

spectra

87



Männergesundheit

2 Gesundheitszentren für Schwule

Studien belegen: Homosexuellen Männern geht es gesundheitlich schlechter als heterosexuellen. Dafür verantwortlich ist nicht nur die höhere Prävalenz von HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten. Schwule leiden auch häufiger unter psychischen Belastungen und begehen signifikant häufiger Suizid und Suizidversuche als heterosexuelle Männer. Tendenz steigend. Speziell auf Schwule ausgerichtete Gesundheitszentren sollen diese Entwicklung stoppen. Gute Ansätze für ein mögliches Angebot solcher Zentren finden sich in den Anlaufstellen für Schwule in Zürich und Genf – den sogenannten Checkpoints.

3 Geschlechterunterschiede Ernährung und Bewegung

Frauen kochen, Männer gehen Fussball spielen. Was nach überholten Rollenmustern klingt, ist nach wie vor aktuell. Die Daten aus dem Monitoring-system Ernährung und Bewegung (MOSEB) zeigen, dass 90 Prozent der Frauen, aber nur 50 Prozent der Männer häufig oder fast immer selber kochen. Lieber als in der Küche stehen die Männer anscheinend auf Sportplätzen oder in Turnhallen: 30 Prozent der 35- bis 44-jährigen Männer sind Mitglied in einem Sportverein. Bei den gleichaltrigen Frauen sind es nur 17 Prozent. Worin sich Frauen und Männer bezüglich Ernährung und Bewegung sonst noch unterscheiden, erfahren Sie in diesem «spectra».

8 Diversität in der Suchtarbeit

Was in der Gleichstellungs- und Bürgerrechtsbewegung der USA seinen Ursprung hat und heute in der Unternehmensführung oder der Pädagogik zur Anwendung kommt, soll nun auch in der Suchtarbeit eingesetzt werden: das «Diversity Management». Dabei geht es um eine ganzheitliche Sichtweise im Umgang mit der Vielfalt der Klientel und der Heterogenität der Problemlagen. Infodrog, die schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht, bietet eine neue nationale Austauschplattform für Suchtfachleute zum Thema «Diversität in der Suchtarbeit» an, um diesen Ansatz in der Praxis zu verankern.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Checkpoints sollen zu schwulen Gesundheitszentren werden

Queer Health. Schwule sind nicht nur überdurchschnittlich stark von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) betroffen, auch ihr allgemeiner Gesundheitszustand ist deutlich schlechter als derjenige der Allgemeinbevölkerung. Um diese Entwicklung aufzuhalten, sollen in der Schweiz fünf Gesundheitszentren mit einem schwulenspezifischen Angebot geschaffen werden.

Die Studie «Santé Gaie» von Dialogai Genf und der Uni Zürich sowie die zweijährlich wiederholte Befragung GAY-SURVEY der Uni Lausanne belegen den vergleichsweise schlechten Gesundheitszustand der homosexuellen Männer. In den letzten Jahren hat sich gar ein Trend in die negative Richtung abgezeichnet, insbesondere im Bereich der seelischen Gesundheit. Junge Schwule begehen signifikant häufiger Suizid und Suizidversuche als heterosexuelle Jugendliche. Es ist erwiesen, dass dies mit Coming-out-Problemen und mit der Diskriminierung durch andere Jugendliche und durch Teile der Bevölkerung zusammenhängt.

Mehr psychosoziale Unterstützung

Seit fünf Jahren unterstützt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Zürich und Genf sogenannte Checkpoints. Das sind Anlaufstellen, in denen sich Schwule zu HIV und anderen STI beraten, testen und begleiten lassen können. Seit der Veröffentlichung der «Santé Gaie»-Studie sind die Checkpoints dazu übergegangen, die ausschliesslich krankheitsbezogenen Angebote um gesundheitsförderliche Elemente zum Beispiel im psychosozialen Bereich zu erweitern. Diese Entwicklung soll nun noch weiter gehen: Eine Zukunftsvision sieht ein Netz von fünf schwulen Gesundheitszentren in Basel, Bern, Genf,

Waadt und Zürich vor. Sie sollen den ca. 5% Schwulen in der männlichen Schweizer Wohnbevölkerung eine umfassende gay-freundliche Gesundheitsversorgung und -förderung anbieten. So wie Frauen lieber zu Gynäkologinnen gehen, fühlen sich auch Schwule durch gay-freundliche Angebote besser angesprochen und versorgt, weil sie dort meist auf mehr Kenntnis und Verständnis für ihre Situation stossen.

Gute Ansätze im Checkpoint Zürich

Doch wie könnte das Angebot solcher schwulen Gesundheitszentren aussehen? Der Checkpoint Zürich ist auf dem Weg zu einem schwulen Gesundheitszentrum schon weit fortgeschritten und hat bereits viele interessante Angebote aufgebaut, die als Vorbild für weitere Zentren dienen könnten.

- **Voluntary Counselling and Testing (VCT):** Der Checkpoint Zürich ist eines von zwölf Zentren in der Schweiz, die Schnelltests auf freiwilliger Basis anbieten und eine Risikoeinschätzung sowie Beratung und Begleitung nach einem einheitlichen, internetbasierten Tool anbieten.
- **Queer+:** In diesem dreitägigen Kurs erhalten frisch mit HIV Infizierte und ihre Partner Unterstützung und Informationen zu den Themenbereichen Medizin/Therapie, Recht, Versicherung und psychosoziale Probleme. Ziel des Kurses ist es, dass Betroffene und ihre Partner besser mit der Infektion und mit den neuen Herausforderungen des Alltags umgehen können. Zudem sollen sie erfahren, wie sie die Weitergabe von HIV und STI verhindern und ihre Gesundheit fördern können. Die Evaluation des ersten Kurses (siehe Artikel in spectra Nr. 77) hat ergeben, dass ein solches Angebot einem grossen Bedürfnis entspricht. Es wurde jedoch auch festgestellt, dass der Kurs zwar eu-

phorisch bewertet wurde, aber sich im Alltag als wenig nachhaltig erwies. Aufgrund der «Queer+»-Evaluation wurde eine Reihe von niederschweligen Angeboten für die Bewältigung des Alltags geschaffen:

- **Queer-Talk** ist ein Angebot für die seelische Gesundheit, zur Abklärung von seelischen Problemen und einer auffälligen Überweisung in eine Psychotherapie.
- **KISS** ist ein Gruppenangebot zum kontrollierten Umgang mit Drogen. Grund dafür ist, dass viele Übertragungen von HIV und anderen STI unter Drogeneinfluss stattfinden.
- **Queer-Help-Gruppe:** In dieser Gruppe unterstützen HIV-positive Experten frisch Infizierte dabei, ebenfalls Experten im Umgang mit ihrer Infektion zu werden. Bei anderen chronischen Krankheiten ist das Selbstmanagement bezüglich Therapie einfacher. Ein Diabetiker spürt zum Beispiel sofort, wenn etwas mit der Therapie nicht stimmt. Er macht einen kurzen Test und nimmt bei Bedarf eine zusätzliche Dosis seines Medikaments. Bei HIV geht das nicht. Wenn ein HIV-Positiver vergisst, sein Medikament einzunehmen, spürt er nichts. Er kann keinen Selbsttest machen und die Therapie nicht selbstständig verändern. Die Therapie verliert aber schnell an Wirkung, wenn die Medikamente nicht regelmässig eingenommen werden. Künftig sollen daher beispielsweise iPhone-Apps die HIV-Positiven dabei unterstützen, an die Medikamenteneinnahme zu denken und rechtzeitig zur Kontrolle zu gehen.

Einige Gesundheitsangebote des Checkpoint Zürich richten sich auch an nicht infizierte Schwule, z.B.:

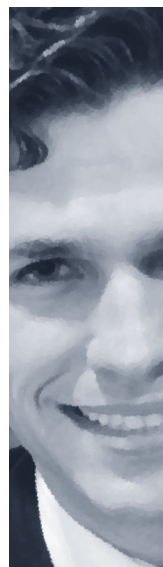
- **Du-bist-Du:** In diesem Projekt unterstützen jugendliche Schwule nach dem Peer-to-Peer-Ansatz andere

Jugendliche beim Coming-out. Das ist einer der wichtigsten Ansätze zur Suizidprävention Jugendlicher.

