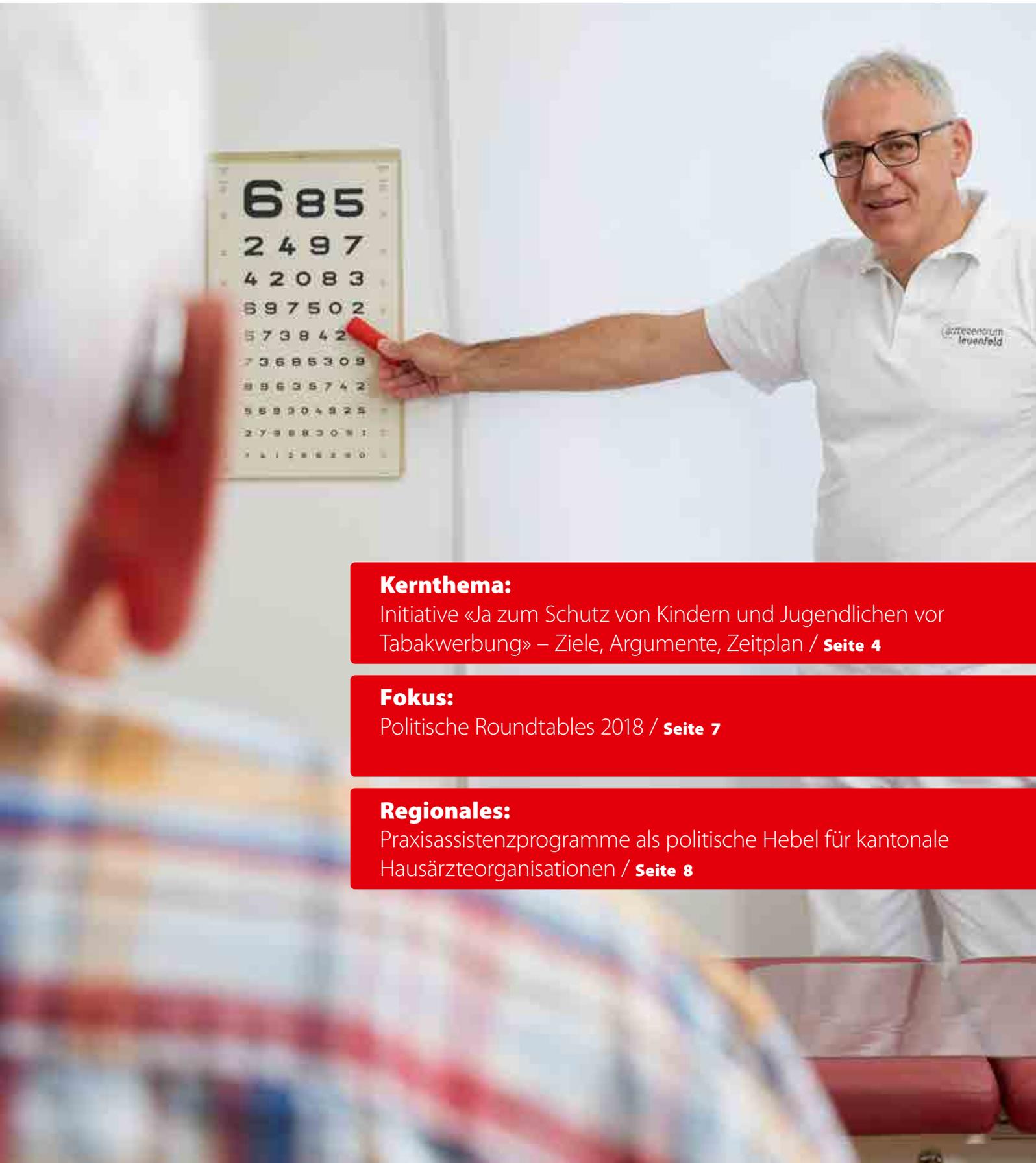


# STANDPUNKTE

NEWSLETTER DER HAUS UND KINDERÄRZTE SCHWEIZ / AUSGABE 1/2018



## **Kernthema:**

Initiative «Ja zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Tabakwerbung» – Ziele, Argumente, Zeitplan / **Seite 4**

## **Fokus:**

Politische Roundtables 2018 / **Seite 7**

## **Regionales:**

Praxisassistenzprogramme als politische Hebel für kantonale Hausärzteorganisationen / **Seite 8**

121	121
120	120
119	119
118	118
117	117
116	116
115	115
114	114
113	113
112	112
111	111



**Editorial****Neues Kleid – neue Botschaft?**

Sie halten die erste Ausgabe von «Standpunkte» im neuen Outfit, im neuen Konzept, in den Händen. Frischer, lesefreundlicher, moderner – das ist das Ziel. Wir wollen weiterhin unsere gesundheitspolitischen Positionen, unsere Vorstellungen, Visionen und Kommentare an ein breites Publikum weitergeben, möchten aber fundierter auf Themen eingehen können. Twitter eignet



sich für grundlegende Überlegungen schlecht, wir haben da ein unrühmliches Beispiel. Obwohl: der Ausbau der sozialen Medien gehört auch zu unserem Kommunikationskonzept, wir sind ja nicht von gestern.

