auf den Markt, Schulen verbieten den Verkauf von Soft-

drinks auf dem Schulareal, Gemeinden bauen Fussgängerzonen, Velowegen und attraktive Spielplätze, Medien verzichten auf Lebensmittelwerbung, die sich an Kinder richtet, etc.

Das Schönheitsideal des gernschlanken Körpers und die Realität driften immer weiter auseinander. Wird sich das Ideal angesichts der vielen übergewichtigen und adipösen Menschen verändern?

Es gibt Hinweise zum Beispiel aus den USA, dass sich mit dem ansteigenden durchschnittlichen Körpergewicht der Gesamtbevölkerung auch die Vorstellung eines normalen Körpergewichts verändert bzw. dass ein höheres Körpergewicht als normal erachtet und damit auch toleriert wird.

Wo steht die Schweiz bezüglich Übergewicht und Adipositas im internationalen Vergleich?

Im Vergleich zu anderen europäischen bzw. westlichen Ländern steht die Schweiz bezüglich der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas relativ gut da. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 07, auf der die eingangs erwähnten Zahlen zu den Erwachsenen mit zu hohem Körpergewicht beruhen, wurde Gewicht und Grösse aber erfragt und nicht gemessen. Dies führt zu einer Unterschätzung des Problems, da das Gewicht häufig unterschätzt und die Grösse überschätzt wird

Gender als wesentliche soziale Determinante von Gesundheit

Gender und Gesundheit. Gender ist in Interaktion mit anderen sozialen Determinanten wie Bildung, Einkommen, Erwerbsstruktur, Herkunft usw. von zentraler Bedeutung für die Gesundheit. Für Männer haben die sozialen Determinanten oft eine andere Bedeutung als für Frauen. Es ist diese unterschiedliche Bedeutung, die sich auf die Gesundheit der Geschlechter entsprechend auswirken kann.

Betrachten wir die Erwerbsstruktur in der Schweiz, so lässt sich aktuell eine deutliche Kluft zwischen den Geschlechtern feststellen. Frauen, insbesondere Mütter, orientieren sich stärker an der Teilzeiterwerbstätigkeit. Männer hingegen, auch hier insbesondere Väter, gehen häufig einer Vollzeitbeschäftigung nach und streben eine berufliche Karriere an – Letzteres nicht zuletzt unter dem Druck des Familien(haupt)ernährers. Als Folge dieser unterschiedlichen Orientierung ergeben sich Ungleichheiten in den Arbeitsbedingungen zwischen den Geschlechtern bezüglich Einkommen, Aufstiegs- und Karrieremöglichkeiten.

Die Löhne der Frauen sind dementsprechend deutlich niedriger als jene der Männer. Es ist belegt, dass Menschen mit niedrigerem Einkommen eine ungünstigere Gesundheits- und Lebenserwartung haben als solche mit höherem Einkommen. Hinzu kommt, dass bei Personen mit niedrigem Einkommen das Erkrankungsrisiko für viele Leiden stark erhöht ist. Die Interaktion der Erwerbsstruktur mit dem Geschlecht wirkt sich unter dem erläuterten Blickwinkel negativ auf die Gesundheit der Frauen aus.

Bleiben wir bei der bestehenden Erwerbsstruktur in der Schweiz und betrachten wir die Berufswahl von Männern und Frauen. Männer wählen häufiger Berufe in körperlich risikoreichen Bereichen wie dem Baugewerbe, der Land- und Forstwirtschaft und sind aufgrund ihrer Erwerbstätigkeit entsprechend höheren Unfallrisiken ausgesetzt, als dies Frauen sind. Je nach Umfeld bzw. Blickwinkel wirken sich die einzelnen sozialen Determinanten unterschiedlich auf die Gesundheit von Frauen und Männern aus.

Neue Internetsite zu Frauen- und Männergesundheit

Frauen und Männer müssen aufgrund des Wissens um den Einfluss von Gender auf die Gesundheit in der Praxis stets als spezifische Zielgruppen (entsprechend der Interaktion mit anderen sozialen Determinanten) betrachtet werden.