- **Queer Quit:** Dieses Nichtraucherprojekt hat schon rund 60 Schwulen dabei geholfen, mit dem Rauchen aufzuhören.

Die meisten dieser Angebote haben einen deutlich emanzipatorischen Charakter. Das heisst, sie machen Betroffene zu Experten für sich selbst und für andere. Die Idee ist, dass Teilnehmer der Queer-Help-Gruppe künftig die Verantwortung für den Kurs Queer+ übernehmen und selbstständig von A bis Z durchführen. Auch sollen nikotinentwöhnte Queer-Quit-Absolventen künftig zu Kursleitern für Rauchentwöhnung werden. Erfahrungsgemäss lernen Betroffene besser von Betroffenen, weil sie ihnen mehr Kompetenz im Umgang mit schwierigen Situationen zubilligen als unbetroffenen Fachleuten.

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



Forum

Wir müssen den sozialen Druck abbauen

Ein «richtiger» Mann geht nicht zum Arzt wegen «nichts». Über dieses simple Klischee hinaus kann man tatsächlich beobachten, dass Männer seltener ärztlichen Rat suchen, und wenn, dann ist ihr Gesundheitsproblem schon ziemlich fortgeschritten. Würden sie wegen eines Alkoholproblems Rat suchen? Dafür müssten sie sich zuerst eingestehen, dass ihr Konsum problematisch ist.

Tatsächlich konsumieren Männer, ungeachtet der Altersgruppe, deutlich öfter und mehr Alkohol als Frauen. Der Anteil der Männer mit einem problematischen Konsum (mehr als 60 Gramm reiner Alkohol pro Tag bei Männern beziehungsweise 40 Gramm pro Tag bei Frauen) ist sogar doppelt so hoch wie bei den Frauen.

Die Gründe für problematischen Alkoholkonsum sind vielfältig. Oft werden Stress und hohe gesellschaftliche Akzeptanz – verstärkt durch die Werbung – als Risikofaktoren ausserhalb des Individuums genannt. Auf dieser Ebene scheinen Frauen und Männern den Risikofaktoren gleichermassen ausgesetzt zu sein. Man muss also andere Faktoren finden, die erklären würden, weswegen die Männer nicht nur mehr trinken als die Frauen, sondern auch seltener die Hilfe sozialmedizinischer Einrichtungen in Anspruch nehmen.

Der Mann hats im Griff, er hat die Kontrolle, er managt sein Leben und hat kein Recht darauf, Fehler zu machen – denkt er. Dasselbe gilt für seinen Alkoholkonsum: Trinkfest zu sein ist Beweis seiner Männlichkeit. Er muss viel vertragen, ohne betrunken zu werden. Aber er

muss nicht nur beweisen, dass er alles unter Kontrolle hat, sondern auch, dass er seine Grenzen überschreiten, zu weit gehen kann. Er kann – manche würden sagen: Er muss – sich auch mal volllaufen lassen. Hier zeigt sich die männliche Neigung, Risiken einzugehen, starke Gefühle zu erleben. Ein überaus typisch männlicher Risikofaktor.

Ist jedoch nicht der grösste Risikofaktor für den Mann die Angst, sich als verletzlich zu zeigen, sich seinen Stress oder seine Ermüdung einzugestehen? Man kennt die Mühe, die Männer haben, ihre Gefühle zu zeigen. Hat der Mann in einer Gesellschaft, die den Exzess, die Leistung und den Erfolg hochjubelt, noch das Recht, seine Schwierigkeiten mit Alkohol zuzugeben? Die Zweifel sind berechtigt. Und vor diesem Hintergrund geht es den Frauen, die denselben Zwän-

gen von sozialem Erfolg unterliegen, kein bisschen besser! Somit gilt es – über den Gender-Aspekt hinaus –, in erster Linie am Abbau dieses sozialen Drucks zu arbeiten. Ein Druck, der jedes Individuum, ob Mann oder Frau, belastet.



Michel Graf, MPH, Direktor Sucht Info Schweiz



Aus erster Hand

2001 schuf das Parlament eine Fachstelle Gender Health im Bundesamt für Gesundheit (BAG). 2008 erschien der «Fokusbericht Gender und Gesundheit» mit präzisen Kernaussagen und Empfehlungen und dem Ziel, die Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern bezüglich Gesundheit und die Qualität der Angebote zu fördern: Frauen wie Männer sollten über Angebote der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung verfügen, die ihrem biologischen und sozialen Geschlecht entsprechen. Dass hierzu unterschiedliche Bedürfnisse und auch Erfordernisse bestehen, wird zwar nach zwanzig Jahren Genderdiskussion kaum mehr bestritten.

Der Enthusiasmus für Gender Health scheint aber neuerdings wieder abzuflauen: Beispielsweise wird die Vereinbarkeit von Familie und Beruf (und allfälliger Karriere) von Frauen immer selbstverständlicher erwartet, und den Männern wird sie wieder zunehmend erschwert. Männer sehen sich zwar mit eigenen und gesellschaftlichen Erwartungen konfrontiert, mehr Familienarbeit zu leisten als ihre Vorväter. Da der Druck der Erwerbsarbeit ebenfalls zunimmt, werden bei der persönlichen Erholung Abstriche gemacht. Auf den ersten Blick scheint dies edel, aber harte Daten in Form von Suizidraten und stationär-psychiatrischer Aufenthaltsdauer von Männern zeigen die Folgen.

Die öffentliche Hand (Public Wealth im Allgemeinen und Public Health im Besonderen) muss bei solchen gesellschaftlich ungünstigen Entwicklungen Gegensteuer geben. Als positives Beispiel für Public Wealth seien hier das Staatssekretariat für Wirtschaft, seco, und das Bundesamt für Sozialversicherungen erwähnt, welche gemeinsam eine Informationsplattform «Vereinbarkeit von Beruf und Familie» zuhanden von Wirtschaft, Politik und Individuen geschaffen haben. Und was tut Public Health? Das BAG bekennt sich in seinem heutigen Selbstverständnis zu seinen Aufgaben im Bereich Gender Health: «Das BAG setzt ... Impulse ... einer kohärenten schweizerischen Gesundheitspolitik ...». Dabei lässt sich das BAG von den verschiedenen Interessengruppen nicht vereinnahmen, sondern ... vertritt eine übergeordnete Sichtweise ...»; unter den Aufgaben dieser Gesundheitspolitik wird Gender Health explizit erwähnt. («BAG in Kürze», 2011)

Mögen diesen Worten Taten folgen – zugunsten von Frau und Mann.



Martin Werner
Sektion Prävention und Promotion
Bundesamt für Gesundheit

Sportliche Männer und kochende Frauen

Gesundheit und Geschlechterdifferenzen. Männer machen mehr Sport und fühlen sich psychisch gesünder als Frauen. Jedoch zeigen sie Schwächen im Ernährungsverhalten und leiden häufiger an ernährungsbedingten Krankheiten. Das zeigen aktuelle Daten aus dem Monitoringsystem Ernährung und Bewegung (MOSEB).

Die Daten bringen einige Geschlechterunterschiede bezüglich Ernährungs- und Bewegungsverhalten zutage. Unterschiede bestehen zum Beispiel bei gewissen ernährungsbedingten Krankheiten. Gemäss einer Studie aus der Stadt Genf aus den Jahren 1993 bis 2007 leiden Männer häufiger an Bluthochdruck, Diabetes und erhöhtem Cholesterinspiegel als Frauen. Im Spitzenjahr 2005 betrug diese Prävalenz von erhöhtem Cholesterin bei den Männern 38% und bei den Frauen 33%. Dieser Wert ist 2007 bei den Männern auf 27% und bei den Frauen auf 21% gesunken. Ebenfalls abgenommen hat im Verlauf der 15 untersuchten Jahre bei beiden Geschlechtern die Verbreitung von Bluthochdruck. Auch hier liegen die Werte für die Männer über denjenigen der Frauen, obschon sie sich in den Jahren 2006 und 2007 etwas angeglichen haben (Männer: 30%, Frauen: 26%). Ähnlich sieht es bei den Diabetesbehandlungen aus: Die Männer sind mit 3,5% stärker von der Insulinschwächekrankheit betroffen als Frauen (1,5%; 2007).