In der Gesundheitspolitik dreht sich im Moment alles ums Geld: die Kosten «explodieren», die Prämien «steigen ins Unermessliche», und dann ist da noch die unsägliche Diskussion um «exorbitante Löhne». In unserer ökonomisierten Welt scheint nur das Geld zu zählen. Die vom Bundesrat eingesetzte Expertengruppe hat 38 Vorschläge eingebracht, mfe hat sich eingebracht, und wird mit den Zuständigen unsere Einschätzung dieser Vorschläge diskutieren. Aber vielleicht wäre es sinnvoller,

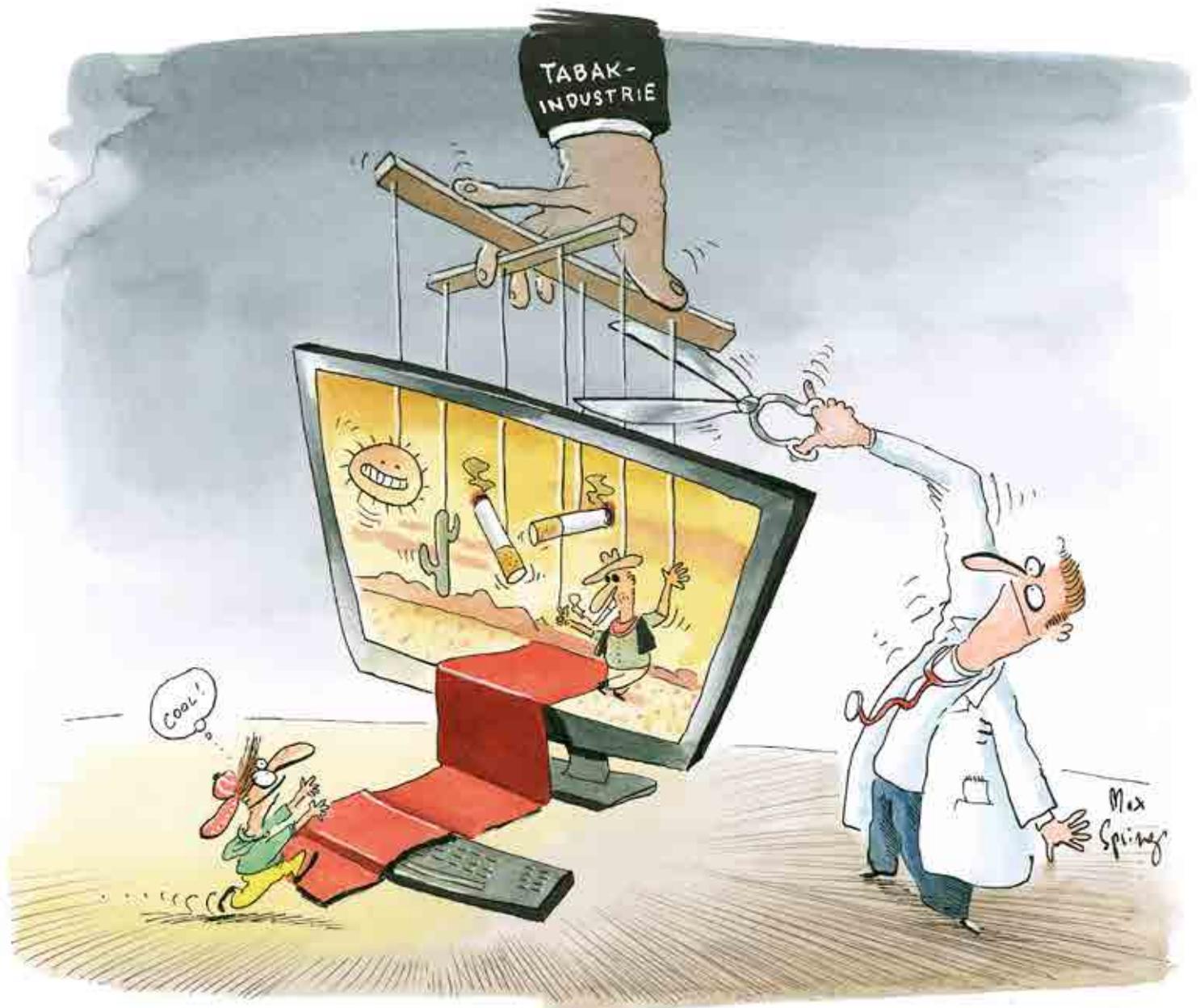
die Sichtweise, eben den «Standpunkt» zu ändern, den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen, die Versorgungssicherheit vor die Finanzierungssicherheit zu stellen. Bisher haben die Beschränkungen und Limitationen nicht zu den finanziell erwünschten Folgen geführt. Das müsste doch zu denken geben.

Eine Massnahme würde ganz sicher viel Geld, vor allem viel Leid sparen: wenn weniger Nikotin konsumiert würde. Bei der Initiative «Ja zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Tabakwerbung» haben wir von mfe deshalb bewusst den Lead übernommen, für eine Massnahme, die langfristig die Gesundheit unserer Bevölkerung verbessert.

Wir bleiben aktuell, am Ball, im neuen Kleid, mit aktuellen Botschaften!

**Philippe Luchsinger**

Präsident mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz



## Kernthema

# Initiative «Ja zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Tabakwerbung» – Ziele, Argumente, Zeitplan

**Eine breite Allianz von Gesundheitsorganisationen hat am 20. März die Volksinitiative «Ja zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Tabakwerbung» lanciert. Mit dabei sind an vorderster Front die Haus- und Kinderärzte. Die Initiative bezweckt ein Verbot jeglicher Tabakwerbung, die Kinder und Jugendliche erreichen kann.**

Seit 1874 kennt die Schweiz das Instrument der Volksinitiative. Eingeführt als Ventil mit der ersten grossen Verfassungsreform im Bundesstaat, wurde das Instrument zwar genutzt, setzte sich aber an der Urne kaum je durch. In den ersten hundert Jahren wurden gerade sieben Volksinitiativen angenommen. Drei für

mehr Demokratie, drei im Bereich der Süchte und die allererste zum Schächtverbot. Bei den Süchten ging es zweimal ums Geldspiel, einmal um Alkohol. Zustimmung fanden die Vorlagen aufgrund von Exzessen, gegen die Bundesrat und Parlament nicht einschritten. Mittlerweile sind zwar das Absinth- und das Spiel-

bankenverbot aufgehoben, die Sucht bleibt aber ein aktuelles Thema. Über das neue Geldspielgesetz stimmen wir im Juni ab, der Tabak und der Hanf kommen beide dieses Jahr mit einer Volksinitiative wieder auf die politische Bühne.