Das Wissen um die Wichtigkeit von Gender als bedeutender Gesundheitsdeterminante ist für Fachpersonen in der Praxis, im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung in ihrer täglichen Arbeit von zentraler Bedeutung.

Damit der Wissenstransfer von der Theorie in die Praxis gewährleistet ist, richtet RADIX, das Schweizerische Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Bereich Gender Health, eine Internetsite ein.

Seit dem 1. Juni stehen Praktikern und Praktikerinnen aus den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung und Interessierten exemplarisch Beispiele zur Verfügung, die aufzeigen, wie der Genderaspekt in Aus- und Weiterbildungsmodulen integriert sein kann und

welchen Nutzen das erworbene Genderwissen für das fachliche Handeln im Arbeitsalltag bringt.

Es stehen zudem ab 1. September 2010 auf derselben Internetsite Anschauungsbeispiele aus dem Themenbereich Vereinbarkeit von Arbeit, Familie und Freizeit in Bezug auf die Gesundheit zum methodischen, gendersensiblen Vorgehen in Projekten zur Verfügung. Anhand dieser Beispiele soll deutlich werden, wie wichtig die Fokussierung auf die geschlechterspezifischen Zielgruppen im Alltag ist. Die Praxisbeispiele legen exemplarisch das methodische Vorgehen dar, welches zum Einbezug und zur Erreichung der geschlechterspezifischen Zielgruppen führt.

Zu beiden Themen sind Beispiele aus der Deutschschweiz und der Romandie auf Radix Gender oder www.genderhealth.ch zu finden.

Kontakt: Ursula Stüdi,
Gender Health,
ursula.stuedi@bag.admin.ch

Ausgewogene Ernährung und ausreichend Bewegung kinderleicht gemacht

Suisse Balance. Das Programm Suisse Balance leistet fachliche und finanzielle Unterstützung für innovative Projekte, die Kindern und Jugendlichen Spass an täglicher Bewegung und ausgewogener Ernährung vermitteln. Seit der Lancierung von Suisse Balance im Jahr 2002 konnte eine Vielzahl von erfolgreichen Projekten initiiert, umgesetzt und evaluiert werden. Aktuell werden unter anderem die Projekte Procap bewegt, BodyTalk PEP, Papperla PEP und BabyGuide – Ernährung und Bewegung unterstützt und in ihrer Umsetzung begleitet.

Procap bewegt

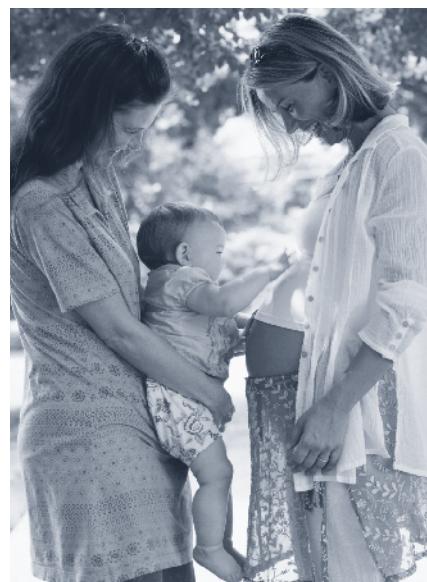
Procap bewegt ist ein Pilotprojekt für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die in Ausbildungs- und Wohnheimen leben. Ziel des Projekts ist es, durch praxisorientierte Massnahmen in den Bereichen Ernährung und Bewegung und unter Einbezug aller Beteiligten optimale gesundheitsförderliche Verhältnisse zu schaffen. In drei Pilotinstitutionen (Stiftung Schulungs- und Wohnheime Rossfeld Bern, St.-Josef-Stiftung Bremgarten, Foyer de Porrentruy) werden bewährte Massnahmen aus den Bereichen Ernährung, Bewegung und Motivation partizipativ erprobt und an die Zielgruppe angepasst. Für das Betreuungs- und Pflegepersonal wird ein themenspezifisches Fortbildungsangebot konzipiert. Aus den Erkenntnissen, die in den Pilotinstitutionen gesammelt werden, wird ein Leitfaden zur Planung und Realisierung des Projekts in weiteren Institutionen erstellt.