Kochfaul, aber sportlich

Welche Faktoren in welchem Masse für die schlechtere Gesundheit der Männer verantwortlich sind, lässt sich aus den Daten nicht eruieren. Klar ist nur, dass Männer ihrer Ernährung weniger Beachtung und Zeit schenken als Frauen. Das Einkaufen von Nahrungsmitteln und das Zubereiten von Mahlzeiten ist ein wichtiger Aspekt der Esskultur und steht nicht nur in einem Zusammenhang mit der Ernährung, sondern kann auch ein Ansatzpunkt für eine Veränderung des Ernährungsverhaltens sein. In der Pilotstudie zur Nationalen Ernäh-

rungserhebung (2009) gaben über 90% der befragten Frauen an, «häufig» oder «fast immer» selbst zu kochen, während es bei den Männern nur 50% Prozent waren. 16% der Männer gaben an, gar nie zu kochen. Auch beim Lebensmitteleinkauf zeigen sich Geschlechterdifferenzen bezüglich Gesundheitsbewusstsein: Nur 20% der Männer beachten die Nährwertangaben auf den Verpackungen, bei den Frauen sind es 35%.

Anders sieht es aus beim Sport. Schon im Kindesalter sind deutliche Geschlechterunterschiede zugunsten der Knaben ersichtlich. Von den rund 700 000 Jugendlichen, die 2008 einen «Jugend + Sport»-Kurs (J+S) besuchten, waren rund 415 000 Knaben und rund 285 000 Mädchen. (J+S ist das zentrale Sportförderungsprogramm des Bundes für 10- bis 20-jährige Kinder und Jugendliche.) Diese Verteilung setzt sich bis ins Erwachsenenalter fort. Gemäss den Zahlen des Sportobservatoriums aus dem Jahr 2007 liegen die Männer bei den Mitgliedschaften in Sportvereinen deutlich vor den Frauen. So sind 30% der 35- bis 44-jährigen Männer Mitglied in einem Sportverein, bei den gleichaltrigen Frauen sind es nur 17%. Die Fitnesscenter sind jedoch mit 15% (Männer) und 16% (Frauen) bei beiden Geschlechtern etwa gleich beliebt. Bei diesen Zahlen darf jedoch nicht vergessen werden, dass der grösste Teil der Schweizer Sporttreibenden – etwa beim Joggen, Schwimmen oder Radfahren – ausserhalb von formellen Organisationsstrukturen aktiv ist.

Männer sind psychisch weniger belastet

Angesichts der höheren sportlichen Aktivität der Männer erstaunt es nicht, dass sie über eine bessere psychische Gesundheit verfügen als Frauen. Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) aus dem Jahr 2007 besteht ein Zusammenhang zwischen der körperlichen Aktivität und der psychischen Belastung. Die SGB zeigt, dass bei den Männern der Anteil der stark bis mittel psychisch Belasteten in allen Altersgruppen tiefer ist als bei den Frauen.

Die Unterschiede sind dabei in den jüngsten und ältesten Altersgruppen am grössten, wenn auch die psychische Belastung im Verlauf des Lebens abnimmt (mit Ausnahme des relativ hohen Wertes bei den Frauen über 75 Jahre). Ein weiteres Resultat der SGB weist darauf hin, dass Frauen im Vergleich zu Männern etwas weniger optimistisch sind. Vor allem der Anteil der gering bis mittel optimistischen Befragten ist bei den Frauen höher als bei den Männern (rund 30% gegenüber rund 24%).

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

MOSEB

Das Monitoringsystem Ernährung und Bewegung (MOSEB) ist die fortlaufende und systematische Sammlung von vergleichbaren und repräsentativen Daten zu bestimmten Indikatoren der Ernährungs- und Bewegungssituation in der Schweiz. Es nutzt wo möglich bereits etablierte Datenquellen. Im MOSEB werden Daten zu folgenden sechs Themen gesammelt: Gesundheitswissen, Ernährungsverhalten, Bewegungsverhalten, Körpergewicht, Gesundheitszustand, Rahmenbedingungen und Angebote.

«Es scheint sich der männliche Lebensstil durchgesetzt zu haben, und de

Interview Marie-Louise Ernst und René Setz. Welche Sorgen drücken Männer, wie steht es um ihre Gesundheit, wo unterscheiden sie sich am meisten von den Frauen? Darüber reden die Expertin für Gender-Fragen im Suchtbereich und der Vorkämpfer für Männergesundheit.

spectra: Warum braucht es den Spezialfokus auf die Männergesundheit? Reicht es nicht, wenn wir von Menschengesundheit sprechen?

Marie-Louise Ernst: Dazu muss man sagen, dass das Interesse über lange Zeit der Männergesundheit galt, wenn auch nicht explizit. Zum Beispiel hat man zunächst in der Erforschung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Frauen nicht einbezogen und ausschliesslich bei den Männern geforscht. Ganz viele Gesundheitsforschungsergebnisse bauen also auf reinen Männerstudien auf. Dann kamen die Frauen und wehrten sich dagegen. So fing die Frauengesundheitsforschung an. Derzeit sind wir in einer dritten Phase. Man hat gemerkt, dass die Männerstudien aus den 60er-, 70er- und 80er-Jahren die gesellschaftliche Situation nicht miteinbezogen haben oder dass die Studienergebnisse nicht bezüglich der herrschenden männlichen Rollenbilder reflektiert wurden.

René Setz: Für mich ist der Fokus auf die Männergesundheit eine ganz bestimmte Betrachtungsweise, die nicht nur den medizinischen Aspekt, sondern auch die soziale Lebenslage der Männer miteinbezieht, wie es in der Frauenforschung schon länger der Fall ist. Für mich geht es auch um die Frage des «doing gender», wie sich diese zwei Geschlechter gegenseitig bedingen und wie sie zusammenspielen. Es sollte keine Grabenkämpfe geben. Die Lebenslage der Männer und Frauen muss im Kontext der Chancengleichheit ein Thema sein.

Im Gespräch

Marie-Louise Ernst, Kaufdorf, Psychologin FSP, lic. phil. I und Management im Nonprofit-Bereich. Sie ist Kursleiterin, Dozentin, Organisationsberaterin und Expertin zu Themen der Gesundheitsförderung und Prävention, Verfasserin sozialwissenschaftlicher Studien und Evaluationen und Beauftragte des Bundesamts für Gesundheit zur Förderung geschlechtergerechter Arbeit im Suchtbereich.

René Setz, Bern, dipl. Sozialarbeiter HFS und Fachberater Gesundheitsförderung, arbeitet als Fachberater beim Verein Forum Männergesundheit. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen bei Grundlagenarbeit Mann und Gesundheit, Projektberatung in der Arbeit mit Jungen und Männern sowie Bildungsarbeit zum Thema Männer und Gender.

In seinem Song «Männer» singt Herbert Grönemeyer «Männer sind so verletzlich». Ist das so? Wie geht es dem «starken» Geschlecht heute physisch und psychisch?

R. Setz: Würde man heute einen zeitgemässen Song über die Männer schreiben, müssten wohl die Zeilen «Auf die Zähne beißen» und «Arbeit macht Männer» darin vorkommen. Der Mann erfährt in der Arbeit seinen persönlichen Sinn. 62 Prozent der Männer, die 2008 an der Studie «Männer in Bewegung» teilnahmen, stimmten dieser Aussage zu. Vor zehn Jahren waren es nur 42 Prozent. Die gleiche Studie zeigt auch, dass immer mehr Männer trotz Krankheit zur Arbeit gehen. Wenn man sich der Männergesundheit annimmt, muss man also vor allem auch die Arbeitsbedingungen thematisieren und verändern.