Beim Tabak gibt es 9'500 sehr gute Gründe, warum die Diskussion dringend

nötig ist: so hoch ist nämlich die Zahl der Todesfälle, die auf den Tabakkonsum zurückgeführt werden können. Folgerichtig wäre also ein Tabakverbot und damit lägen wir auf der Linie derjenigen, die vor 100 Jahren Absinth und Spielbanken per Volksbeschluss in die Illegalität und ins Ausland verbannt haben. Doch wie erfolgreich wäre wohl in der Praxis ein solch radikaler Vorschlag?

**Eben:** die Haus- und Kinderärzte nehmen deshalb das Parlament beim Wort, und dieses lautet **Jugendschutz**. Um den hehren und leeren Worten der Parlamentsmehrheit jedoch wirklich Inhalt zu verleihen, interpretieren wir den Jugendschutz kohärent. Was der Bundesrat heute im zweiten Wurf zum Tabakproduktegesetz vorschlägt, ist ein Affront für alle an Gesundheitsfragen interessierten Personen in der Schweiz. Es bleibt für die Tabakprävention nur ein Weg, derjenige über das Volk.

---

**Die Ärzteschaft hat eine politische Aufgabe, die ihr kaum jemand streitig machen wird: darauf hinzuweisen, was gesundheitsschädlich ist und Schritte zu unterstützen, die diese Gesundheitsschädigung vermeiden.**

---

Im Falle des Tabaks ist seit den 60er-Jahren klar, dass das Produkt für die Gesundheit der Konsumenten überaus schädlich ist. Seit den 80er-Jahren ist ebenso klar, dass auch die Passivrauchenden unfreiwillig in ihrer Gesundheit beeinträchtigt werden.

Die zuständigen Behörden, insbesondere das Bundesamt für Gesundheit, haben in den 90er-Jahren erstmals interveniert und mit der Tabakverordnung im Lebensmittelgesetz das Produkt Tabak reguliert. Die Besteuerung wurde schon früh eingeführt, dies jedoch nicht aus gesundheitlichen Gründen, sondern weil sich der Tabak als sogenanntes Luxusprodukt für die Finanzierung der AHV anbot. Nach dem Scheitern des sogenannten «Massnahmenpakets Tabak» (die Rau-

cherquote stieg in dessen Laufzeit!) besann man sich in Bundesbern eines Besseren und stellte das nationale Programm «Tabakprävention» auf die Beine. Auch die NGOs spielten mit und investierten in strukturelle Prävention: schon 2003 wurden dank ihrem Lobbying höhere Tabaksteuern beschlossen und ein Tabakpräventionsfonds geschaffen, 2004 eine parlamentarische Initiative zum Schutz vor Passivrauch lanciert, die Arbeiten der WHO zur Tabakkontroll-Konvention unterstützt. Das Passivrauchschutzgesetz trat 2010 in Kraft. Der Schwung aus diesem ersten Jahrzehnt ist mittlerweile verhaucht. Die WHO-Konvention ist nicht ratifiziert, die Tabakwerbung wurde ausser in einigen Kantonen nicht eingeschränkt, die Tabaksteuern können nicht mehr erhöht werden. Die Folge davon: die Raucherzahlen, insbesondere unter den Jungen, sind noch immer enorm hoch.

---

### Wo liegt genau das Problem?

Der Einstieg ins Rauchen beginnt meist in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter. Junge Menschen sind sich der gesundheitlichen Risiken des Rauchens weniger bewusst als Erwachsene. Selbst gut informiert sind junge Menschen nicht immer in der Lage, vernünftige Entscheidungen zu treffen. Die meisten Neueinsteiger und potenziellen Raucher unterschätzen das Risiko, nikotinsüchtig zu werden. Folglich unterschätzen sie auch massiv die künftigen Kosten des Rauchens – d.h. die Kosten dafür, dass sie die in der Jugend getroffene Entscheidung, zu rauchen, nicht rückgängig machen können. Gesellschaften sind sich im Allgemeinen dessen bewusst, dass die Fähigkeiten Heranwachsender, Entscheidungen zu treffen, begrenzt sind, und schränken daher die Freiheiten junger Menschen ein, gewisse Entscheidungen zu treffen, z.B. indem sie ihnen das Wahlrecht oder das Recht zu heiraten bis zu einem bestimmten Alter verwehren. In derselben Weise können

Gesellschaften berechtigterweise die Freiheit junger Menschen einschränken, vom Rauchen abhängig zu werden, d.h. faktisch den Entschluss zu einem Verhalten erschweren, welches ein viel grösseres Sterberisiko beinhaltet als die meisten anderen riskanten Aktivitäten, auf die sich junge Menschen einlassen.<sup>1</sup>

Abgabeverbote für Minderjährige sind als eine Massnahme des Jugendschutzes anerkannt. Es werden jedoch immer wieder Tabakprodukte an Jugendliche verkauft, überdies gibt es unterschiedliche Altersgrenzen und drei Kantone (AI, GE, SZ) ohne jegliche Verkaufsverbote. Dies trägt mit dazu bei, dass viele Jugendliche die Gesundheitsgefährdung durch das Rauchen unterschätzen.

Tabakwerbung spielt beim Entscheid, mit Rauchen zu beginnen, eine bedeutende Rolle. Gerade in der Phase der Identitätsbildung sind Jugendliche für Werbung, die sich vordergründig an Erwachsene richtet, sehr empfänglich. Das Image von Tabakprodukten, welches über die Werbe- und Promotionsmassnahmen transportiert wird, repräsentiert in erster Linie abstrakte soziale Funktionen: Unabhängigkeit, Befreiung, Attraktivität, Schlankheit, Erwachsensein, Maskulinität oder Feminität, Coolness, Risikofreude und Abenteuer, Glamour, Abgehobenheit, Elitarismus, Sportlichkeit, soziale Zugehörigkeit zur Gruppe der Gleichaltrigen, Popularität oder Rebellentum. Damit werden gezielt die Wünsche und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen angesprochen. Das wird durch eine umfangreiche experimentelle Literatur belegt.