Papperla PEP: bewegen, spüren, essen

Papperla PEP ist ein Pilotprojekt der Fachstelle Prävention Essstörungen Praxisnah (PEP). Es geht davon aus, dass Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit eine Einheit bilden und alle drei Komponenten systematisch berücksichtigt werden müssen. Ziel von Papperla PEP ist es, die Emotionsregulation und Körpereigenwahrnehmung in bestehende Bewegungs- und Ernährungsprojekte sowie in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen für Kinder zu integrieren. Die sozialen und emotionalen Kompetenzen sowie das Selbstwertgefühl der Kinder sollen durch spielerische Massnahmen gestärkt werden. Dazu engagiert sich Papperla PEP in der Weiterbildung von Fachpersonen aus Pädagogik, Betreuung und Therapie, die mit Kindern von 0 bis 8 Jahren und deren Eltern in Kontakt sind.

BabyGuide – Ernährung und Bewegung

Der BabyGuide ist eine bestehende Informationsbroschüre für Schwangere, junge Eltern und Fachpersonen. In Zusammenarbeit mit Suisse Balance und weiteren Fachorganisationen wird diese



KinderärztInnen, GynäkologInnen, Hebammen, StillberaterInnen, Mütter-Väter-BeraterInnen etc.) und die Vermittlung von kohärenten Botschaften zum Thema Ernährung und Bewegung unterstützt werden.