M.-L. Ernst: Wir müssen zwischen «Sex» und «Gender» unterscheiden. Mit «Sex» ist das biologische Geschlecht gemeint, mit «Gender» das sozial konstruierte Geschlecht mit Rollenbildern, Verhaltensmustern usw. Biologisch gesehen, scheinen die Männer das verletzlichere Geschlecht zu sein. Die Kindersterblichkeit ist bei den Jungen zum Beispiel höher als bei den Mädchen und die Le-

«Bei den Themen Kinderbetreuung, Karrieremöglichkeiten trotz Teilzeitarbeit, Job-Sharing und moderne Arbeitszeitmodelle braucht es eine Bewusstseinsveränderung in der Gesellschaft.»

Marie-Louise Ernst

benserwartung von Männern ist niedriger als jene der Frauen. In der «Gender»-Sicht gelten die Männer aber als das starke Geschlecht.

R. Setz: Ich sehe das auch so. Das beweisen auch die Fakten. Männer verlieren doppelt so viele potenzielle Lebensjahre wie die Frauen. Das mit den Lebensjahren löst übrigens bei vielen Männern – abgesehen von Fachleuten – eine interessante Reaktion aus. Sie sagen dazu nur lapidar, dass sie auf diese letzten paar Lebensjahre gut verzichten könnten. Dies sei ja nicht die erfreulichste Lebensphase. Die Wahrnehmung betreffend Gesundheit ist also sehr unterschiedlich. Ein schönes Beispiel liefert der Männergesundheitsbericht der Stadt Wien. Die Fachleute sahen hinter all den Fakten ein grosses Potenzial für die Prävention. Die Präventionsprogramme boten sich geradezu reihenweise an: weniger rauchen, weniger trinken, weniger von ganz vielem. Dann fragte man die Männer, was sie denn brauchten, und sie antworteten, dass sie sich Unterstützung in puncto Veränderung der Arbeitsbedingungen wünschten. Die Fachleute erschrecken immer, wenn sie das hören. Denn es ist sehr schwierig, die Arbeitswelt zu verändern. Da macht man sich lieber für eine bes-



René Setz

sere Ernährung oder mehr Bewegung stark. Man bekämpft Symptome, statt die Rahmenbedingungen zu verändern.

Wo drückt denn der Schuh bei den Männern, und wo bei den Frauen?

R. Setz: Im deutschen Bericht «Männer in Bewegung» nannten 34 Prozent der befragten Männer die Gesundheit als grösste Sorge. Man will nicht krank werden. Die zweitgrösste Sorge ist mit 25 Prozent, dass man den Alltag nicht mehr auf die Reihe kriegt. Ganz viele Männer, mit denen ich arbeite, sind am Limit in puncto Anforderungen. Sie wissen nicht, wie sie alles unter einen Hut bringen sollen. Bei den Frauen ist die Sorge um die Gesundheit mit 54 Prozent ebenfalls am grössten. Gefolgt von der Angst, die Eigenständigkeit zu verlieren, mit 34 Prozent.

M.-L. Ernst: Frauen sind generell stärker auf Beziehungen ausgerichtet und Männer stärker auf die Arbeit. Arbeit ist für Männer absolut identitätsstiftend. Darauf basiert ein grosser Teil ihres Ichs. Wenn dieses Fundament wegfällt, kommen sehr schnell und häufig Suchtprobleme. Das sehen wir bei Erwerbslosen. Der Stress, mit der Arbeit nicht klarzukommen, ist bei den Männern momentan noch grösser als bei den Frauen. Die Frauen fühlen sich mehr belastet durch schwierige Beziehungen, sei es die Beziehung zu den Kindern, zum Mann oder zu Arbeitskolleginnen und -kollegen.

R. Setz: Die Beziehungsarbeit liegt nach wie vor bei den Frauen, unabhängig davon, wie modern das Paar ist und ob die Frau auch arbeitet. Die Frage ist, wo die Männer Sinn erfahren. Sie erfahren Sinn in der bezahlten Arbeit. Was mir wirklich auf dem Magen liegt, ist die Re-Traditionalisierung, die bei vielen Männern stattgefunden hat. Die gesellschaftlichen Veränderungen und Initiativen haben bei den Frauen einiges ins Rollen gebracht. Bei den Männern ist wenig passiert. Die Erwerbsarbeit hat als zentrales sinnstiftendes Element sogar noch an Bedeutung gewonnen. Da müs-

sen wir nochmals einen Schritt zurückgehen und uns überlegen, wie das gekommen ist. Welche Strategien haben versagt, wo haben wir Fehler gemacht? Da muss ein Diskurs in Gang kommen, und zwar zusammen mit den Frauen.

Wo sehen Sie Lösungsansätze?

R. Setz: Ein Blick nach Deutschland könnte helfen. Dort sind Initiativen sehr viel kraftvoller. Es gibt zum Beispiel das Programm «Neue Wege für Jungs». Wir haben auch ähnliche Programme, aber das sind so Nischengeschichten. In Deutschland werden diese Initiativen von Bundesämtern realisiert. Das hat viel mehr Kraft und Wirkung, als wenn als Absender zwei, drei Männerbüros dastehen. Dann gibt es in Deutschland eine Internetseite, die Informationen über die Männergesundheit aufbereitet. Ich finde auch das Projekt «Soziale Jungs und Männer» ganz toll. Statt immer darüber zu jammern, dass sich Männer nicht im Haushalt oder in der Freiwilligenarbeit engagieren, richtet man ein Servicebüro ein, initiiert Projekte und erarbeitet methodische Grundlagen.

Frau Ernst, wo sehen Sie Lösungen?

M.-L. Ernst: Zum einen auf der strukturellen Ebene. Wenn ein Bundesamt sagt, man wolle etwas verändern und unterstütze zum Beispiel eine gendergerechte Suchtarbeit, hat das ein ganz anderes Gewicht als eine Privatinitiative. Diese sind natürlich auch wichtig. Ich denke zum Beispiel an die Fachstelle UND, die sich um die Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienarbeit kümmert. Davon sind wir allerdings noch weit entfernt. Ein Vorgesetzter meines Schwiegersohnes hat einmal gesagt, er sei stolz darauf, dass er nie Windeln gewechselt hat. Damit wollte er meinen Schwiegersohn unter Druck setzen, der sich mehr Zeit für sein Kind nehmen wollte und eine Arbeitszeitreduktion beantragte. Solche Einstellungen gegenüber Familienarbeit sind natürlich nicht förderlich und prägen das allgemein schlechte Klima

r orientiert sich an der bezahlten Arbeit.»



Marie-Louise Ernst

für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Dazu gehören auch Themen wie Kinderbetreuung, interessante Karrieremöglichkeiten trotz Teilzeitarbeit, Job-Sharing und moderne Arbeitszeitmodelle, die es erlauben, Familie und Arbeit in eine Balance zu bringen. Zum anderen braucht es dafür eine Bewusstseinsveränderung in der Gesellschaft.

R. Setz: Männergesundheit wird immer ziemlich rasch zu einem politisch brisanten Thema, weil es immer sehr schnell um Arbeitsbedingungen geht. Aber welche Organisation, welche Partei setzt sich wirklich dafür ein, dass sich die Arbeitsbedingungen verändern? Ich verstehe sehr gut, dass Männer oft so «bockig» auf Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme reagieren, weil diese häufig die persönliche Verhaltensebene ins Visier nehmen und um die wirklich wichtigen Themen wie Arbeitsbedingungen einen weiten Bogen machen. Männer fühlen sich diesbezüglich oft im Stich gelassen. Da sind wir als Fachkräfte gefordert, Mittel und Wege zu finden, Arbeit und Arbeitsbedingungen zu einem öffentlichen Thema zu machen und Alternativen aufzuzeigen.

Welche geschlechtsspezifischen Gesundheitsprobleme – abgesehen von den ganz klar biologisch zuordenbaren Krankheiten – sind aus Ihrer Sicht momentan im Brennpunkt?