Erwiesen ist auch, dass sich Tabakpromotionsmassnahmen in überwiegender Masse an Kinder und Jugendliche richten. Den Beweis dafür hat die Tabakindustrie selbst geliefert. Durch die Offenlegung interner Dokumente, im Zuge von Gerichtsverfahren in den 90er-Jahren in den USA, konnte das eindrücklich publik gemacht werden.



Foto: Initiativkomitee

Aber auch die ökonomische Rationalität verlangt, dass Tabakmarketing sich an Kinder und Jugendliche richten muss, denn die Tabakindustrie braucht neue Konsumentinnen und Konsumenten. Sie sollen die Raucherinnen und Raucher ersetzen, die aufgehört haben oder gestorben sind. Ein Grossteil beginnt vor dem 18. Altersjahr mit dem Rauchen, die Bindung an eine bestimmte Zigarettenmarke erfolgt früh, Raucherinnen und Raucher sind markentreu, die Vorliebe zu einer bestimmten Marke ist schwer zu ändern.

Entsprechend gross sind die Investitionen: Die Werbung der Tabakindustrie liegt bei einem relativ hohen Niveau von etwa 6% der Verkaufserlöse und damit etwa 50% über dem Durchschnitt in der Industrie insgesamt. Werbung kann dabei in unterschiedlichen Formen vorkommen: als Kinowerbung, als Inserat in den Medien oder auf Plakaten, Verpackungen oder an Verkaufsstellen. Auch Event-Sponsoring, Produktplatzierung, Kundenbindungsmassnahmen, Wettbewerbe und Gratismuster gehören dazu.

Im Gegenzug belegen Untersuchungen eindeutig, dass durch Werbeeinschränkungen der Tabakkonsum in der Bevölkerung und insbesondere bei Jugendlichen deutlich gesenkt werden

kann. Die freiwilligen Selbstbeschränkungen der Tabakindustrie reichen bei weitem nicht aus, sie sind nur ein Alibi.

---

**Im europäischen Vergleich ist die Schweiz dasjenige Land mit den wenigsten Einschränkungen für die Tabakpromotion.**

---

In allen EU-Mitgliedstaaten sind die Tabakwerbung in den Printmedien, im Radio und im Fernsehen sowie das Sponsoring von Veranstaltungen mit grenzüberschreitender Wirkung verboten. Alle europäischen Länder mit Ausnahme von Deutschland, Luxemburg und der Schweiz kennen darüber hinaus ein nationales Verbot von Tabakwerbung im öffentlichen Raum. Die Weltgesundheitsorganisation WHO empfiehlt kurzerhand ein umfassendes Werbe- und Sponsoringverbot.

Die Gesundheitsorganisationen und der Jugenddachverband haben nach dem Trauerspiel im Parlament beschlossen, den Weg über das Volk zu gehen und mittels einer Initiative den Jugendschutz konsequent auf den Tabak zu übertragen. Minderjährige sollen keinen Tabak kaufen und auch nicht mit Werbung dafür in Kontakt kommen. Stattdessen sollen

ihre Gesundheitskompetenzen gestärkt und gefördert werden. Entsprechend soll die Bundesverfassung wie folgt geändert werden:

**Art. 41 Abs. 1 Bst. g**

<sup>1</sup> Bund und Kantone setzen sich in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und privater Initiative dafür ein, dass:

g. Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung zu selbstständigen und sozial verantwortlichen Personen gefördert und in ihrer sozialen, kulturellen und politischen Integration unterstützt werden sowie ihre Gesundheit gefördert wird.

**Art. 118 Abs. 2 Bst. b**

<sup>2</sup> Er erlässt Vorschriften über:

b. die Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten von Menschen und Tieren; er verbietet namentlich jede Art von Werbung für Tabakprodukte, die Kinder und Jugendliche erreicht;

Unterschriften werden in Haus- und Kinderarztpraxen, in Apotheken und Drogerien sowie bei den Gesundheitsligen gesammelt. Danke für Ihre Unterstützung!



*Reto Wiesli*

<sup>1</sup> Gemäss «Der Tabakepidemie Einhalt gebieten», S. 4.

<sup>2</sup> Gemäss «Der Tabakepidemie Einhalt gebieten», S. 58.

**Gastkommentar**

# «Verbotene Produkte dürfen nicht beworben werden.»

Nehr erfreut hat mich, dass seit der Lancierung unserer Initiative «Kinder ohne Tabak» im März 2018, plötzlich in den Gratiszeitungen auf den People-Seiten keine Tabakwerbung mehr geschaltet wurde. Das Geheimnis dieses Erfolges ist nun gelüftet: Swiss Cigarette hat sich in einer aktualisierten Vereinbarung mit der Lauterkeitskommission verpflichtet, ab dem 1. April 2018 diese Werbung einzustellen. Zwar ist dieses halbherzige Einlenken der Tabakindustrie ein überfälliger Schritt in die richtige Richtung, aber wir sind von unserem Ziel „Keine Tabakwerbung, die Kinder und Jugendliche erreicht“ noch sehr weit entfernt.

Es braucht verpflichtende Normen, welche verbindlich stipulieren, dass verbotene Produkte wie der Tabak für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, nicht beworben werden dürfen. Weder die Tabakindustrie, noch die Mehrheit des Parlamentes haben sich bisher zu diesem marktwirtschaftlich orientierten Prinzip bekannt. Obwohl eigentlich ein Konsens darin besteht, dass keine Tabakprodukte an Minderjährige verkauft werden dür-

fen, hat das Parlament den Bundesrat beauftragt, ein Tabakproduktegesetz vorzulegen, das sich an der heute bestehenden Werbeverordnung orientiert, welche die Werbung für den Tabakkonsum auch für Kinder und Jugendliche de facto erlaubt.