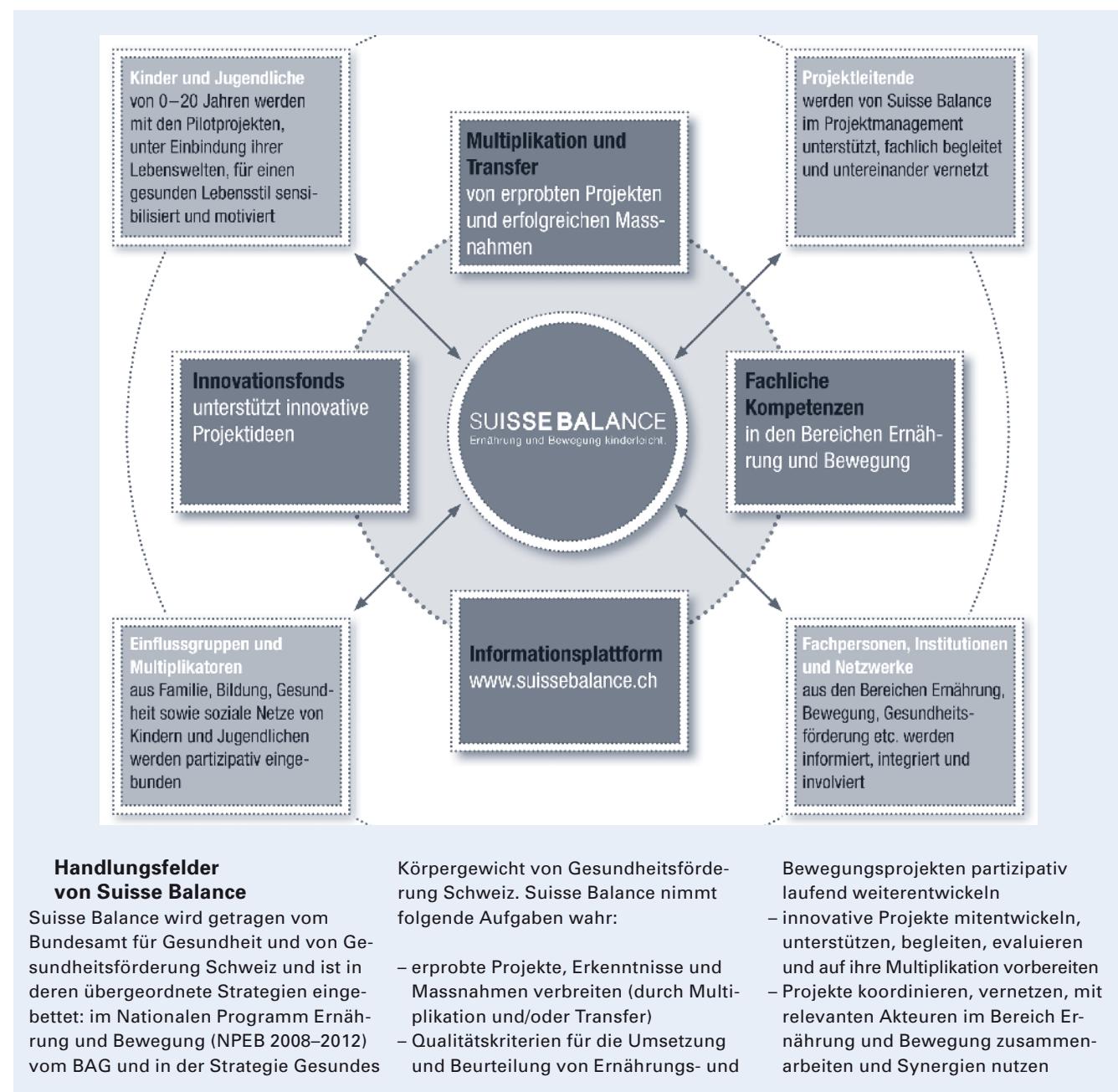
BodyTalk PEP

BodyTalk PEP ist aus derselben Motivation wie Papperla PEP entstanden, konzentriert sich aber auf 9 bis 12 jährige Kinder (BodyTalk PEP Junior) sowie auf Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 13 bis 20 Jahren. Es will den Kindern und Jugendlichen im Sinne einer alltagsnahen, lebensbejahenden Gesundheitsförderung zu einem gesunden Selbstbewusstsein und mehr Körperzufriedenheit verhelfen. Dies geschieht vor allem in Form von Workshops an Schulen, in denen Fachpersonen die Jugendlichen zu einem kritischen Umgang mit Schönheitsnormen, Geschlechterstereotypen und körperorientierten Leistungsideal en anregen und mit ihnen alternative Schönheitsdefinitionen diskutieren. Der Schönheitsbegriff wird dabei umgedeutet als gutes Körpergefühl, das sich

auch aus einer gesunden Ernährung und Bewegung ergibt. Die Lehrpersonen werden in einer separaten Weiterbildung über die Inhalte von BodyTalk PEP und über Früherkennung von und Frühintervention bei Essstörungen informiert. Damit will BodyTalk PEP Themen und Strategien der Gesundheitsförderung rund um Essen, Figur und Wohlbefinden im Fachkollegium nachhaltig verankern. Neben der Durchführung von Workshop-Programmen in Schulen werden die Inhalte von BodyTalk PEP auch in bestehende Ernährungs- und Bewegungsprojekte, Aus- und Weiterbildungsinstitutionen sowie Organisationen und Vereine im pädagogischen oder gesundheitsfördernden Bereich integriert.

Links: www.suissebalance.ch
www.procap.ch/bewegt
www.pepinfo.ch
www.babyguide.ch

Kontakt: Valérie Bourdin,
Sektion Ernährung und Bewegung,
Valerie.Bourdin@bag.admin.ch



Publikationen

Titel	Inhalt/Umfang	Bezugsquelle
Studie «Migration und Gesundheit. Übersicht über ausgewählte Fachliteratur 2009»	Der Bericht des Schweizerischen Forums für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM) basiert auf einer Auswahl nationaler und internationaler Fachliteratur, die 2009 publiziert worden ist. Er ermöglicht es, sich über die neusten sozialepidemiologischen Studien zur Migrationsbevölkerung in der Schweiz und in anderen europäischen Ländern zu informieren. Verfügbar in D und F.	Link zum Bericht «Migration & Gesundheit. Übersicht über ausgewählte Fachliteratur 2009»: www.miges.admin.ch (siehe Forschung/Projekte)