M.-L. Ernst: Zunächst muss man festhalten, dass das Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern unterschiedlich ist. Männer haben ein ausgeprägtes Risikoverhalten. Von 18 an bis ins mittlere Lebensalter leben die Männer extrem riskant. Stichworte sind hier schnelles Fahren, Alkohol, Drogen, Gewalt oder exzessiver Sport. Frauen leben deutlich weniger riskant. Diese Unterschiede zeigen sich in weiteren Bereichen, zum Beispiel im abweichenden Verhalten bei Jugendlichen. Die Mädchen reagieren eher depressiv, ihre Reaktion richtet sich gegen innen. Die Jungs zeigen eher nach aussen gerichte-

te Verhaltensweisen, was sich auch in den Kriminalitätsstatistiken niederschlägt. Der Zusammenhang von Gewalt und Gesundheit ist ein weiteres wichtiges Thema. Der Gender-Gesundheitsbericht Schweiz zeigt, dass Männer eher von ausserhäuslichen Gewalterfahrungen betroffen sind, während Frauen diese deutlich häufiger im sozialen Nahraum erleiden. Entsprechend unterschiedlich müssen Strategien zur Reduktion dieser Probleme sein.

R. Setz: Im grossen kulturellen Kontext kann man sagen, dass Frauen mehr in den kleinen Beziehungsnetzen und Män-

«Ganz viele Männer, mit denen ich arbeite, sind am Limit in punkto Anforderungen. Sie wissen nicht, wie sie alles unter einen Hut kriegen sollen.»

René Setz

ner in den grösseren unterwegs sind. Sie wollen raus, Grenzen überschreiten. Frauen sind achtsamer. Sie haben weniger das Bedürfnis auszubrechen und können gut akzeptieren, dass es Flecken gibt, die noch nicht erforscht sind. In der Männerarbeit sehe ich immer wieder, wie schwierig für viele Männer der Blick nach innen ist. Die Aussenorientierung ist frappant. Sie schauen sich an durch die Augen des Chefs, und wenn der nickt, fühlen sie sich gut. Oder sie schauen sich an durch die Augen der Partnerin. Wenn sie nickt, ist die Aufgabe erfüllt. Ich bin an einem Projekt für «Männer 60 plus» beteiligt. Für einige dieser Männer ist es ganz normal zu sagen: «Meine Frau hat mich geschickt.»

Wie steht es um die Selbstwahrnehmung bezüglich Gesundheit? Wie gesund fühlen sich junge und ältere Männer und Frauen?

R. Setz: Dazu gibt es eine schöne Studie der Entwicklungspsychologin Pasqualina Perrig-Chiello. Sie hat die Lebenszufrie-

denheit im Lebensverlauf von Frauen und Männern nachgezeichnet. In der Lebensmitte ist die Zufriedenheit am tiefsten. Das leuchtet ein, vor allem bei den Frauen. Sie sind im Spannungsfeld von pubertierenden Kindern und allenfalls schon pflegebedürftigen Eltern. Bei den Männern liegt die Krise durch die starke Arbeitsorientierung oft so um die 50. In diesem Alter merkt man, dass es beruflich nicht mehr wirklich weitergeht, aber man doch noch 15 Jahre vor sich hat. Es wird einem bewusst, welches Leben man gelebt und nicht gelebt hat. Die Endlichkeit wird langsam spürbar. Dazu kommt der Druck der Jungen, die ganzen technologischen Veränderungen. Für viele Männer ist das alles eine grosse Herausforderung, und sie fragen sich, ob sie das überhaupt noch durchhalten bis zur Pensionierung. Die Frauen sind weniger arbeitsorientiert und haben mehr Lebenserfahrung mit Veränderungen. Sie sind schon in die Arbeitswelt eingestiegen, wegen der Kinder wieder ausgestiegen und später vielleicht wieder eingestiegen.

M.-L. Ernst: Im Gender-Gesundheitsbericht Schweiz findet man zu diesem Thema viele Hinweise. Gemäss diesem Bericht und der Schweizerischen Gesundheitsbefragung fühlen sich Frauen weniger gesund als Männer.

De facto sind die Frauen aber gesünder als die Männer.

M.-L. Ernst: Ja. Aber «krank sein» ist eben wie «Opfer sein» nur mit der weiblichen Rolle kompatibel, nicht mit der männlichen. Aus der Kinder- und Jugendforschung weiss man, dass die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper bei den Mädchen viel tiefer ist als bei den Jungen. Daran anknüpfen lässt sich die Frage nach den Gesundheitsproblemen der Frauen. Sie unterwerfen sich einem Schönheitsideal und übernehmen sehr stark den Aussenblick, vor allem jenen der Männer. Sie bewerten sich gemäss dem Idealbild. Dieser Kampf mit dem Körper äussert sich in typisch weiblichen Krankheitsbildern wie den Essstörungen. Diese kommen bei Frauen massig viel häufiger vor als bei Männern. Diese Krankheiten wachsen sich im Alter zwar eher aus. Aber die Schönheitsideale wirken bis ins Alter. Man denke nur an Stars wie Jane Fonda: x-mal geliftet, aber so dargestellt, als ob man ewig jung aussehen könne – wenn man nur genug Yoga oder Pilates macht.

R. Setz: Ja, Anti-Aging ist ein grosses Thema. Alle wollen alt werden, aber nicht alt sein. Aber noch etwas anderes: Ich finde es schade, dass sich in unserer Gesellschaft nicht mehr vom Lebensstil der Frauen durchgesetzt hat. Es scheint sich der männliche Lebensstil durchgesetzt zu haben, und der orientiert sich wie gesagt an der bezahlten Arbeit. Der männliche Lebensstil öffnet sich jetzt zunehmend auch für Frauen. Aber sie müssen dafür natürlich die Prämissen erfüllen, allen voran jene der zeitlichen Präsenz.

Vor zehn Jahren zeigten sich also Ansätze einer Männerwelt, die sich auch für Familien- und Hausarbeit zu öffnen schien. Diese Ansätze sind nun völlig verschwunden, und man trifft heute selten auf Männer, die mit Stolz sagen, sie seien Hausmann.

R. Setz: Ja, das sind eher Exoten. Das hat viel zu tun mit Wertigkeiten. Die Hausarbeit hat aus Sicht der Männer nach wie vor weniger Wert, sie ist nicht attraktiv. Für mich ist auch nicht das Entweder-oder die beste Lösung, sondern das Sowohl-als-auch. Frauen und Männer sollten in der Familienarbeit gleichermassen präsent sind.

Sie haben den Wunsch geäussert, dass sich der Bund ganz explizit für das Thema Männergesundheit stark macht. In welchen Bereichen wünschen Sie sich ein solches Commitment?

R. Setz: Ich träume von einem Projekt wie «Neue Wege für Jungs» in Deutschland. Ich würde es einfach erweitern zu «Neue Wege für Jungs und Männer». Es stimmt eben nicht, dass ewig hält, was man als junger Mensch eingepflegt bekommt. Deshalb würde ich das Programm auch für erwachsene Männer ausgestalten. Der Fokus müsste bei den Jungen und Männern sein, aber je nach Thema wäre für mich die Kooperation mit entsprechenden Frauenprojekten wichtig. Mit einem Servicebüro, Finanzen und so weiter. Und es sollten sich alle Bereiche für das andere Geschlecht öffnen, die jetzt entweder auf das eine oder an das andere Geschlecht ausgerichtet sind.

Was sind Ihre Wünsche und Hoffnungen, Frau Ernst?

M.-L. Ernst: Im Moment ist das Gender-Bewusstsein auf staatlicher und wirtschaftlicher Ebene an einem sehr kleinen Ort. Gender-Gerechte Suchtarbeit oder das Thema Gender Health verlieren an Bedeutung und an staatlicher Unterstützung. Diese Entwicklung in der Schweiz läuft entgegen jener im Ausland. In Deutschland wird zunehmend Gender Mainstreaming in Bereichen verlangt, bei denen wir noch nicht mal auf die Idee kommen, die Gender-Frage zu stellen, zum Beispiel bei der Auftragsbeschaffung. Die Situation hier in der Schweiz enttäuscht mich. Im Kleinen ist schon etwas passiert, und ein gewisses Gender-Bewusstsein ist bei den Fachleuten sicher vorhanden. Auf höchster Ebene fehlen aber ein offizielles Bekenntnis und eine Anerkennung der unterschiedlichen Problemlagen von Frauen und Männern.

R. Setz: Themen wie Gender und Chancengleichheit kann man nicht einfach halbherzig nebenherlaufen lassen. Wenn diese Themen einem wirklich ein Anliegen sind, muss man ihnen Kraft verleihen und langfristig daran arbeiten. Gender-Fragen dürfen kein «Nice to have» sein, sie sind ein Muss.