Diese einseitig die Tabakindustrie schützende Regelung ist sowohl gesundheitsschädigend als auch kostensteigernd. Bei praktisch allen nichtübertragbaren Krankheiten ist unzweideutig nachgewiesen, dass der Tabakkonsum eine der Hauptursachen ist. Die durch den Tabakkonsum verursachten Gesundheitsschädigungen sind offensichtlich und die dadurch entstehenden Gesundheitskosten enorm, und höher als die ganze Wertschöpfung der Tabakindustrie in der Schweiz.

Wer bis zum 21. Altersjahr nicht zur Zigarette greift, wird dies mit grosser Wahrscheinlichkeit das ganze Leben lang nicht tun. Deshalb wird die Tabakindustrie nie freiwillig auf Werbemassnahmen zur Gewinnung neuer junger Kundinnen und Kunden verzichten.

Es ist eine grosse Freude, mit allen interessierten und motivierten Kreisen aus dem Gesundheitsbereich der Schweiz, von den Kinder- und Hausärzten mfe, der FMH, dem Verband der Apothekerinnen und Apotheker, dem Schweizerischen Drogistenverband, der Arbeitsgemeinschaft der Jugendverbände, der Gesundheitsligen und der Allianz Gesunde Schweiz, zusammen zu arbeiten. Diese geballte Kraft braucht es aber, um unserem Anliegen zum Durchbruch zu verhelfen.

Wir haben absichtlich die politischen Parteien nicht eingeladen, dem Initiativkomitee beizutreten, damit unserer Initiative keine Parteifarbe verpasst werden kann. Deshalb müssen die Gesundheits- und Jugendverbände die nötigen Unterschriften sammeln. Erste Reaktionen zeigen, dass die Leute sehr schnell überzeugt werden können, die Initiative zu unterzeichnen. Ende August 2018 machen wir eine erste Sammelbilanz. Schickt also die bereits gesammelten Unterschriften rechtzeitig ein. ◀

*Hans Stöckli  
Präsident «Kinder ohne Tabak»*



## Regionales: Bern

# Praxisassistenzenprogramme als politische Hebel für kantonale Hausärzteorganisationen

**Das Berner Praxisassistenzenprogramm gilt in vielerlei Hinsicht als Erfolgsgeschichte. Nun wurde es jüngst von 21 auf 35 Stellen ausgebaut – trotz massiven Sparbemühungen des Kantons. Wesentlichen Anteil an diesen Erfolgen haben das persönliche Engagement einzelner Pioniere und der konsequente Auf- und Ausbau einer starken Haus- und Kinderärztelebby im Kanton.**

Seit 2008 unterstützt der Kanton Bern die Weiterbildung von zukünftigen Hausärzten, indem er Praxisassistenzen mitfinanziert. Diese hausarzt-spezifische Weiterbildung in der Praxis eines erfahrenen Hausarztes ist eine notwendige Voraussetzung, um die Lücken in der ambulanten Grundversorgung mit genügend und gut qualifizierten Hausärzten zu füllen. Aufgrund des grossen Erfolges des Modellversuchs von 2008 bis 2012 beschloss der Grosse Rat 2012 die definitive Einführung des Programms mit einem Kredit für 21 sechsmonatige Stellen von 2013 bis 2017. Für deren Betreuung und weitere Dienstleistungen zur Förderung der Hausarztmedizin wurde am BIHAM eine Koordinationsstelle geschaffen mit einem Budget von jährlich 200 000 Franken.

### **Parteiübergreifende Unterstützung der Praxisassistenten**

2017 hatte sich der Grosse Rat für die Weiterführung des Programms „Ärztliche Weiterbildung in Hausarztpraxen (Praxisassistenten)“ bis 2022 ausgesprochen und den entsprechenden Verpflichtungskredit genehmigt – und zwar einstimmig über alle Parteien und Fraktionen hinweg. Dass die Praxisassistenten ein wirksames Instrument ist, um dem Hausärztemangel im Kanton entgegenzuwirken, war unbestritten. Mit dem klaren Entscheid zur Fortführung war zugleich ein Ausbau der Praxisassistentenstellen verbunden: von 21 auf 35

Stellen. Um die zusätzlichen Ausgaben finanzieren zu können, wurde die Beteiligung der Lehrpraxen an den monatlichen Lohnkosten erhöht, gleichzeitig aber ein Fonds eingerichtet, mit dem finanziell benachteiligte Lehrpraxen vorwiegend in ländlichen Gebieten unterstützt werden können. Angesichts des schwierigen politischen Umfelds im Kanton Bern und einem einschneidenden Sparprogramm ist der Ausbau des Praxisassistentenprogramms als Erfolg zu werten, als grossen sogar, auch wenn von ärztlicher Seite eine höhere Eigenleistung verlangt wird. Dieser Erfolg hat mehrere Gründe.

### **Systematisches «Problem Framing» und evidenzbasierte Argumente**

Erstens: Die Wirksamkeit des Programms ist unbestritten und mit Zahlen gut dokumentiert. Das Berner Programm weist von allen Praxisassistentenprogrammen die höchste Erfolgsquote aus. Sie berechnet sich anhand der Anzahl Programmabsolventen, die schliesslich in der Hausarztmedizin landen. Fast vier von fünf Praxisassistentinnen und Praxisassistenten blieben in der Hausarztmedizin bzw. gaben an, nach Abschluss der Weiterbildung mit Sicherheit als Hausärzte tätig sein zu wollen. Zudem konnte aufgezeigt werden, dass die Nachfrage nach Praxisassistenten sowohl von Seiten der Assistentinnen und Assistenten als auch von Seiten der Praxen deutlich höher ist als

das Angebot an Stellen. Jedes Jahr hätte jede der 21 Stellen mehrfach vergeben werden können. Derlei Evidenzen sind in der politischen Diskussion matchentscheidend. Dass das Programm die beabsichtigte Wirkung erzeugt und die Nachfrage grösser ist als das Angebot, waren zwei überzeugende Argumente für den Ausbau des Programms.