Agenda

Titel	Datum/Ort	Kurzbeschrieb	Kontaktadresse
20th 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: «Soziale Verantwortung und Gesundheit»	9. und 10. September Nottwil	Die individuelle Verantwortung für die eigene Gesundheit soll ergänzt werden durch eine soziale Verantwortung, welche dem Individuum die sozialen und ökologischen Rahmenbedingungen für gesundheitsförderliches Verhalten bereitstellt und dabei besonderes Augenmerk auf gesundheitliche Chancengleichheit legt.	Administratives Sekretariat Organizers Schweiz GmbH 061 836 98 78 public-health@organizers.ch
Sozial ausgegrenzt – psychisch krank Ansätze zur Prävention und Integration 8. Nationale Fachtagung Departement Gesundheit und Integration SRK	23. September Bern, Hotel Ambassador	Die Tagung fragt nach Ursachen von sozialer Ausgrenzung und psychischer Belastung und untersucht die Auswirkungen für Betroffene und die Gesellschaft.	Schweizerisches Rotes Kreuz Departement Gesundheit und Integration Werkstrasse 18, CH-3084 Wabern gi@redcross.ch , www.redcross.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 Prävention und Promotion	031 323 88 11	Sektion Ernährung und Bewegung	031 323 87 55
Aids Dokumentation	031 323 26 64	Nationales Programm Migration und Gesundheit	031 323 30 15

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

Impressum • spectra Nr. 81, Juli 2010

«spectra – Gesundheitsförderung und Prävention» ist eine Informationschrift 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: Büetiger 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 September 2010.

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

Der 8. Bericht zur Schweizer HIV-Prävention ist erschienen

Verhaltensmonitoring HIV/Aids. In der Schweiz ist die Situation im Bereich HIV/Aids relativ stabil. Aus dem Verhalten und den HIV-Zahlen der einzelnen Risikogruppen lässt sich schliessen, dass die Präventionsarbeit in der Schweiz dem Problem angemessen ist. Ausnahmen sind die Gruppen Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), und Migrantinnen und Migranten aus der Subsahara-Region.

Seit 1987 werden in der Schweiz die Entwicklung der HIV-Ansteckungen und das Verhalten bezüglich HIV/Aids mit einem Monitoringsystem beobachtet. Ziel ist es, die Wirksamkeit der Aids-Bekämpfungsstrategie beurteilen zu können, künftige Entwicklungen zu antizipieren und die Strategie entsprechend anzupassen. Das Verhaltensmonitoring besteht aus verschiedenen, wiederholt durchgeführten Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung sowie in Bevölkerungsgruppen, die von HIV/Aids besonders betroffen sind. Die neusten Ergebnisse sind nun in der Publikation «Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008. raisons de santé 155b» zusammengefasst. Der Bericht stellt der Schweizer HIV/Aids-Politik und der Schweizer Bevölkerung ein insgesamt zufriedenstellendes Zeugnis aus, bestätigt aber auch bekannte Brennpunkte: Handlungsbedarf besteht nach wie vor bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), und bei der Migrationsbevölkerung aus der Subsahara.