Der lange Weg zu einem zeitgemässen Betäubungsmittelgesetz

Drogenpolitik. Am 1. Juli 2011 treten das revidierte Betäubungsmittelgesetz (BetmG) und die dazugehörigen Verordnungen in Kraft. Damit erhält das seit zwanzig Jahren praktizierte und bewährte Vier-Säulen-Modell der Schweizer Drogenpolitik endlich eine gesetzliche Grundlage.

Das heute geltende BetmG wurde seit seinem Entstehen im Jahr 1951 erst einmal, 1975, revidiert. Zweck dieser Revision war die Erweiterung der rein repressiven Drogenpolitik auf die Bereiche Prävention und Therapie. Doch das Elend der offenen Drogenszenen und das Auftauchen von HIV und Aids erforderten bald eine weitere Neuausrichtung der Drogenpolitik. In der Praxis führte dies zur Entwicklung des international anerkannten und erfolgreichen Vier-Säulen-Modells. Zur Repression, Prävention und Therapie kam die Schadensminderung hinzu. Sie hat massgeblich zur Eindämmung der Beschaffungskriminalität im Drogenmilieu, zur Senkung der Gesundheitskosten und zu einer Verbesserung der Gesundheit von Drogenabhängigen beigetragen. Dieses Modell wurde 1991 vom Bundesrat in seinem ersten Massnahmenpaket zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDrol) erstmals beschrieben und 1996 im Bericht einer Expertenkommission bestätigt. Die Schweizer Bevölkerung bekräftigte ihre Zustimmung zum

Vier-Säulen-Modell, indem sie zwei Volksinitiativen deutlich ablehnte, welche die restriktivere Drogenpolitik (1993, «Jugend ohne Drogen») bzw. eine liberalere Lösung (1994, «Für eine vernünftige Drogenpolitik – Droleg») forderten.

Erfolg im zweiten Anlauf

Die geplante Teilrevision des BetmG von 2001 hatte folgende Ziele: Das Vier-Säulen-Modell sollte gesetzlich verankert und die rechtlichen Grundlagen einer heroingestützten Behandlung solltengeschaffen werden. Im Bereich des Cannabis sollte der Konsum entkriminalisiert und eine praktikable Regelung für den Anbau, die Fabrikation und den Handel eingeführt werden. 2004 scheiterte diese Teilrevision am Parlament, das die Einführung dieser liberaleren Regelung ablehnte. Die aktuelle Teilrevision des BetmG nimmt die wesentlichen Elemente des Entwurfs aus dem Jahr 2001 wieder auf. Das Parlament verabschiedete den Entwurf am 20. März 2008. Dagegen wurde das Referendum ergriffen. Die Teilrevision wurde aber mit über 68% Ja-Stimmen angenommen. Am 1. Juli 2011 treten das revidierte BetmG sowie die dazugehörigen Verordnungen nun in Kraft.

Verankerung und Ausgestaltung der Vier-Säulen-Politik

Die Revision des BetmG ist hauptsächlich auf die gesetzliche Verankerung des Vier-Säulen-Modells ausgerichtet. Die

wichtigsten Neuerungen in der Ausgestaltung dieser Politik sind:

- die Meldebefugnis von bestehenden oder drohenden suchtbedingten Störungen insbesondere bei Kindern und Jugendlichen durch Amtsstellen und andere Fachleute aus dem Suchtbereich mit dem Ziel einer möglichst frühen Erkennung und Intervention (Art. 3c)
- die Aufgabe des Bundesrates, Empfehlungen über die Grundsätze zur Finanzierung von Suchttherapien und Wiedereingliederungsmassnahmen auszuarbeiten (Art. 3d Abs. 5)
- die Förderung der Aus- und Weiterbildung (Art. 3k)
- die Entwicklung von Empfehlungen zur Qualitätssicherung in den vier Säulen (3l)
- die Schaffung der gesetzlichen Grundlage der heroingestützten (diacetylmorphingestützten) Behandlung (Art. 3e Abs. 3)
- die Schaffung der rechtlichen Grundlagen für die Möglichkeit der beschränkten medizinischen Behandlung mit Cannabis (Art. 8 Abs. 5)
- die Einführung einer Meldepflicht von Ärztinnen und Ärzten bei der Verschreibung von zugelassenen Arzneimitteln für eine andere als die zugelassene Indikation («Off-Label-Use») (Art. 11 Abs. 1 und 2)

Das zugehörige Verordnungsrecht wurde neu konzipiert. Die bisherigen sechs

Verordnungen und zwei Bundesratsbeschlüsse werden neu in zwei Bundesratsverordnungen (Betäubungsmittelkontrollverordnung, BetmKV, und Betäubungsmittelsuchtverordnung, BetmSV) und in der Betäubungsmittelverzeichnisverordnung des EDI (BetmVV-EDI) zusammengefasst.

In der BetmKV werden primär die Tätigkeiten von Swissmedic geregelt, insbesondere jene im Bereich der Bewilligungserteilung im Rahmen des «legalen» Umgangs mit kontrollierten Substanzen. Adressaten sind hauptsächlich Unternehmen. Die Umsetzung des BetmSV fällt in erster Linie in den Aufgabenbereich des Bundesamts für Gesundheit und richtet sich vornehmlich an Einrichtungen des Gesundheitsbereichs. Sie konkretisiert die im BetmG verankerten Grundsätze des Vier-Säulen-Modells und enthält die Bestimmungen über betäubungsmittelgestützte Behandlungen, insbesondere die gesonderten Bestimmungen über die heroingestützte (diacetylmorphingestützte) Behandlung. Die BetmVV-EDI enthält die Auflistung der kontrollierten Substanzen und deren Einteilung in die Verzeichnisse a bis e. Cannabis beispielsweise wird dem Verzeichnis d, den verbotenen kontrollierten Substanzen, zugeteilt.

Kontakt: Martin Buechi,
Leiter Sektion Grundlagen,
martin.buechi@bag.admin.ch

Kontakte

Sektionen, Fachstellen	Telefon	Sektionen, Fachstellen	Telefon
Sektion Alkohol	031 323 87 86	Sektion Grundlagen	031 323 87 93
Sektion Tabak	031 323 20 43	Sektion Kampagnen	031 323 87 79
Sektion Drogen	031 323 87 13	Sektion Ernährung und Bewegung	031 323 87 55
Sektion Prävention und Promotion	031 323 88 11	Nationales Programm Migration und Gesundheit	031 323 30 15
Aids Dokumentation	031 323 26 64		

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

Impressum • spectra Nr. 87, Juli 2011

«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, christoph.hoigne@la-cappella.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 September 2011.

Gratis-Abo

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

Suchtmedizin: Online-Hilfsmittel für Grundversorger

IG Netzwerk Praxis Suchtmedizin Schweiz. Das Collège romand de médecine de l'addiction (CoRoMA) und das Forum Suchtmedizin Ostschweiz (FOSUMOS) setzen sich seit Jahren dafür ein, die Grundversorger in Sachen Suchtmedizin zu unterstützen. Dieses regionale Engagement trägt heute nationale Früchte: Nach der Gründung zweier weiterer regionaler Netzwerke ist nun ein nationales Internetportal mit einem Online-Handbuch geplant.