Ein zweites Erfolgsselement hat ebenfalls mit Evidenz zu tun, und hier kommt das politische Engagement der Berner Haus- und Kinderärzte zum Tragen. 2016 hatte der VBHK entschieden, Daten aus der gesamtschweizerischen Workforce-Studie zur Hausarztmedizin separat für den Kanton Bern aufzubereiten und wissenschaftlich auswerten zu lassen.

**Die Zahlen sprachen eine deutliche Sprache und zeigten auf, dass sich der Hausarztmangel im Kanton Bern dramatisch verschärfen wird, namentlich in ländlichen Regionen, wenn nicht in kürzester Zeit Gegenmassnahmen ergriffen werden.**

Damit blieb das Problem nicht nur generell umrissen, sondern konnte ganz konkret für den Kanton Bern mit Daten beziffert werden.

### **Gezielte Kommunikation und politische Arbeit**

Wir haben nach Abschluss der Auswer-



tungen alle 160 Grossrätinnen und Grossräte eingeladen, die Resultate der Berner Workforce-Studie exklusiv anlässlich eines so genannten Sessionsanlasses zu erfahren und sie mit uns und den Studienautoren zu diskutieren. 40 Mitglieder des Grossen Rates kamen, ein Viertel des Parlaments, Vertreterinnen und Vertreter aus sämtlichen Parteien und Fraktionen. Die Regionalisierung des Hausarztmangels sollte das Problem greifbar, konkret machen, und den Handlungsbedarf für den Kanton aufzeigen. Das Ziel war es, Politikerinnen und Politiker zu sensibilisieren und Massnahmen gegen die drohende Versorgungslücke zu präsentieren. Die Studie wurde auch medial aufgenommen und fand später Eingang in den Vorschlag des Regierungsrats.

2017 haben wir anlässlich der Fortbildungsreihe «PraxisUpdate» einen illustren politischen Roundtable auf die Beine gestellt. Thema noch einmal: Die Ergebnisse der Berner Workforce-Studie und Massnahmen gegen den Hausarztmangel, namentlich das Praxisassistentenprogramm. Vor über 200 Kolleginnen und Kollegen diskutierten auf dem Podium der Berner Gesundheitsdirektor Pierre-Alain Schnegg und der Präsident der grossrätlichen Gesundheitskommission, Hans-Peter Kohler, mit BIHAM-Direktor Nicolas Rodondi, VBHK-Präsidentin Monika Reber und der Präsidentin der Jungen Hausärzte, Gabi

Rohrer. Bewusst zum Gespräch eingeladen haben wir auch weitere Mitglieder der grossrätlichen Gesundheitskommission und ausgewählte Journalisten.

Diese politischen und kommunikativen Aktivitäten begleiteten die über einen längeren Zeitraum laufenden Verhandlungen mit der Gesundheitsdirektion über die Weiterführung und den Ausbau des Praxisassistentenprogramms. Im Juni 2017, als klar war, dass die Kreditvorlage für das erweiterte Praxisassistentenprogramm in den Grossen Rat kommt, haben wir einen weiteren Sessionsanlass durchgeführt, dieses Mal zum Thema Nachwuchsförderung mit spezifischem Fokus auf das Praxisassistentenprogramm. Wieder kamen über 30 Grossratsmitglieder. Wenige Tage später wurden Weiterführung und Ausbau einstimmig beschlossen.

### **Zielgerichtete Strategie für die politische Positionierung**

Mitgewirkt haben an diesem Erfolg viele Partner, allen voran das BIHAM und die BEKAG. Der VBHK nimmt aber für sich in Anspruch, einen wesentlichen Anteil daran zu haben. Am Anfang stand der 2014 vom VBHK-Vorstand beschlossene strategische Schritt, die Berner Haus- und Kinderärzte organisatorisch zu stärken und sie politisch sichtbarer zu machen. Seither haben wir konsequent die Verbandsstrukturen gestärkt, die operativen Aufgaben

aus dem Vorstand ausgelagert und an die Politikberatungsagentur polsan abgegeben, die Kommunikation professionalisiert und insbesondere die politische Arbeit zielgerichtet aufgebaut. Dazu gehören Kontaktpflege, systematische Beobachtung der relevanten politischen Geschäfte, regelmässige Verlautbarungen unserer Position im Vorfeld jeder Session, Medienmitteilungen, Bearbeitung von Medienanfragen ebenso wie ein Screening der Grossrätinnen und Grossräte bzw. ihres Abstimmungsverhaltens zu relevanten Geschäften, um zu wissen, wer mit und wer gegen unsere Empfehlungen stimmt.

Die Praxisassistenten sind ein gutes Feld für regionale bzw. kantonale Hausärzteorganisationen, um sich politisch zu positionieren und an Sichtbarkeit zu gewinnen, und zwar mit einem ganz konkreten Anliegen, einer nachweislich klaren Ausgangslage (Hausarztmangel) und einer nachweislich wirksamen Lösung (Praxisassistenten).

### **Praxisassistenten sind ein guter Hebel der regionalen Politik gegen den Hausarztmangel und gleichzeitig für den Aufbau politischer Verbandsarbeit.**

Zudem bieten sie die Möglichkeit, nicht nur defizitorientiert aufzutreten (Über-

lastung, Mangel, Nachfolgeprobleme) und Forderungen zu stellen (Tarmed), sondern sich im Thema Nachwuchsförderung einzubringen, aufzuzeigen, was der Berufsstand selber leistet. Mit solchen politischen Botschaften lässt sich auch ein

positives Berufsbild transportieren – das einer aktiven, engagierten sowie lösungsorientierten Haus- und Kinderärzteschaft mit Eigeninitiative. ◀

*Yvan Rielle und Monika Reber*



## Zukunft

# E-Health: Forderungen der Hausärzte

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte haben eine grosse Bedeutung im Bereich eHealth und EPD. Sie können deshalb durch eine aktive Teilnahme an der Diskussion zur Weiterentwicklung beider Bereiche beitragen. Dazu ist es notwendig, die niedergelassenen Ärzte mit entsprechenden Anreizmodellen zum Mitmachen beim EPD zu motivieren. Idealerweise sollte so bald wie möglich klar werden, ob die Ärzteschaft mitmacht oder nicht. mfe hat sich zum Ziel gesetzt, bis Ende Jahr seinen Mitgliedern die Empfehlung «Mitmachen» oder «Nicht Mitmachen» abzugeben. Anreizmodelle von Seiten des Bundes sind leider noch keine absehbar, ohne wird es aber nicht gehen.