Risikoreiches Verhalten bei MSM

Seit der zweiten Hälfte der 90er-Jahre ist bei den MSM ein nachlassendes Präventivverhalten zu beobachten. Dies geht einher mit einer starken Zunahme von neuen HIV-Diagnosen zwischen 2003 und 2008. Wie die Gaysurveys zeigen, ist die Verwendung von Präservativen in festen Beziehungen seit Jahren rückläufig. Nun ist dies auch bei Sex mit Gelegenheitspartnern der Fall, selbst bei jungen MSM, die sich bisher immer besser geschützt hatten als ältere MSM. Zwei Drittel der MSM, die ungeschützten Analverkehr mit Gelegenheitspartnern hatten, gaben an, so genannte risikomindernde Alternativstrategien anzuwenden, deren Wirksamkeit aber nach wie vor ungewiss ist. Dabei handelt es sich um Zurückziehen des Glieds vor der Ejakulation, die strategische Positionswahl (Wahl der aktiven oder passiven Position je nach Serostatus; diese Strategie basiert auf der Tatsache, dass das Risiko einer HIV-Übertragung für den aktiven Partner geringer ist als für den passiven Partner) und das Serosorting, die Auswahl des Partners anhand seines Serostatus. Bei dieser Gruppe ist es schwierig, vorrangige Handlungsbereiche festzulegen. Die Zugehörigkeit zu einer Homosexuellenorganisation scheint schützend zu wirken. Diese Organisationen haben bei



Sujets der «LOVE LIFE STOP AIDS»-Kampagnen aus den Jahren 2005 bis 2007.

der Vermittlung von Präventionsbotschaften eine zentrale Rolle. Es ist auch klar, dass der Gebrauch von Präservativen weiterhin gefördert werden muss, besonders bei den jungen MSM. Wichtig sind zudem Massnahmen, die der Verharmlosung der HIV-Infektion und der Therapie entgegenwirken. Da die meisten Tests bei MSM in einer Arztpraxis durchgeführt werden, sollten Ärztinnen und Ärzte dafür sensibilisiert werden, die Gelegenheit für eine Beratung hinsichtlich der Prävention zu nutzen.

Menschen aus der Subsahara-Region stark betroffen

Die Zahl der neu gemeldeten Infektionen bei Personen aus Afrika südlich der Sahara ist verhältnismässig hoch. Mehrere Informationen deuten darauf hin, dass in dieser Gruppe ein erhöhtes Risiko vorhanen besteht. Dazu gehören tendenziell mehr Sexualpartner und ungeschützter Sex bereits zu Beginn einer Beziehung, wenn der Serostatus noch unbekannt ist. Gesichert ist, dass der Zugang zu Prävention, Beratung und Testung für diese Gruppe nicht aus-

reicht. In Bezug auf die anderen Migrantengruppen (z.B. aus dem Balkan) weisen die verfügbaren Daten nicht darauf hin, dass dort grössere Präventionslücken bestehen.

Gutes Präventionsverhalten in der Drogenszene und in der Prostitution

Die verfügbaren Daten aus dem Bereich Sexwork weisen darauf hin, dass der Gebrauch von Präservativen im Sexmiliu weit verbreitet ist. Einige Ausnahme bilden drogenabhängige Sexarbeiterinnen. Bei Sexworkerinnen, deren Freier MSM sind, ist bei Analverkehr der Präservativgebrauch die Regel, aber nicht beim Oralverkehr. Auch in der Drogenszene ist die Situation in Bezug auf HIV erfreulich: Bei den Drogenkonsumierenden gibt es weiterhin nur wenige neue HIV-Fälle, und der gemeinsame Spritzengebrauch ist auf einem tiefen Niveau stabil geblieben (unter 10%). Dies gilt jedoch nicht für den Freiheitsentzug: Drogenabhängige Gefängnisinsassen sind weiterhin grossen Infektionsrisiken ausgesetzt.

Menschen mit HIV/Aids: Systematische Benutzung von Präservativen hat abgenommen

Die Mehrheit der Menschen mit HIV/Aids benutzt bei Sexualkontakte mit einem festen Partner systematisch ein Präservativ. Dieser Anteil hat jedoch abgenommen von 77% (2007) auf 71,9% (2008). Ähnlich ist die Entwicklung bei Sexualkontakten mit Gelegenheitspartnern. 2007 haben 85,1% der Menschen mit HIV/Aids in einem solchen Fall konsequent ein Präservativ benutzt, 2008 waren es noch 80,2%. Der Rückgang ist auf den Bereich MSM zurückzuführen. Dort hatte im Berichtszeitraum (bis 2008) ein erheblicher – und zunehmender – Anteil von Männern mit HIV/Aids ungeschützten Geschlechtsverkehr mit Gelegenheitspartnern.