Das Forum Suchtmedizin Ostschweiz (FOSUMOS) wurde 2003 von Suchtfachleuten aus verschiedenen Berufsgruppen (Hausarztmedizin, Sozialarbeit, Psychologie) der Ostschweiz gegründet. Es ist ein Projekt des Bundesamts für Gesundheit (BAG), der Ostschweizer Kantone SG, GR, GL, TG, AR, AI und des Fürstentums Liechtenstein. Vorbild für FOSUMOS war das erfolgreiche Westschweizer Netzwerk CoRoMA (Collège romand de médecine de l'addiction) das seit 2000 aktiv ist. Ziel dieser Netzwerke ist es, die Kompetenzen der medizinischen Grundversorger im Suchtbereich zu verbessern, indem sie suchtmedizinisches Wissen vermitteln und die Optimierung der Zusammenarbeit

zwischen medizinischen und nichtmedizinischen Fachpersonen durch interdisziplinäre Gesprächsgruppen fördern. Gemäss Leistungsvereinbarung mit dem BAG setzte sich FOSUMOS auch für die Schaffung neuer ähnlicher Netzwerke in anderen Landesteilen ein. Als Folge davon wurde 2010 der Verein FOSUMIS (Forum Suchtmedizin Inner-schweiz, LU, ZG, SZ, UR, OW, NW) gegründet. Auch in der Region Nordwestschweiz (BS, BL, AG, SO, BE) wird ein ähnliches Netzwerk lanciert. FOSUMOS und die Westschweizer Partnerorganisation COROMA haben über die Jahre in ihren Regionen diverse Informationskanäle zur praktizierenden Ärzteschaft aufgebaut und Lehrmittel und Lerninhalte erarbeitet. In der FOSUMIS-Region ist dieser Prozess ebenfalls angelaufen. Um von den gesammelten Erfahrungen zu profitieren und Synergien in der Wissenserarbeitung und -verbreitung zu schaffen, haben sich jetzt alle drei Organisationen in der IG Netzwerk Praxis Suchtmedizin Schweiz zusammengeschlossen und werden von einem Koordinator unterstützt.

Nationale Website in Planung

FOSUMOS, COROMA und FOSUMIS wie auch das entstehende Netzwerk in der

Nordwestschweiz sehen sich in einer strategisch besonderen Position für die Vermittlung von Grundhaltung, Wissen und Fertigkeiten im Bereich von Suchterkrankungen. Beim Aufbau der IG Netzwerk Praxis Suchtmedizin Schweiz geht es darum, die Angebote der Wissensvermittlung auf einem gemeinsamen dreisprachigen Internetportal anzubieten. Diese geplante nationale Website, www.praxis-suchtmedizin.ch, richtet sich prioritär an Grundversorger, aber auch an Psychiater, Apotheker, Notfallärzte und Gesundheitsdienste des Straf- und Massnahmenvollzugs, die nur punktuell mit Suchterkrankungen zu tun haben. Das Netzwerk FOSUMOS initiierte das Projekt mit der Idee, dass es wenig sinnvoll ist, wenn jedes Netzwerk ähnliche Informationen und Handlungsanleitungen sammelt, erarbeitet und online verfügbar macht. Vielmehr soll eine nationale Plattform dazu beitragen, dass mehr Einheitlichkeit und Kohärenz in der Behandlung von Suchtpatienten erfolgt.

Internetbasiertes Handbuch

Basis für die neue Website ist das bereits heute internetbasierte Handbuch von FOSUMOS. Es enthält für die Suchtbereiche Alkohol, Cannabis, Designerdrogen, Heroin, Kokain, Medikamente

und Nikotin systematisch entwickelte praktische Handlungsanleitungen, um den Grundversorgern den Zugang zur Suchtmedizin zu erleichtern und sie bei der Behandlung von suchtkranken Personen zu unterstützen. Beispiel dazu ist ein Algorithmus, wie eine Substitutionsbehandlung initiiert werden kann. Diese Arbeitsinstrumente beruhen auf Praxiserfahrungen und wissenschaftlichen Erkenntnissen (z.B. den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin SSAM im Bereich Substitution). Dieses Handbuch wird derzeit kapitelweise für die nationale Website aktualisiert. Als erstes wurde das Kapitel Heroin überarbeitet. Es wird ab Sommer 2011 in Deutsch, Französisch und Italienisch online zur Verfügung stehen. In einem nächsten Schritt werden die Kapitel Alkohol, Cannabis, Designerdrogen und Tabak überarbeitet.

Links: www.praxis-suchtmedizin.ch

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

Externer Kontakt: Roger Mäder,
Koordinator,
roger.maeder@praxis-suchtmedizin.ch

«Der fürsorgliche Umgang mit dem eigenen Körper widerspricht den traditionellen Vorstellungen von Männlichkeit»

Fünf Fragen an Verena Hanselmann, Leiterin des Bereichs Gender Health im Bundesamt für Gesundheit. Als geschlechtergerechtes Prinzip im Gesundheitswesen umfasst Gender Health jede Form von politischer, wissenschaftlicher, gesundheitsfördernder oder kurativer Praxis.



Spectra: Die Lebenserwartung der Männer ist um gut fünf Jahre niedriger als jene der Frauen. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung zeigt aber, dass Männer ihre eigene Gesundheit als besser einschätzen als Frauen. Was sind die Gründe für diesen Widerspruch?

Verena Hanselmann: Die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit sowohl im physischen wie im psychischen Bereich steht immer in enger Verbindung mit den Alltagserfahrungen und dem Gefühl, das eigene Leben und die damit verbundenen Handlungen zu ver-

stehen, als wichtig wahrzunehmen und kontrollieren zu können. Eine hohe Kontrollüberzeugung ist eine wichtige Ressource für die Gesundheit. Männer haben diesbezüglich eine bessere Einschätzung.

Gibt es nicht auch Männer, die dieses Gefühl der Kontrolle nicht haben und die sich dem Leben eher ausgeliefert fühlen?

Sicher gibt es diese Männer. Die Statistik zeigt, dass Personen mit einem hohen Bildungsniveau ein besseres Kontrollgefühl haben als jene mit einem obligatorischen Schulabschluss. Dies trifft auf Männer wie Frauen zu. Werden alle Alterskategorien zusammengefasst, haben Männer unabhängig vom Bildungsniveau allgemein ein besseres Kontrollgefühl als Frauen. Dennoch gibt es auch hier Nuancen. Männer mit einem obligatorischen Schulabschluss haben im Alter von 45 bis 64 Jahren am wenigsten das Gefühl, ihr Leben gut kontrollieren zu können. Sie schätzen zudem ihre eigene Gesundheit als nicht so gut ein und geben an, unter einer hohen psychischen Belastung zu stehen. Diese Männer erzielen signifikant schlechtere Werte als Frauen des gleichen Alters und des gleichen Bildungsniveaus.

Befinden sich diese Männer in einer Midlife-Crisis?

Diese Männer haben eher Berufe mit

hoher physischer Belastung und niedriger gesellschaftlicher Anerkennung. Die «männliche» Arbeitswelt ist durch eine hohe körperliche Belastung, Lärm, Schmutz, Hitze und Stress gekennzeichnet. Das sind Arbeitsbedingungen mit einem hohen gesundheitlichen Risiko, die dazu führen, dass Männer im Vergleich zu Frauen mehr unter gesundheitlichen Risiken in Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit leiden. Männer definieren ihr Selbstbild zudem stark über ihre Arbeit. Die Angst vor einem Arbeitsplatzverlust steigt ab 40, und je niedriger die Bildung, umso grösser diese Angst.

Wie gehen Männer mit Stress um?

Herbert Grönemeyer hat in seinem Lied «Männer» treffend zum Ausdruck gebracht, dass der Leidensdruck bei Männern sehr hoch sein muss, bis sie Hilfe in Anspruch nehmen. Das trifft auch im Bereich der Stressverarbeitung und der psychischen Gesundheit zu. Der fürsorgliche Umgang mit dem eigenen Körper widerspricht den traditionellen Vorstellungen von Männlichkeit. Die Praxis zeigt, dass Männer oft (zu) spät Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Krebs, Herz-Kreislauf) durchführen lassen. Im Erkrankungsfall ist dann eine Spitaleinweisung oftmals unumgänglich – auch im psychischen Bereich. Psychisch erkrankte Männer brauchen mehr stationäre Behandlung im Vergleich zu Frauen.

Welche Schwerpunkte sollten zur Förderung der Männergesundheit gesetzt werden?