Die Anreizsysteme sind wichtig, damit die erheblichen Investitionen für die Praxen längerfristig geschützt werden können. In der Schweiz existieren gemäss Peter Amherd (AMHERD & PARTNER) ca. 89 verschiedene Anbieter auf dem Gebiet der Praxisinformationssysteme. Wirklich aktiv ist aber nur ein knappes Dutzend. Diese haben sich im VSFM (Verband Schweizer Fachhäuser für Medizin-informatik) zusammengeschlossen. mfe steht in regelmässigem Austausch mit dem VSM.

Eine besonders wichtige Forderung ist der Datenaustausch unter den verschiedenen Praxisinformationssystemen. Ziel soll sein, ganze Patientendossiers

elektronisch übermitteln zu können. Dies ist nötig, wenn ein Patient den betreuenden Arzt wechselt. Noch wichtiger wird der Austausch, wenn ein Arzt den Softwareanbieter wechselt und seine bisherigen Daten migrieren möchte. Das Institut für Praxisinformatik IPI hatte Druck gemacht, damit das Austauschformat SMEEX endlich realisiert und von allen VSFM-Firmen als eKG-Standard anerkannt



wurde. SMEEX soll mittlerweile schon in rund der Hälfte der Praxisinformationssysteme «irgend wie» integriert sein. Die richtige Umsetzung fehlt bisher immer noch. Wir halten an dieser Forderung gegenüber dem VSFM fest.

Ein genau so wichtiges Element ist der Datenaustausch im Bereich der Medikamente, Allergien und Diagnosen. Diese Elemente sind Bestandteil des EPD und

werden dadurch hoffentlich bald umsetzbar. In drei Schweizer Regionen laufen zudem Pilotprojekte im Bereich eMediplan, der genau dies bei Medikamenten ermöglichen soll.

Das EPD verfügt aber noch nicht über ausreichende Austauschformate, die ein einfaches Einlesen der Daten in das PIS ermöglichen. Viele Daten müssen doppelt erfasst werden. Da das EPD eine zusätzliche Informationsquelle darstellt, kann dies zu erhöhter Belastung der niedergelassenen Ärzte durch redundante Dateneingabe führen. Ein möglichst hoher Grad von Datenintegration muss angestrebt werden, damit seitens der niedergelassenen Ärzte ein Mehrwert entstehen kann.

Eine weitere Forderung ist die Integration von Clinical Decision Support in die Praxisinformationssysteme. Der Computer soll Hinweise ausgeben, falls ein Medikament keine Indikation hat, eine spezielle Laborwertkontrolle überfällig ist oder eine Medikamentenkombination durch eine nebenwirkungsärmere substituierbar ist.

Schliesslich verlangen wir, dass die Hausärzte zu Vernehmlassungen im Bereich eHealth eingeladen werden. Letztes Jahr konnten wir uns an zwei Vernehmlassungen beteiligen. ◀

*Pius Bürki*

## Fokus

### Politische Roundtable 2018

**mfe organisiert neu Gesprächsrunden zu aktuellen politischen Themen der medizinischen Grundversorgung. Profilierte Referenten und Gesprächspartner sorgen für einen echten Mehr- und Newwert für alle Teilnehmenden.**

Die von mfe neu initiierten und organisierten Roundtable-Gespräche werden aktuelle Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und mit Experten intensiv diskutieren. Referenten, Gäste und GesprächsteilnehmerInnen aus Politik, Gesundheitswesen und weiteren involvierten Bereichen sorgen für einen intensiven Dialog und für einen Mehrwert für alle Beteiligten.

Diese Gespräche werden gemeinsam mit den lokalen Verbänden der Haus- und Kinderärzte jeweils in einem anderen Kanton organisiert. ◀

*Reto Wiesli*



### Save the Date:

«Kompetenzen in der Gesundheitsversorgung und Prävention».

**Diese Roundtable findet am 8. November 2018 im Kanton Zürich statt.**

Sie sind herzlich eingeladen. Anmelden können Sie sich ab sofort per Mail unter [roundtable@hausarztswissenschaft.ch](mailto:roundtable@hausarztswissenschaft.ch). Die Details und Updates werden Sie per Mail erhalten oder finden Sie unter [www.hausarztswissenschaft.ch/roundtable.ch](http://www.hausarztswissenschaft.ch/roundtable.ch)



## Wissenschaft

### Ist es wirklich so gefährlich, jung mit dem Rauchen zu beginnen?

Dass Tabak tötet und schädlich für die Gesundheit ist, streitet heute bis auf wenige Revisionisten, die es nicht besser wissen, niemand mehr ab. Wäre es also nicht gerechtfertigt, unsere Jugend vor den verheerenden Folgen dieser Substanz schützen zu wollen? Ist es moralisch akzeptabel, dass Zigarettenhersteller Räume und Medien für Junge mit ihren schädlichen Produkten überschwemmen? Auch nicht im Namen einer Ideologie der freien Wahl für den Konsumenten? Und überhaupt, wo bleibt diese Freiheit, wenn man vom Tabak abhängig geworden ist?

Vorsorgen ist besser, hört man allenthalben, selbst von jenen, die das Recht auf freien Handel verfechten. Dann sorgen wir also vor und verbieten sämtliche Werbung für toxische Produkte!

Diese Massnahme ist gerechtfertigt, legitim, bewährt. Die Schlussfolgerungen der Wissenschaft sind eindeutig: weniger Werbung, weniger Raucher. Weniger junge Raucher, weniger künftige Gesundheitsschäden.