Vorbildliche Jugendliche

In der Allgemeinbevölkerung, insbesondere bei den Jugendlichen, werden in Bezug auf die Benutzung von Präservativen mit Gelegenheitspartnern weiterhin erfreuliche Werte verzeichnet. Fast alle Jugendlichen erhalten in der Schule Sexualunterricht und Informationen zur HIV/Aids-Prävention. Einige Themen, zum Beispiel die sexuelle Orientierung, werden jedoch noch zu wenig systematisch behandelt. Im höheren Lebensalter (46- bis 74-Jährige) ist ein deutlicher Rückgang des Präservativgebrauchs in Risikosituationen (neue Partner und Gelegenheitspartner) zu beobachten. Auch der HIV-Test ist in diesen Altersgruppen weniger verbreitet.

Einfluss von Bildung und Nationalität

Insgesamt haben die Analysen nach Bildungsstand und Sprachregion keine grosse Zahl von Ungleichheiten ergeben. Dort, wo Ungleichheiten bestehen, beziehen sie sich vor allem auf den Informationsstand (weniger gut bei den Personen mit tieferem Bildungsstand). Bei den ausländischen MSM und solchen mit tieferem Bildungsstand ist ein soziales Gefälle in Bezug auf das Schutzverhalten festzustellen.

Die Studie: «Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008. raisons de santé 155b. www.iumpc.ch». Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Kontakt: Martin Werner,
Sektion Prävention und Promotion,
Martin.Werner@bag.admin.ch

Früherkennung und Frühintervention in Schulen: Lessons learned

Neue Publikation. RADIX hat aus mehreren Evaluationen zu Projekten der Früherkennung und der Frühintervention (F&F) in Schulen zentrale Erkenntnisse abgeleitet und sie in einer Publikation zusammengefasst. F&F ist eine Investition in die Zukunft der Jugendlichen, aber auch der Schulen selbst und trägt zur Chancengleichheit für die 10 bis 20% der gefährdeten Kinder und Jugendlichen in der Schweiz bei.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA; neu Sucht Info Schweiz) veröffentlichten 2004 die Broschüre «Schule und Cannabis» mit dem Ziel, Schulen für die selektive und indizierte Prävention zu sensibilisieren. Lehrpersonen und Schulleitungen, die mit gefährdeten Jugendlichen konfrontiert waren, sollten darin eine Anleitung finden, wie sie vorgehen können, wenn einzelne Jugendliche psychosoziale Auffälligkeiten und Symptome zeigen. Diese Publikation führte im Kanton Basel Stadt zu einem grösseren Projekt F&F in Schulen. Drei weitere, unterschiedlich strukturierte Projekte in der ganzen Schweiz folgten bald. Alle diese Projekte wurden vom BAG mitfinanziert und von der Fachhochschule Nordwestschweiz wissenschaftlich evaluiert. Damit sollte die Umsetzung von F&F gefördert und gleichzeitig überprüft und optimiert werden. Die Ergebnisse und Erkenntnisse der vier Evaluationen sind in der aktuellen Publikation «Früherkennung und Frühintervention in Schulen: Lessons learned» verdichtet und integrierend zusammengefasst.

Wertvolle Erkenntnisse für künftige F&F-Projekte

Nach einführenden Erläuterungen zu F&F in Schulen folgen verschiedene Kapitel zu den zwei Hauptthemenbereichen «Projektmanagement» und «Entwicklung und Umsetzung von F&F». Jedes Kapitel schliesst mit den «Lessons learned» ab. Diese stellen die komprimierten Erkenntnisse aus allen Evaluationen dar. Beispielsweise ist in allen F&F-Projekten die gemeinsame Haltung



des Kollegiums ein zentrales und sehr wichtiges Element. Die Lessons learned sind hier:

- Zuerst muss ein Konsens über den Präventionsauftrag der Schule erreicht werden: Ist die Schule, d.h. Schulleitung und Kollegium, der Meinung, dass F&F Aufgabe der Schule ist?
- Die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung, die von allen geteilt und im Alltag gelebt werden kann, braucht eine konkrete Auseinandersetzung mit dem Thema. Das kann z.B. in der Auseinandersetzung über gemeinsame Regeln oder durch die Bearbeitung eines konkreten Falles im Kollegium geschehen.
- Die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung ist ein zentraler Bestandteil von F&F und sollte im Projekt so früh wie möglich angegangen werden.
- Wenn Lehrpersonen aktiv in die Entwicklung einbezogen werden, sind die Bekanntheit der Haltung und die Identifikation damit grösser.

Schulbehörden, Schulleitungen, Lehrpersonen, Fachstellen, Eltern und weitere Interessierte, die sich mit F&F, ihren Wirkungen und Hindernissen befassen wollen, finden in dieser Broschüre wertvolle Erkenntnisse und Hinweise. Es sind Erkenntnisse, die es bei der Planung und der Umsetzung mit einzubeziehen gilt. Die Publikation ist kein Umsetzungsleitfaden und stellt keine Instrumente vor. Basierend auf systematisch-wissenschaftlich erhobenen Praxiserfahrungen, stellt sie vielmehr eine Sammlung von Erkenntnissen und Anregungen in gut lesbarer und verständlicher Form dar.

Publikation

Fabian, Carlo, und Müller, Caroline. (2010). Früherkennung und Frühintervention in Schulen. Lessons learned. Bern: RADIX.
Weitere Informationen, die vier Evaluationsberichte sowie die Bestellmöglichkeit der kostenlosen Publikation unter: www.radix.ch/f-f

RADIX – Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention

RADIX entwickelt und realisiert Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei wird eng mit Bund, Kantonen, Gemeinden und Schulen sowie mit zahlreichen Fachorganisationen zusammengearbeitet. Ein Schwerpunkt ist Früherkennung und Frühintervention. RADIX führt mit Unterstützung des BAG bis 2012 zwei Projekte F&F in Schulen in der Deutschschweiz und in der Romandie sowie bis 2011 das nationale Projekt «Gemeindeorientierte Frühintervention» durch. Weitere Informationen erhalten Sie bei fabian@radix.ch.

Kontakt:
Pia Oetiker,
Sektion Drogen,
Pia.Oetiker@bag.admin.ch

Klientenzufriedenheit im Suchthilfebereich

QuaTheSI (Quality Therapy Satisfaction Instrument), der standardisierte Fragebogen zur Messung der Klientenzufriedenheit in stationären Suchtbehandlungseinrichtungen, ist für drei weitere Bereiche entwickelt worden. Neu wird es nun einen Zufriedenheitsfragebogen geben für drei Module des Referenzsystems QuaTheDA:
1. Beratung, Begleitung und ambulante Therapie (II)

2. Substitution (III)
3. Niederschwellige Angebote (VII)

Diese Bereiche wurden ausgewählt, weil sie die grösste Anzahl Klientinnen und Klienten betreffen. Die drei Fragebogen befinden sich derzeit in der Testphase. QuaTheSI ist ein im Rahmen des Projekts QuaTheDA (Qualität, Therapie, Drogen, Alkohol) entwickeltes Instrument. QuaTheDA ist ein Qualitätsprojekt des

Bundesamts für Gesundheit (BAG) für den Suchthilfebereich. Ziel ist ein einheitliches und allgemeingültiges Qualitätsverständnis im gesamten Suchthilfebereich, basierend auf einer Qualitätsnorm, die alle Tätigkeitsfelder im ambulanten sowie im stationären Suchthilfebereich abdeckt. Die neuen Fragebögen werden am nächsten QuaTheDA-Symposium im Januar 2011 in Bern offiziell vorgestellt. Wenn eine

Institution sie früher einsetzen möchte, bitten wir sie, mit dem unten stehenden Verantwortlichen Kontakt aufzunehmen.

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