- Männergerechte Präventionsangebote. Insbesondere fehlen Angebote für junge Männer und Männer mit einem niedrigen sozialen Status. Menschen mit einem niedrigeren sozialen Status (niedrige Bildung, niedriger beruflicher Status und niedriges Einkommen) sind kränker und haben eine geringere Lebenserwartung als Menschen mit einem höheren sozialen Status. Dieser Sozialgradient kommt bei den Männern deutlich zum Vorschein, insbesondere was die Bildung anbelangt.
- Gewalt- und Suizidprävention stärker männergerecht gestalten. Männer sterben mehr als doppelt so häufig an den Folgen eines Gewaltdelikts wie Frauen. Im Bereich des Suizids sind die Präventionsangebote nicht nur auf junge Männer anzupassen, sondern insbesondere die Bedürfnisse älterer Männer (sie haben die höchste Suizidrate) einzubeziehen.
- Männerspezifische (verhaltensbezogene) Gesundheitsrisiken weiter senken und damit verlorene Lebensjahre aufgrund von frühzeitigem Tod durch Herzinfarkt oder Krebs wieder zurückgewinnen.

Neue Plattform zur Förderung der Diversität in der Suchtarbeit

Infodrog, die Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht, bietet eine neue nationale Austauschplattform für Suchtfachleute zum Thema «Diversität in der Suchtarbeit» an. Dabei handelt es sich um einen Ansatz, der bei der Konzeption von Suchthilfeangeboten nicht nur Migration und Gender, sondern alle Dimensionen der Suchtproblematik berücksichtigt.

Beim Diversitätsansatz (englisch: «Diversity Management») geht es um den Umgang mit der menschlichen Vielfalt. Der Begriff hat seinen Ursprung in der Gleichstellungs- und Bürgerrechtsbewegung der USA und ist heute als Konzept der Unternehmensführung verbreitet. In der Pädagogik spricht man seit einigen Jahren von der «Diversity Education» oder «Pädagogik der Vielfalt», die neben Geschlecht und Herkunft auch Merkmale wie das Alter, den sozio-ökonomischen Status oder die Ressourcenlage berücksichtigt. In Anlehnung daran geht es bei der Diversität in der Suchtarbeit um eine ganzheitliche Sichtweise im Umgang mit der Vielfalt der Klientel und der Heterogenität der Problemlagen.

Professionalisierung und Differenzierung

Die Professionalisierung der Suchtarbeit hat ein breites Suchthilfeangebot in der Schweiz hervorgebracht. Es gibt Angebote für Frauen, Männer, Jugendliche oder MigrantInnen; präventive, schadensmindernde, ambulante oder stationäre Massnahmen; abstinenz- und substitutionsorientierte sowie medizinische, sozialarbeiterische und sozialtherapeutische Arbeitsansätze. Lange wurden diese Kategorien und Ansätze klar



voneinander abgegrenzt, wenn nicht sogar gegeneinander ausgespielt. In den letzten Jahren haben sich diese starren Grenzen aufgeweicht und einem umfassenderen Verständnis von Sucht Platz gemacht. Dies als Reaktion auf die Praxisrealität der Suchtarbeit, die mit einer Vervielfachung von Problematiken (z. B. neue, nicht substanzgebundene Süchte, Mehrfachabhängigkeiten) und KlientInnengruppen (Minderjährige, gut integrierte Personen, immer älter werdende Abhängige) konfrontiert ist. Viele Fälle können nicht mehr monothematisch angegangen werden. Nicht zuletzt sehen sich Institutionen auch aus wirtschaftlichen Gründen dazu gezwungen, ein zielgruppenspezifisches Angebot zugunsten einer Erweiterung auf verschiedenste Problematiken aufzugeben.

Diversität – mehr als Gender und Migration

Die Zielgruppenorientierung der letzten Jahre hat massgeblich zur Weiterent-

wicklung des Suchtbereichs beigetragen. Insbesondere in den Bereichen Gender und Migration haben Infodrog und das Bundesamt für Gesundheit verschiedene Projekte für den Fachbereich erfolgreich umgesetzt. Gleichzeitig wurden aber auch die Schwächen der monothematischen Bearbeitung deutlich. Mit der Fokussierung einer Zielgruppe werden andere Merkmale wie Alter oder Ressourcen zu wenig berücksichtigt. Suchthilfeeinrichtungen mit einem umfassenden Versorgungsauftrag ist es oft nicht möglich, ein auf eine Zielgruppe ausgerichtetes Angebot in den Vordergrund zu stellen. Die Fallzahlen sind meistens auch zu tief, um spezifische Angebote aufrechterhalten zu können. Tatsache bleibt jedoch, dass die Wirkung einer Intervention umso höher ist, je gezielter sie auf die Problemlage und die Ressourcen der Person eingeht. Deshalb sind individualisierte Interventionen – auch in Institutionen mit einem breiten Auftrag – weiterhin unabdingbar.

Diversitätsmodell erfordert Zusammenarbeit

Das Diversitätsmodell lässt sich in Einrichtungen mit einem umfassenden Versorgungsauftrag gut umsetzen. In kleineren, spezialisierten Institutionen ist dieser Ansatz aber kaum realisierbar. Hier sind regionale Zusammenarbeitsmodelle in Bezug auf die verschiedenen Aspekte der Diversität gefragt. Infodrog hat dazu die nationale Plattform «Diversität in der Suchtarbeit» lanciert, an der sich Suchtfachleute aus allen Bereichen und Sprachregionen zweimal jährlich zum Erfahrungsaustausch und zur Wissensvermittlung rund um das Thema «Umgang mit der Vielfalt» treffen. Nach den bisherigen einführenden Veranstaltungen liegt der Schwerpunkt künftig auf der Präsentation und Diskussion von Beispielen guter Praxis. Daneben ist die Erarbeitung von Leitlinien zum Thema geplant.

Ziel von Infodrog ist die Bekanntmachung und Verankerung des Diversitätsansatzes im Suchthilfebereich, ohne dabei die Weiterentwicklung der spezifischen Themen zu vernachlässigen. Es soll ein Beitrag zur Chancengleichheit und zur Qualitätssteigerung in der Betreuung von Personen mit Suchtproblemen geleistet werden.

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

Externer Kontakt: Infodrog,
Postfach 460, 3000 Bern 14,
www.infodrog.ch,
office@infodrog.ch,
Tel. 031 376 04 01

SmokeFree geht in die zweite Runde

Tabakpräventionskampagne 2011–2012. Die aktuelle SmokeFree-Kampagne zelebriert das Nichtrauchen, statt das Rauchen zu verteufeln. Auch in der zweiten Welle von Anfang Juni bis Anfang Juli stehen die vielen Vorteile des rauchfreien Lebens und die Marke für freiheitsliebende Nichtraucher, «SmokeFree», im Zentrum der Kampagne.

Mit Slogans wie «Die neue Freiheit entfaltet dein Gesicht» oder «Die neue Freiheit verleiht deinen Lungen Flügel» zelebrieren TV- und Kinospots, Inserate und Online-Banner das genussvolle Leben ohne Rauch. Dabei bedient sich die Kampagne genau jener Werbesprache und -bilder, die sonst in der gängigen Tabakwerbung zum Einsatz kommen. Statt Verzicht wird auf humorvolle Weise der Genuss thematisiert. Begriffe wie Freiheit, Schönheit, Abenteuer, Coolness und Erfolg werden mit der Freiheit des Nichtrauchens verknüpft. Die Kampagne ist Teil des Nationalen Pro-

gramms Tabak 2008–2012, dessen Ziel es ist, die Anzahl Rauchender bis 2012 von 29% (2007) auf 23% zu senken.

Interaktive Website mit Spar-Rechner

Auf www.smokefree.ch können Userin-

nen und User Tricks zum Rauchstopp holen oder selbst welche hochladen. Zudem können kostenlose Gadgets wie Stressbälle («FreeBalls») und SmokeFree-Päckli mit Tipps für den Rauchstopp und Vorteilen des Nichtrauchens bestellt werden. Neu wird ab Juni ein «SmokeFree»-Spar-Spiel aufgeschaltet. Es zeigt den Besuchern nicht nur, wie viel Geld Nichtraucher sparen, sondern auch, was man sich mit dem gesparten Geld alles leisten kann. Die Website ist vollständig in Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch übersetzt worden. Eine Seite mit den wichtigsten Informationen – wie etwa dem Hinweis auf die Telefonnummer der Rauchstopp-Hotline – ist zudem auf Albanisch, Spanisch, Portugiesisch, Serbisch, Kroatisch, Bosnisch und Türkisch abrufbar.

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