Noch skeptisch? Konsultieren wir die seriöse Zeitschrift Cochrane, eine Standardpublikation im Bereich der systematischen Analyse veröffentlichter Studiendaten.<sup>(1)</sup> Eine Zusammenfassung von 19 Langzeitstudien mit über 29'000 jungen Nichtrauchern unter 18 Jahren kommt klar zum Schluss, dass die Wirkung der Tabakwerbung die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass man mit Rauchen beginnt. Einmal in diesem Alter vom Tabak abhängig geworden, fällt es einem viel schwerer, damit wieder aufzuhören, da gemäss den Beobachtungen von Neurowissenschaftlern die Abhängigkeit in einem jungen, noch reifenden Gehirn stärker ist.

Sind unsere Parlamentarierinnen und Parlamentarier denn blind oder taub gegenüber den Erkenntnissen der Wissenschaft, dass sie bei der Frage eines totalen Verbots der Tabakwerbung stumm bleiben? ◀

*François Héritier*

(1) Lovato C. et al. (2011) Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. Cochrane Database of Systematic Reviews, 5(10).

## Grundversorgerkonzept mfe

**Wir Haus- und Kinderärzte sind die medizinischen Grundversorger. Um unsere Rolle in der schweizerischen Gesundheitsversorgung aktiv mitzugestalten, orientieren wir uns an folgenden Grundsätzen:**

### **Breit und facettenreich**

Wir sind die Generalisten der Grundversorgung und die Spezialisten der komplexen Fälle. Unsere Arbeit ist geprägt durch die Vielfalt der Menschen, der Erkrankungen und der Anliegen, die uns täglich begegnen, ohne dass im Voraus eine spezialisierte Auswahl getroffen wurde. Unvorhergesehene und vielfältige Tätigkeiten machen unseren Beruf facettenreich und anspruchsvoll.

### **Qualitativ hochstehend**

Unsere Arbeit orientiert sich am Wohl des Patienten und basiert auf Evidenz und Erfahrung. Die Betreuung unserer Patienten und ihres Umfeldes ist wissenschaftlich fundiert, wirkungsorientiert und multidisziplinär. Für diese Kompetenzen brauchen wir eine hochstehende akademische Aus-, Weiter- und Fortbildung und die entsprechende Forschung.

### **Verlässlich und kontinuierlich**

Wir sind den Patienten und ihrem Umfeld ein zuverlässiger und empathischer Partner, der sie ganzheitlich betrachtet und ihre Gesundheitskompetenz fördert. Wir bauen eine langfristige Beziehung zum Patienten auf und begleiten ihn in allen Situationen; von präventiven über akute und chronische bis hin zu palliativen.

### **Interprofessionell und verantwortlich**

Wir arbeiten situativ alleine, interdisziplinär oder im interprofessionellen Team. Basierend auf gemeinsamen Zielen und Werten setzen wir mit unseren Partnern im Alltag um, was wir bereits gemeinsam erlernt haben. Wir klären die Rollen und Verantwortlichkeiten im Team. Gemein-

sam vermeiden wir Über-, Unter- oder Fehlversorgung.

### **Unabhängig und selbstbestimmt**

Die Wahl unseres Arbeits- und Praxismodells steht uns frei. Dabei sind wir in unseren ärztlichen Entscheiden selbständig und beurteilen, inwieweit Hausbesuche und Notfalldienste in unserem Gebiet sinnvoll sind. Die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit stellt die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sicher. Innerhalb unseres Fachgebietes legen wir die Schwerpunkte unserer Arbeit autonom fest.

### **Unterstützt und honoriert**

Sämtliche technischen und organisatorischen Hilfsmittel, welche zum Erfüllen unserer Aufgaben notwendig sind, stehen uns in der benötigten Form, Menge und Qualität zur Verfügung. Das Tarifsystem gewährt uns und unseren Teams eine leistungsgerechte Abgeltung und sichert uns so die wirtschaftliche Unabhängigkeit. Das Gesundheitswesen garantiert der Bevölkerung einen niederschweligen Zugang zum Haus- und Kinderarzt.

### **Vernetzt und engagiert**

Wir sind gut vernetzt und übernehmen gesellschaftliche Verantwortung. Unsere Anliegen vertreten wir in relevanten Gremien, pflegen so den Kontakt zu den Anspruchsgruppen und vertreten die politischen Interessen unseres Berufsstandes. Unseren Nachwuchs fördern wir aktiv.

### **Präventiv und wirkungsvoll**

Unsere ganzheitliche Sichtweise fördert die Entwicklung unserer Patienten

in ihrem Umfeld. Wir motivieren unsere Patienten, Ressourcen zu nutzen, Krankheiten zu vermeiden oder deren Auswirkungen möglichst klein zu halten.

### **Attraktiv und geschätzt**

Unser Beruf ist spannend, herausfordernd und für den Nachwuchs attraktiv. Das Berufsbild des Haus- und Kinderarztes genießt ein hohes Ansehen in der Öffentlichkeit.

---

### **Geschäftsstelle**

Effngerstr. 2  
3011 Bern  
Tel. 031 508 36 10  
E-Mail: [gs@hausarztesschweiz.ch](mailto:gs@hausarztesschweiz.ch)  
[www.hausarztesschweiz.ch](http://www.hausarztesschweiz.ch)

---

### **Impressum**

#### **Herausgeber:**

mfe – Haus- und Kinderärzte Schweiz

#### **Auflage gesamt:**

2000 Exemplare, 3 x jährlich

#### **Druckerei:**

Schwabe AG, Muttenz

#### **Gestaltung:**

bootzbootz.ch, Zürich

#### **Verlag:**

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG

#### **Redaktionskommission:**

Dr. Philippe Luchsinger  
Dr. Heidi Zinggeler Fuhrer  
Dr. François Héritier  
Dr. Eva Kaiser  
Reto Wiesli  
Yvan Rielle  
Sandra Hügli-Jost (Leitung)